

INFORTUNI AZIENDE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA. INFORTUNI COLLETTIVITÀ.

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- **NOTA INFORMATIVA, COMPRENSIVA DEL GLOSSARIO**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Tel. +39 06 3018.1

Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 172.571.040 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



SOCIETÀ DI



NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA. INFORTUNI COLLETTIVITÀ

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma – Italia. Tel +39 06/3018.1 - fax +39 06/80210.831 - www.groupama.it; info@groupama.it - pec: groupama@legalmail.it

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585 e nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023, ed è diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg.

Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Alla data dell'ultimo bilancio approvato e relativo all'esercizio 2014, il patrimonio netto della Società ammonta a 444,2 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 172,6 e a 271,6 milioni di Euro.

Alla stessa data l'indice di solvibilità della gestione danni, corrispondente al rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 1,42.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto è stipulato con tacito rinnovo.

La disdetta, ovvero la comunicazione che il contraente deve fare all'assicuratore per evitare che il contratto si rinnovi, dovrà essere inviata almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto stesso, mediante lettera raccomandata da inviare all'agenzia o alla Società. In mancanza di disdetta, esercitata nei tempi e nelle modalità indicate, l'assicurazione si intende prorogata per un anno e così successivamente.

Per maggiori dettagli si rinvia all'articolo 9 delle condizioni di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – limitazioni ed esclusioni

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in polizza e di ogni altra attività svolta senza carattere di professionalità. La garanzia è estesa anche al periodo in cui si presta servizio militare.

Le garanzie della polizza sono:

Morte: opera in caso di decesso dell'assicurato, conseguente ad un infortunio contrattualmente garantito; riconosce ai beneficiari il capitale stabilito nel contratto.

Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 21 delle condizioni di assicurazione.

Invalidità Permanente: comporta il pagamento di un indennizzo calcolato in base alla somma assicurata ed al grado di invalidità permanente accertata al verificarsi di un infortunio. Per le invalidità più gravi è prevista una supervalutazione del danno subito.

Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 22 delle condizioni di assicurazione.

Rimborso Spese di Soccorso: garantisce il rimborso delle spese per le azioni di soccorso a favore dell'assicurato infortunatosi e per il trasporto dello stesso dal luogo dell'infortunio a quello di cura. Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 24 delle condizioni di assicurazione.

Inabilità Temporanea: riconosce un'indennità giornaliera nel caso in cui un infortunio impedisca all'Assicurato di attendere totalmente o parzialmente alle proprie occupazioni.

Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 23 delle condizioni di assicurazione.

Rimborso delle Spese di Cura da Infortunio: rimborsa all'assicurato le spese sostenute in conseguenza dell'infortunio contrattualmente garantito.

Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 25 delle condizioni di assicurazione.

Indennità Giornaliera per Ricovero, Convalescenza e Immobilizzazione Gessata: garantisce la corresponsione di una diaria per ogni giorno di degenza e per la convalescenza successiva al ricovero. È compresa in garanzia anche l'immobilizzazione gessata.

Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 26 delle condizioni di assicurazione.

La polizza, inoltre, può essere personalizzata grazie all'inserimento di **Condizioni Aggiuntive**. Per maggiori dettagli, si rinvia alla sezione "Condizioni Aggiuntive" delle condizioni di assicurazione.

Il contratto di assicurazione contiene limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative, nonché condizioni di sospensione della garanzia, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per gli aspetti di dettaglio, si rinvia agli articoli 1, 2, 3, 5, 8, 9, da 14 a 30, 32, 33, 34 e alla sezione "Condizioni Aggiuntive" delle condizioni di assicurazione.

Il contratto contiene inoltre franchigie e massimali; per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli 15, da 22 a 26, 29, alla sezione "Condizioni Aggiuntive", alla "Tabella esplicativa delle modalità di liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente" delle condizioni di assicurazione. Per una miglior comprensione, di seguito sono indicate alcune esemplificazioni numeriche finalizzate ad illustrarne il meccanismo di funzionamento.

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato. Corrisponde alla somma che non sarà risarcita o indennizzata all'assicurato, e che quest'ultimo non potrà diversamente assicurare pena la perdita del diritto all'indennizzo. Solitamente viene espressa in cifra assoluta o, più raramente in una percentuale sulla somma assicurata. Funzionamento: alla somma spettante a titolo di indennizzo o risarcimento si sottrae l'importo della franchigia previsto dalle condizioni di assicurazione. Ad esempio, se il danno è quantificabile in € 1.000,00, e le condizioni di assicurazione prevedono una franchigia di € 200,00, la somma spettante all'assicurato sarà pari ad € 800 così determinata: € 1.000,00 – € 200,00 = € 800,00. Rimarranno, quindi, a carico dell'assicurato € 200,00. Nella polizza Assicurazione Cumulativa Infortuni Aziende esistono varie tipologie di franchigie sul grado di invalidità permanente accertato. Le invalidità permanenti di grado inferiore o pari ad una certa percentuale non danno luogo ad alcun indennizzo.

Ad esempio, se il danno è quantificabile in una percentuale di invalidità permanente accertata del 5% e le condizioni di assicurazione prevedono una franchigia del 3% sulla parte di somma assicurata fino a € 103.292,00, la percentuale della somma assicurata da liquidare è pari a $5\% - 3\% = 2\%$. La somma spettante all'assicurato, ipotizzando un capitale assicurato di € 100.000,00 sarà pari a € 2.000,00 così determinata: $(5\% \text{ di } € 100.000,00) - (3\% \text{ di } € 100.000,00) = € 5.000,00 - € 3.000,00 = € 2.000,00$.

Il massimale rappresenta la somma pattuita in polizza fino alla quale l'assicuratore è impegnato a prestare la garanzia assicurativa. Il massimale può essere per sinistro e/o per anno. Se i danni procurati sono superiori a tale somma, la differenza resta a carico dell'assicurato salvo rivalsa nei confronti del diretto responsabile. Ad esempio, se il danno è € 3.000,00, ma il massimale previsto dalle condizioni di assicurazione è di € 1.000,00, l'assicuratore sarà tenuto a prestare la garanzia solo fino alla concorrenza di quest'ultima somma, ovvero € 1.000,00. In questo caso rimarrà a carico dell'assicurato la differenza di € 2.000,00: $€ 3.000,00 - € 1.000,00 = € 2.000,00$.

Il contratto prevede un limite massimo di età assicurabile di anni 75. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 17 delle condizioni di assicurazione.

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Le eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Le conseguenze sono descritte all'articolo 1 delle condizioni di assicurazione, a cui si rinvia.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio, nonché delle variazioni della professione. La mancata comunicazione può comportare conseguenze sulla prestazione, per il dettaglio delle quali, si rinvia agli articoli 5 e 6 delle condizioni di assicurazione. A titolo esemplificativo, una circostanza rilevante che determina la modificazione del rischio potrebbe essere costituita da variazione dell'attività professionale dichiarata (ad es. l'assicurato intraprende l'attività di antennista rispetto a quella originariamente dichiarata di impiegato amministrativo).

6. Premio

Le prestazioni assicurate sono garantite previa corresponsione di un premio annuo.

Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:

1. assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile intestato all'Impresa o all'Intermediario, in tale sua qualità, ovvero girato nei limiti consentiti dalla vigente normativa in materia;
2. bonifico e/o altro mezzo di pagamento bancario, postale o elettronico, comunque sempre emesso a favore dell'Impresa o dell'Intermediario, in tale sua qualità;
3. contanti fino al limite consentito dalla vigente normativa in materia.

Il premio può essere corrisposto anche in rate semestrali con l'applicazione di un aumento del 3%.

Esiste la possibilità che siano applicati sconti di premio da parte dell'impresa. Tali sconti potranno essere applicati in base al numero delle garanzie acquistate e alla combinazione delle stesse. Altri sconti potranno essere applicati da parte dell'intermediario anche in considerazione della situazione di fidelizzazione del contraente come cliente.

7. Rivalsa

La rivalsa è un diritto dell'assicuratore sancito dal Codice Civile. Si applica quando l'impresa, dopo aver pagato un sinistro, pretenda, da parte dell'assicurato o da parte di eventuali terzi responsabili del danno la restituzione dell'intera somma corrisposta, o di parte di essa.

La Società rinuncia al diritto di rivalsa: per maggiori dettagli, per i presupposti e per gli effetti per il contraente si rinvia all'articolo 31 delle condizioni di assicurazione.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate e il premio dell'assicurazione sono soggetti ad adeguamento. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 12 delle condizioni di assicurazione.

9. Diritto di recesso

Il contraente e l'impresa hanno diritto di recedere dal contratto di assicurazione. Per i termini e le modalità di esercizio di tale diritto si rinvia agli articoli 8 e 9 delle condizioni di assicurazione.

Qualora si sia optato per un contratto di durata poliennale il contraente ha la facoltà di recedere senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, solo trascorso il quinquennio, così come previsto dall'articolo 1899 c.c.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, eccetto il diritto al pagamento del premio, che si prescrive in un anno.

11. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

12. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi relativi ai contratti di assicurazione del comparto danni sono soggetti ad Imposta sulle Assicurazioni, secondo le disposizioni contenute nella Legge 1216/1961 e sue successive modifiche e integrazioni. I premi relativi al presente contratto, avente ad oggetto la copertura dei rischi Infortuni, Malattia Tutela legale, Assistenza, sono soggetti ad aliquote pari a 2,50%, 21,25%, 10,00%, applicate in funzione delle garanzie scelte.

Detraibilità fiscale dei premi

I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte e di invalidità permanente qualificata (superiore al 5%) danno diritto ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura prevista dalle norme di legge vigenti in materia.

Per usufruire della detrazione, il Contraente deve avere stipulato il contratto nell'interesse proprio o di persona fiscalmente a carico.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

L'insorgenza del sinistro coincide con il verificarsi dell'infortunio in corso di contratto così come specificato nell'oggetto dell'assicurazione (articolo 14 delle condizioni di assicurazione). Il contraente, l'assicurato o i loro aventi causa devono dare avviso del sinistro all'agenzia alla quale è stata assegnata la polizza o alla Società, così come previsto dall'art 1913 c.c., entro 5 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza. La denuncia dell'infortunio deve contenere

l'indicazione del luogo, giorno e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o, in caso di morte i beneficiari, devono consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi a eventuali accertamenti medici e fornire ogni informazione. Le eventuali spese per l'accertamento del danno sono a carico della Società, che può anche richiedere la visita medica, ove non diversamente contrattualizzato.

Per maggiori dettagli sulle procedure liquidative, si rinvia agli articoli 7 e da 27 a 31 delle condizioni di assicurazione.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti un aspetto del contratto, l'attribuzione di responsabilità nei sinistri, la quantificazione dei risarcimenti o l'ammontare dell'indennizzo, devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. -Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma E-mail: reclami@groupama.it fax +39 06.80210979. Qualora l'Esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 -00187 Roma -fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) attivando la procedura FIN-NET oppure direttamente all'IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Resta salva la facoltà dell'esponente di adire l'Autorità Giudiziaria anche per questioni diverse da quelle indicate.

15. Arbitrato

Nel contratto è prevista la possibilità di far ricorso all'arbitrato per la risoluzione di eventuali controversie. Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 30 delle condizioni di assicurazione.

Per la risoluzione delle controversie è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede di istituto di medicina legale più vicina all'assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli.

Per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia alla pagina *Aggiornamenti documentazione* raggiungibile dalla sezione *Prodotti* del nostro al sito www.groupama.it.

Groupama Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Groupama Assicurazioni S.p.A.
Il rappresentante legale
Dominique Uzel



GLOSSARIO

Accessori

Rappresentano la parte del premio versato dal contraente che è destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'impresa di assicurazione.

Agente

Intermediario che agisce in nome o per conto di una o più imprese di assicurazione

Aggravamento (del rischio)

Si ha aggravamento del rischio quando, successivamente alla stipulazione del contratto di assicurazione, avvengono mutamenti che aumentano la probabilità del verificarsi del rischio. L'assicurato ha l'obbligo di segnalare immediatamente l'avvenuto aggravamento del rischio all'assicuratore.

Arbitrato

Procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra assicurato ed assicuratore. La possibilità di fare ricorso all'arbitrato, in genere, viene prevista già in occasione della stipulazione del contratto di assicurazione, con apposita clausola.

Assicurato

soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

Assicurazione (attività assicurativa)

Operazione con cui un soggetto (assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (assicuratore) un rischio al quale egli è esposto (naturalmente o per disposizione di legge).

Assicurazione a primo rischio assoluto

Forma di assicurazione per la quale l'assicuratore si impegna a indennizzare il danno verificatosi fino a concorrenza del valore assicurato, indipendentemente dall'effettivo valore globale dei beni. Non si applica dunque, con questa forma di assicurazione, la cosiddetta regola proporzionale (articolo 1907 c.c.).

Assicurazione a valore intero

Forma di assicurazione per la quale il valore assicurato deve corrispondere al valore dei beni assicurati. Nel caso in cui quest'ultimo sia superiore al primo, si applica la regola proporzionale, per cui l'assicuratore indennizza il danno solo proporzionalmente al rapporto tra valore assicurato e valore dei beni.

Beneficiario

persona fisica o giuridica alla quale deve essere corrisposta la prestazione prevista dal contratto qualora si verifichi l'evento assicurato.

Broker (mediatore) di assicurazione

intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione

Carenza (periodo di)

Periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace. Tale concetto trova applicazione solo in alcune forme di assicurazione ad esempio assicurazioni malattia.

[Caricamenti \(v. Accessori\)](#)

[Condizioni di assicurazione](#)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

[Contraente](#)

Soggetto che stipula il contratto di assicurazione con l'assicuratore e si obbliga a pagare il premio. Il contraente può o meno coincidere con l'assicurato.

[Contratto di assicurazione](#)

Contratto mediante il quale l'assicuratore, dietro pagamento di un premio, si impegna a tenere indenne l'assicurato, entro i limiti convenuti, dei danni prodotti da un sinistro.

[Danno](#)

Pregiudizio subito dall'assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dalla vittima del fatto illecito in conseguenza di un sinistro.

[Decorrenza della garanzia](#)

Data a partire dalla quale la garanzia assicurativa diviene concretamente efficace.

[Denuncia di sinistro](#)

Avviso che l'assicurato deve dare all'assicuratore o all'agente a seguito di un sinistro.

[Dichiarazioni precontrattuali](#)

informazioni fornite dal contraente e/o dall'assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il contraente e/o l'assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del contraente e/o dell'assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

[Diminuzione \(del rischio\)](#)

Si ha diminuzione del rischio quando, successivamente alla stipula di un contratto di assicurazione, avvengono mutamenti che riducono la probabilità del verificarsi dell'evento dannoso. Se l'assicuratore viene informato dell'avvenuta diminuzione del rischio, è tenuto a ridurre il premio o le rate successive alla comunicazione stessa.

[Disdetta](#)

Comunicazione che il contraente deve inviare all'assicuratore, o viceversa, entro un termine di preavviso fissato dal contratto, per evitare la tacita proroga del contratto di assicurazione.

[Estensione territoriale](#)

Spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

[Fascicolo informativo](#)

Insieme dei documenti che il cliente deve ricevere prima di concludere il contratto e che lo aiutano ad entrare in possesso di tutte le informazioni utili ad una valutazione completa del prodotto che gli viene offerto.

Fondo di garanzia per le vittime della strada

Fondo gestito dalla CONSAP, costituito per risarcire i danni causati da mezzi rimasti non identificati, oppure risultanti non assicurati, o assicurati presso imprese poste in liquidazione coatta amministrativa. In ciascuna regione (o gruppo di regioni) viene designata una impresa per la liquidazione dei danni.

Franchigia

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato. Corrisponde alla somma che non sarà risarcita o indennizzata all'assicurato, e che quest'ultimo non potrà diversamente assicurare pena la perdita del diritto all'indennizzo.

Franchigia Assoluta

Somma che rimane a carico dell'assicurato a prescindere dall'entità del danno.

Franchigia relativa

Somma che rimane a carico dell'assicurato solo quando il danno sia pari o inferiore alla franchigia.

Impresa di assicurazione

società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa.

Indennizzo

Somma dovuta dall'assicuratore a titolo di riparazione del danno subito dall'assicurato in caso di sinistro.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Margine di solvibilità

Corrisponde in linea di massima al patrimonio libero dell'impresa di assicurazione, cioè al netto del patrimonio vincolato a copertura delle riserve tecniche. In tal senso, il margine di solvibilità rappresenta una garanzia ulteriore della stabilità finanziaria dell'impresa.

Massimale

La somma pattuita in polizza fino alla quale l'assicuratore è impegnato a prestare la garanzia assicurativa. Se i danni procurati sono superiori a tale somma la differenza resta a carico del diretto responsabile

Nota informativa

Documento contenuto nel Fascicolo Informativo, che l'assicuratore deve consegnare al contraente prima della conclusione del contratto di assicurazione.

Periodo di assicurazione

Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa.

Polizza

È il documento che prova l'assicurazione.

Premio

Il premio rappresenta il prezzo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'assicuratore. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della

garanzia.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini di legge.

Principio indennitario

Principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto dall'assicuratore deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo fonte di guadagno.

Provvigione

Elemento fondamentale del rapporto di agenzia per il quale, a fronte dell'obbligazione in capo all'agente di svolgere l'attività diretta alla conclusione dei contratti, corrisponde l'obbligazione in capo al preponente (impresa di assicurazione) di corrispondergli il relativo compenso per gli affari che hanno avuto regolare esecuzione.

Questionario anamnestico

Detto anche questionario sanitario, è il documento che il contraente deve compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita del tipo caso morte o del tipo misto. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o infortuni dell'assicurato. Le informazioni fornite dal contraente servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Quietanza

Ricevuta attestante l'avvenuto pagamento di una somma e rilasciata dal percettore della stessa. L'assicuratore rilascia quietanza del pagamento del premio da parte del contraente; l'assicurato o il terzo danneggiato rilasciano quietanza del pagamento dell'indennizzo da parte dell'assicuratore.

Risarcimento

Somma che il responsabile è tenuto a versare per risarcire il danno da lui causato o, comunque riconducibile alla sua responsabilità.

Rischio

La probabilità che si verifichi un evento futuro ed incerto in grado di provocare conseguenze dannose.

Riserve tecniche

Somme che le imprese di assicurazione devono accantonare ed iscrivere nel proprio bilancio per far fronte agli impegni assunti nei confronti degli assicurati e di persone terze danneggiate.

Rivalsa

Diritto che spetta all'Assicuratore di richiedere al responsabile del danno il pagamento della somma versata all'Assicurato a titolo di risarcimento. Tale diritto è contrattualmente rinunciabile da parte dell'Assicuratore.

Scoperto

Lo scoperto è la parte di danno che resta a carico dell'assicurato; si esprime in una percentuale da calcolare sul danno. Lo scoperto non può essere diversamente assicurato pena la perdita del diritto all'indennizzo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia.

Somma assicurata

Importo nei limiti del quale l'assicuratore si impegna a fornire la propria prestazione.

Valore a nuovo

Espressione con la quale vengono indicate quelle particolari coperture assicurative che consentono di garantire un indennizzo pari non solo al valore della cosa assicurata al momento del sinistro, ma anche corrispondente alle spese necessarie per riacquistare o ricostruire la cosa stessa.

Valore allo stato d'uso

Valore della cosa materiale nelle condizioni in cui si trova al momento del sinistro.

Valore assicurato

Rappresenta la misura dell'interesse sottoposto ad assicurazione.

I

**ASSICURAZIONE
CUMULATIVA**

INFORTUNI AZIENDE



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE



Assicurazioni

INDICE	pag.	1
DEFINIZIONI	pag.	2
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	pag.	3
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	pag.	5
AMBITO DI OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE	pag.	5
LE PRESTAZIONI	pag.	8
IL SINISTRO	pag.	13
CONDIZIONI OPERANTI PER POLIZZE CUMULATIVE	pag.	15
CONDIZIONI AGGIUNTIVE	pag.	16
TABELLA DELLE ATTIVITÀ	pag.	23
MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE	pag.	27
IN CASO DI SINISTRO	pag.	28
DENUNCIA DEL SINISTRO	pag.	29

Avvertenza.

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero

oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate:

- con stampa su sfondo celeste nelle Condizioni di Assicurazione (mod. 150437);
- con tabella e carattere grassetto nelle Condizioni Particolari di Polizza (mod. 150439).

Il presente fascicolo forma parte integrante delle Condizioni Particolari della Polizza INFORTUNI AZIENDE (modello 150439)



DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

ASSICURAZIONE

il contratto di assicurazione

POLIZZA

il documento che prova l'assicurazione

CONTRAENTE

il soggetto che stipula l'assicurazione

ASSICURATO

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

BENEFICIARIO

la persona o le persone designate in polizza quali titolari del diritto all'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato

SOCIETÀ

Groupama Assicurazioni S.p.A.

PREMIO

la somma dovuta alla Società

SINISTRO

il fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione

INDENNIZZO

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

INFORTUNIO

l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea

INVALIDITÀ PERMANENTE

la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di infortunio della capacità a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta

INABILITÀ TEMPORANEA

la temporanea incapacità fisica ad attendere, in tutto o in parte, alle proprie attività

MALATTIA

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

FRANCHIGIA

la percentuale od il numero di giorni deducibili dal computo dell'indennizzo dovuto dalla Società.

RICOVERO

la degenza comportante pernottamento in Istituto di cura – pubblico o privato – regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera

GESSATURA

applicazione di apparecchio gessato, mezzo di contenimento o tutore che abbia le seguenti caratteristiche: rigidità, immobilizzazione di una o più articolazioni, rimovibilità solo mediante demolizione o asportazione da parte di sanitari.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 2

ALTRE ASSICURAZIONI (vedi anche art. 20)

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

ART. 3

PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente o l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Società.

ART. 4

MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 5

AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

ART. 6

DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 7

OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO (vedi anche art. 27)

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 5 giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

ART. 8**RECESSO IN CASO DI SINISTRO**

Dopo ogni sinistro, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione, con preavviso di 30 giorni. In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Il recesso può essere esercitato dalle parti contraenti anche con riguardo alla sola persona infortunata nel caso siano assicurate più persone, con conseguente riduzione del premio dalla prima scadenza successiva al recesso stesso. Ove il recesso parziale venga esercitato dalla Società, questa rimborserà la quota parte di premio per il periodo di rischio non corso con riferimento alla sola persona infortunata.

ART. 9**PROROGA DELL'ASSICURAZIONE**

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata di un anno e così di anno in anno.

ART. 10**ONERI FISCALI**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 11**FORO COMPETENTE**

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove è assegnata la polizza.

Fanno eccezione i casi di mancato o ritardato pagamento dei premi, per i quali Foro competente è quello dell'Autorità Giudiziaria di Roma, dove ha sede la Direzione della Società, ai sensi dell'art. 20 del Codice di Procedura Civile.

ART. 12**INDICIZZAZIONE**

Tutte le garanzie previste dalla presente polizza sono soggette ad adeguamento automatico mediante riferimento all'indice nazionale generale dei prezzi al consumo delle famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita"), elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica. Pertanto le somme assicurate ed il relativo premio di polizza si modificano proporzionalmente alle variazioni dell'indice di cui sopra. L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto il numero indice iniziale, corrispondente al numero indice del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con il numero indice del giugno successivo. Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione. Agli adeguamenti successivi si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice.

Qualora le variazioni dell'indice portassero lo stesso a superare del 50% l'indice iniziale, ciascuna delle Parti avrà la facoltà di rinunciare all'adeguamento mediante lettera raccomandata da spedire almeno 60 giorni prima della scadenza della polizza; in tal caso resterà ferma la situazione contrattuale in atto al momento dell'ultimo adeguamento effettuato. I massimi e i limiti di garanzia (franchigie escluse) se espressi in cifra assoluta, seguono l'andamento delle somme assicurate.

ART. 13**RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

AMBITO DI OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

ART. 14

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie, dichiarate in polizza;
- di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

Sono considerati infortuni anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali o punture di insetti, escluse la malaria, le malattie tropicali e quelle di cui gli insetti siano portatori necessari;
- d) l'annegamento;
- e) l'assideramento o il congelamento;
- f) la folgorazione;
- g) i colpi di sole o di calore;
- h) le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini.

Sono compresi altresì in garanzia:

- i) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- l) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi, nonché quelli derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 15

RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B,
 - di macchine agricole e operatrici,
 - di natanti a motore di uso non privato;

Tale rischio invece è compreso in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.

- c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;
- d) dalla guida od uso di mezzi di locomozione aerei (compresi deltaplani ed ultraleggeri) e subacqueei, **sono tuttavia compresi gli infortuni che l'assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti tranne che:**
 - da Società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pub-

- blico di passeggeri;
- da aeroclubs;
- e) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci od idroscì, sci acrobatico, bob, skeleton, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- f) dalla partecipazione a competizioni – o relative prove – ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, pallacanestro, pallavolo, beach volley, hockey, **salvo che esse abbiano carattere puramente ricreativo;**
- g) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- h) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- i) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- l) da movimenti tellurici, inondazioni od eruzioni vulcaniche; **sono, tuttavia, compresi gli infortuni causati da tali calamità, verificatesi fuori del comune di residenza dell'Assicurato, con riferimento alle sole garanzie "morte" e "invalidità permanente";**
- m) da guerra, insurrezioni, **sono, tuttavia, compresi gli infortuni che l'Assicurato subisca all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino – e derivanti da stato di guerra, anche civile e/o di insurrezione, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio del predetto stato se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi e sia impossibilitato ad abbandonare il paese ove gli eventi sono in atto;**
- n) da infarti di ogni tipo, da ernie o da rotture sottocutanee dei tendini;
- o) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi "X", ecc.).

Limiti di indennizzo: per la garanzia **l) Rischio calamità naturali** valgono i limiti di indennizzo indicati nelle Condizioni Particolari di Polizza cumulativa (mod. 150439).

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

ART. 16

SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione è prestata durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, limitatamente agli infortuni non derivanti dallo svolgimento delle attività tipiche di detto servizio. In ogni caso l'Assicurato ha diritto di ottenere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

ART. 17

LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio; cessa al compimento di tale termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso saranno restituiti a richiesta del Contraente, al netto delle imposte.

ART. 18**PERSONE NON ASSICURABILI**

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi. La sopravvenienza in corso di contratto di tali infermità costituisce pertanto causa di cessazione dell'assicurazione.

ART. 19**LIMITI TERRITORIALI**

L'assicurazione vale per il mondo intero. L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro dell'Assicurato in Europa.

ART. 20**ALTRE ASSICURAZIONI**

Fermo quanto previsto dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione, qualora le somme assicurate con altre polizze stipulate dallo stesso Assicurato superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 30 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

LE PRESTAZIONI

ART. 21

MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale assicurato per il caso morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta, a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Resta comunque inteso che se, dopo che la Società ha pagato l'indennizzo per il caso di morte, risulti che l'Assicurato è vivo, la Società ha il diritto alla restituzione della somma pagata; solo a restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per la invalidità permanente eventualmente subita.

ART. 22

INVALIDITÀ PERMANENTE E FRANCHIGIE RELATIVE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	destro	sinistro
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- una falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
Anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
Paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%

Amputazione di un arto inferiore:	
- al di sopra della metà della coscia	70%
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
Amputazione di:	
- un piede	40%
- ambedue i piedi	100%
- un alluce	5%
- un altro dito del piede	1%
- la falange ungueale dell'alluce	2,5%
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
Anchilosi del ginocchio in estensione	25%
Anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica	15%
Paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%
Perdita totale della facoltà visiva di:	
- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
- un orecchio	10%
- ambedue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
Esiti da frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12a dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
Esiti di frattura del sacro	3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica di un rene	15%
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Per le valutazioni delle menomazioni visive ed auditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

Qualora l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

LE PRESTAZIONI

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, **con il massimo assoluto del 100%.**

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato o comunque offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente da infortunio verrà effettuata con le seguenti modalità:

a) sulla parte di somma assicurata fino al limite indicato nelle Condizioni Particolari di Polizza cumulativa (mod. 150439) non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece esso risulterà superiore al 3% ma non al 10% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente il 3%.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 10% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto calcolandolo sul capitale assicurato in base alle percentuali che seguono:

% di I.P.	% da liquidare	% di I.P.	% da liquidare	% di I.P.	% da liquidare
11	9	25	25	39	43
12	10	26	26	40	45
13	11	27	27	41	46
14	13	28	28	42	47
15	14	29	29	43	48
16	15	30	30	44	50
17	17	31	34	45	51
18	18	32	35	46	56
19	19	33	36	47	57
20	20	34	37	48	58
21	21	35	38	49	60
22	22	36	40	50 e oltre	100
23	23	37	41		
24	24	38	42		

b) sulla eventuale parte di capitale assicurato rientrante nel limite indicato nelle Condizioni Particolari di Polizza cumulativa (mod. 150439) non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece esso risulterà superiore al 5% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite.

c) sulla eventuale parte di capitale assicurato superiore al limite indicato nelle Condizioni Particolari di Polizza cumulativa (mod. 150439) non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 10% della totale, se invece esso risulterà superiore al 10% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite.

Qualora l'invalidità permanente sia di grado superiore al 50% della totale, la liquidazione, sulla parte di capitale assicurato superiore al limite di cui al punto a) del presente articolo verrà effettuata sulla base dell'intera percentuale di invalidità permanente accertata, senza deduzione di franchigie.

ART. 23

INABILITÀ TEMPORANEA

a) L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie attività;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni a decorrere dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per invalidità permanente o per morte.

b) La liquidazione dell'indennizzo per inabilità temporanea verrà effettuata con le seguenti modalità:

- 1) se la somma assicurata non è superiore al limite indicato nelle Condizioni Particolari di Polizza cumulativa (mod. 150439) l'indennizzo verrà corrisposto integralmente;
- 2) se la somma assicurata rientra nel limite indicato nelle Condizioni Particolari di Polizza cumulativa (mod. 150439) l'indennizzo è dovuto a partire dal 6° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza;
- 3) se la somma assicurata rientra nel limite indicato nelle Condizioni Particolari di Polizza cumulativa (mod. 150439) l'indennizzo è dovuto a partire dal 16° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza;
- 4) se la somma assicurata è superiore al limite indicato nelle Condizioni Particolari di Polizza cumulativa (mod. 150439) l'indennizzo è dovuto a partire dal 21° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza.

ART. 24

RIMBORSO DELLE SPESE DI SOCCORSO

La Società rimborsa le spese resesi necessarie per le azioni di soccorso a favore dell'Assicurato infortunatosi e per il trasporto dello stesso dal luogo dell'infortunio a quello di cura (ospedale, clinica od ambulatorio) a mezzo di autoambulanza e, nel caso di infortunio avvenuto all'estero, anche a mezzo di aereo o elicottero. Ove l'Assicurato fruisca di analoghe prestazioni assicurative (sociali o private) l'assicurazione vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

Limiti di indennizzo: per la garanzia **Rimborso spese di soccorso** valgono i limiti di indennizzo indicati nelle Condizioni Particolari di Polizza cumulativa (mod. 150439).

ART. 25

RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

In conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza e fino a concorrenza del massimale assicurato, la Società rimborsa le spese sostenute per:

- gli accertamenti diagnostici;
- gli onorari dei medici, dei chirurghi e dell' équipe operatoria;
- i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e protesici applicati durante l'intervento;
- le rette di degenza.

La Società rimborsa, inoltre, fino a concorrenza di un importo non superiore al 20% del massimale assicurato, le spese sostenute per:

- le cure in genere, anche termali, con esclusione in ogni caso delle spese di natura alberghiera;
- i medicinali ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi.

Ove l'Assicurato fruisca di analoghe prestazioni assicurative (sociali o private) l'assicurazione vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

ART. 26

INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO, CONVALESCENZA E IMMOBILIZZAZIONE GESSATA

Nel caso di ricovero reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde l'importo della diaria assicurata:

- per ogni giorno di degenza e per la durata massima di 180 giorni per evento e per anno assicurativo. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come unico giorno ai fini della liquidazione;
- per la convalescenza successiva al ricovero, per un numero di giorni pari a quello della degenza, con un massimo di 90 giorni per evento e per anno assicurativo, sempre che in tal caso esista prescrizione del medico curante e l'Assicurato non riprenda prima la sua attività lavorativa.

Qualora l'infortunio abbia comportato immobilizzazione gessata la Società corrisponde inoltre l'importo della diaria assicurata per tutto il periodo della gessatura stessa, ma con una durata massima di 40 giorni.

L'indennità per gessatura non è cumulabile con le precedenti due, salvo il diritto dell'Assicurato di percepire quella di durata maggiore tra le indennità per ricovero, per convalescenza e quella per immobilizzazione gessata.

Le indennità di cui al presente articolo vengono corrisposte previa esibizione della relativa probatoria documentazione.

IL SINISTRO

ART. 27

DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E ONERI RELATIVI

Fermo quanto previsto dall'art. 7 delle Condizioni di Assicurazione, la denuncia dell'infortunio deve contenere la indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso d'inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. In mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. L'Assicurato o, in caso di morte i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

ART. 28

CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive dell'infortunio ed obiettivamente constatabili. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 22 delle Condizioni di Assicurazione sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La Società effettua il rimborso agli aventi diritto su presentazione in originale dei documenti giustificativi. Il rimborso ha luogo a cure ultimate con l'intesa che per le spese sostenute all'estero esso verrà eseguito in Italia in valuta corrente, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

ART. 29

ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLA DICHIARATA

Fermo il disposto degli artt. 1, 5, 6 e 15 delle Condizioni di Assicurazione, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, nel caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio.

		attività dichiarata			
		A	B	C	D
attività svolta al momento del sinistro	A	100	100	100	100
	B	85	100	100	100
	C	75	85	100	100
	D	25	70	85	100

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla "Tabella delle attività" ove sono indicati anche i corrispondenti indici di rischio. Per la classificazione di attività eventualmente non specificate in tabella saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata.

ART. 30**CONTROVERSIE**

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 28 delle Condizioni di Assicurazione, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. **Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale;** tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

ART. 31**DIRITTO DI SURROGAZIONE**

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

CONDIZIONI OPERANTI PER POLIZZE CUMULATIVE

ART. 32

ASSICURAZIONI DI GRUPPO

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

ART. 33

VARIAZIONE DELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione, il contratto continua con l'erede o con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate. In caso di alienazione dell'azienda o di parte dell'attività cui sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda.

In caso di fusione dell'Impresa contraente con una o più imprese, il contratto continua con l'Impresa incorporante o con la nuova Impresa costituita. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con l'Impresa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento dell'Impresa contraente o di sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione. Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi od aventi causa, entro il termine di 15 giorni dal loro verificarsi, alla Società, la quale nei 30 giorni successivi ha la facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

ART. 34

VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione. Le variazioni nel personale assicurato devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto con appendice. L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno di perfezionamento dell'appendice, con il pagamento del maggior premio che risulti dovuto. La cessazione della garanzia per singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data della comunicazione.

ART. 35

RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'art. 21 delle Condizioni di Assicurazione (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza, ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLE CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA)

A - LIMITAZIONE AI RISCHI PROFESSIONALI

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

A1 - RISCHIO IN ITINERE

L'assicurazione si estende agli infortuni che avvengono durante il tempo necessario a compiere il tragitto dall'abitazione dell'Assicurato al suo luogo di lavoro e viceversa, anche con l'uso dei mezzi di locomozione ammessi dal contratto.

B - LIMITAZIONE AI RISCHI EXTRAPROFESSIONALI

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. Qualora tuttavia, nel tempo di avvenimento del sinistro l'Assicurato non risulti esercitare alcuna professione retribuita, l'indennizzo dovuto a termini di polizza verrà liquidato in ragione del 70%.

D - DEROGA AL PATTO DI TACITA PROROGA

In deroga all'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione, la polizza cesserà alla sua naturale scadenza, senza necessità di disdetta.

K - ESCLUSIONE DELL'INDICIZZAZIONE

In deroga all'art. 12 delle Condizioni di Assicurazione, le garanzie previste dalla presente polizza non sono soggette ad adeguamento automatico.

N - ERNIE TRAUMATICHE O DA SFORZO

L'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea (sempre che quest'ultima sia prevista dal contratto), alle ernie traumatiche o da sforzo, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa delle ernie decorre soltanto dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'art. 30 delle Condizioni di Assicurazione.

Qualora, per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente assicurazione subentri – senza soluzione di continuità – ad altra uguale assicurazione, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente assicurazione, per gli Assicurati, le somme e le prestazioni dalla stessa previste;
- dalla data di decorrenza della presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ed alle nuove persone e prestazioni da essa previste.

O - TABELLA DI LEGGE PER INVALIDITÀ PERMANENTE

La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dall'art. 22 delle Condizioni di Assicurazione, si intende sostituita da quella di cui all'allegato n.1 del D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del contratto, con rinuncia alla franchigia relativa stabilita dalla legge, ferma comunque restando l'applicazione della franchigia indicata all'art. 22 delle Condizioni di Assicurazione.

ATTIVITÀ SPORTIVE

L'assicurazione delle garanzie di polizza – **con esclusione comunque delle prestazioni di inabilità temporanea (art. 23) ed Indennità giornaliera per ricovero, convalescenza e immobilizzazione gessata (art. 26)** – è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica, al solo scopo ricreativo o di cultura fisica, delle attività sportive di cui alle lettere sottoindicate che risultino espressamente richiamate nel contratto, compresa la partecipazione a gare e relative prove di allenamento. Non sono comunque risarcibili perdite di denti, danni estetici e deformazioni fisionomiche.

P - Pugilato, atletica pesante nelle sue varie forme, arti marziali e salto dal trampolino con idroscì.

C - Alpinismo con scalata di roccia ed accesso a ghiacciai purché non effettuato isolatamente.

H - Speleologia.

T - Rugby, football americano.

R - Immersione subacquea con autorespiratore.

M - INVALIDITÀ PERMANENTE SENZA FRANCHIGIA SINO AL LIMITE INDICATO ALL'ART. 22 LETT A

A parziale deroga dell'art. 22 delle Condizioni di Assicurazione, l'indennizzo per l'invalidità permanente verrà liquidato nel seguente modo:

Sulla parte di somma assicurata fino al limite indicato all'art. 22 lett. a) non si farà luogo ad applicazione di alcuna franchigia e la percentuale di invalidità permanente da liquidare corrisponderà a quella accertata **senza applicazione delle maggiorazioni previste dalla tabella di cui all'art. 22 lett. a).**

Sulla eventuale parte di capitale assicurato rientrante nel limite indicato all'art. 22 lett. b) non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece esso risulterà superiore al 5% della totale l'indennizzo verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite.

Sulla eventuale parte di capitale assicurato superiore al limite indicato all'art. 22 lett. c) non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 10% della totale; se invece esso risulterà superiore al 10% della totale l'indennizzo verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite.

Qualora l'invalidità permanente sia di grado superiore al 50% della totale, la liquidazione verrà effettuata sulla base dell'intera percentuale di invalidità permanente accertata, senza deduzione di franchigie.

L - INABILITÀ TEMPORANEA E FRANCHIGIE RELATIVE

A deroga dell'art. 23 lett. b) delle Condizioni di Assicurazione, l'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni a partire:

- a) dal 6° giorno da quello successivo all'infortunio se la somma assicurata a tale titolo non è superiore al limite indicato all'art. 23 punto 1;
- b) dall'11° giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata a tale titolo rientra nel limite indicato all'art. 23 punto 2;
- c) dal 16° giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata a tale titolo rientra nel limite indicato all'art. 23 punto 3;
- d) dal 21° giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata è superiore al limite indicato all'art. 23 punto 4.

La denuncia deve essere presentata alla Società entro 5 giorni dalla data dell'infortunio, qualora venga presentata in ritardo, rispetto al suddetto termine, le decorrenze che precedono avranno inizio dal giorno successivo a quello di presentazione della denuncia stessa, fermo in ogni caso il disposto dell'art. 7 delle Condizioni di Assicurazione.

V - SUPERVALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE

A parziale deroga dell'art. 22 delle Condizioni di Assicurazione, la somma assicurata per invalidità permanente è soggetta ad una franchigia assoluta del 15%. Pertanto se l'invalidità permanente è di grado inferiore od uguale al 15% non è dovuto alcun indennizzo.

Se invece l'invalidità permanente è di grado superiore al 15% della totale, la Società, previa deduzione della predetta franchigia assoluta, liquida la percentuale eccedente calcolando l'indennizzo sul doppio della somma assicurata.

In ogni caso non è liquidabile una indennità superiore alla somma assicurata per invalidità totale, quale indicata nelle Condizioni Particolari di polizza.

Y - SUPERVALUTAZIONE DELLA INABILITÀ TEMPORANEA

A parziale deroga dell'art. 23 delle Condizioni di Assicurazione, l'indennizzo dovuto a termini di polizza per inabilità temporanea decorre dal 30° giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal 30° giorno successivo a quello della denuncia e cessa con il giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione, fermo il periodo massimo di 365 giorni.

Si conviene inoltre che:

- dal 30° al 60° giorno di inabilità temporanea, resta ferma la somma assicurata prevista in polizza;
- dal 61° al 150° giorno di inabilità temporanea, la somma assicurata prevista in polizza viene aumentata del 50% ;
- dal 151° giorno di inabilità temporanea la somma assicurata prevista in polizza viene aumentata del 100%.

X - ESTENSIONE DELLA INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO E CONVALESCENZA

A parziale deroga dell'art. 26 delle Condizioni di Assicurazione, la garanzia Indennità giornaliera per ricovero e convalescenza si intende estesa anche al caso di ricovero reso necessario da malattia.

È considerata malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

La presente estensione di garanzia decorre:

- **dal 30° giorno successivo** a quello in cui ha effetto l'assicurazione, ai sensi dell'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione, **con riferimento alle malattie insorte in corso di contratto;**
- **dal 300° giorno successivo** a quello in cui ha effetto l'assicurazione **per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto, nonché per il parto.**

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 30 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche in caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Sono comunque esclusi dall'assicurazione i ricoveri resi necessari da:

- conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
- eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci ed all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- aborto volontario non terapeutico;
- prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza);
- cure dentarie e delle paradontiopatie quando non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche;
- malattie conseguenti a guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Nei casi di parto senza taglio cesareo, aborto terapeutico e intervento sulle tonsille o vegetazioni adenoidi effettuato su bambini di età inferiore a 9 anni, verrà corrisposta la sola indennità per ricovero per una durata massima di 6 giorni. Non verrà corrisposta pertanto la indennità per convalescenza.

La Società effettua il pagamento delle indennità dovute a termini della presente "condizione aggiuntiva" a degenza ultimata su presentazione di copia della cartella clinica da cui risulti la natura e l'esito della malattia e le date di inizio e termine del ricovero.

A parziale deroga dell'art. 17 delle Condizioni di Assicurazione e **limitatamente alla garanzia Indennità giornaliera per ricovero e convalescenza resa necessaria da malattia, l'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 70 anni;** tuttavia, per le persone che raggiungano tale età durante il periodo di assicurazione, questa mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza del premio.

Z - GUIDA OCCASIONALE DI AUTOCARRI OLTRE 35 Q.LI

L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla guida **non professionale** di autocarri di peso complessivo a pieno carico superiore a 35 quintali.

CON RIFERIMENTO ALLE POLIZZE CUMULATIVE

E - DIRIGENTI DI AZIENDE INDUSTRIALI

Limitatamente ai soli casi morte e invalidità permanente, l'assicurazione si estende anche alle malattie professionali – intendendosi per tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30 Giugno 1965, n° 1124 e successive modificazioni intervenute sino alla data di stipula della polizza – che si manifestino in corso di validità del presente contratto e che comportino la morte o riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale. Quando la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la franchigia predetta si intende abolita.

Resta confermata, come stabilito dall'art. 15, punto o) delle Condizioni di Assicurazione, l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette della trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dall'art. 22 delle Condizioni di Assicurazione si intende sostituita con quella allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n°1124 e successive modificazioni intervenute sino alla data di stipula della polizza, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa per il caso d'infortunio, ferma restando quella contemplata per il caso di malattia professionale e con l'intesa che la liquidazione sarà fatta in un'unica soluzione anziché sotto forma di rendita.

Qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio o a malattia professionale, accertata con i criteri di indennizzabilità di cui all'art. 28 delle Condizioni di Assicurazione, renda obiettivamente impossibile il proseguimento del rapporto di lavoro in qualità di dirigente e comporti una riduzione permanente della capacità lavorativa generica in misura non inferiore al 50%, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.

A parziale deroga dell'art. 15 delle Condizioni di Assicurazione, l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport, ad eccezione del paracadutismo e sport aerei in genere.

L'assicurazione comprende gli infortuni subiti dall'Assicurato in stato non patologico di ubriachezza, purché egli non si trovi alla guida di mezzi di locomozione.

F - ASSICURAZIONE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal Contraente in base al preventivo annuo delle retribuzioni dallo stesso denunciato.

Per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale.

Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionale concordata.

Per la liquidazione dell'indennità è considerata quella che l'infortunato ha percepito per i titoli di cui sopra, nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun

me, purché su di esse sia conteggiato o conteggiabile il premio di assicurazione. Se, al momento dell'infortunio l'Assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, la retribuzione annua verrà calcolata sulla base di quanto percepito fino al giorno dell'infortunio, moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo compreso tra la data di assunzione in servizio e quella dell'infortunio.

Entro 60 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o di minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni dalla relativa comunicazione. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine di 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto e a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. Qualora, all'atto della regolazione annuale, il premio consuntivo risulti maggiore di oltre il doppio rispetto a quello anticipato, quest'ultimo è aumentato con decorrenza dall'inizio del periodo annuo successivo a quello della comunicazione, fino alla concorrenza del 75% dell'ultimo consuntivo.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio, si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

G - RESPONSABILITÀ CIVILE DEL CONTRAENTE

Qualora l'Assicurato o, in caso di morte, i suoi beneficiari (o soltanto qualcuno di essi) non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennizzo liquidato ai sensi della presente assicurazione ed avanzino, nei confronti del Contraente, maggiori pretese di danno a titolo di responsabilità civile, la Società risponde delle maggiori somme che il Contraente fosse tenuto a pagare, quale civilmente responsabile, fino a concorrenza di un ulteriore importo pari a quello dell'indennizzo stesso. Resta comunque fermo quanto stabilito dall'art. 35 delle Condizioni di Assicurazione circa l'accantonamento delle indennità e quant'altro ivi stabilito.

Il maggior esborso a carico della Società non potrà in ogni caso essere superiore al limite massimo indicato nelle Condizioni Particolari di Polizza cumulativa (mod. 150439) per uno o più Assicurati colpiti dal medesimo sinistro.

La presente garanzia non è operante quando l'infortunio:

- non è indennizzabile ai sensi della presente polizza;
- colpisca il coniuge, i genitori, i figli del Contraente, nonché qualsiasi altro parente o affine con lui stabilmente convivente;
- colpisca amministratori o soci del Contraente, nel caso si tratti di una società a responsabilità illimitata, ed i loro parenti ed affini con essi conviventi;
- colpisca persone assicurate che siano soggette all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro.

Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società appena ne abbia avuto conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari od aventi diritto per conseguire risarcimenti, a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguardi la vertenza.

La Società assume, fino a quando ne ha l'interesse, e sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti.

TABELLA DELLE ATTIVITÀ

CLASSE A

A - Addetti al servizio alberghiero senza prestazioni manuali
A - Agenti che operano nei settori: assicurazione, credito, commercio, industria e servizi vari
A - Amministratori di beni propri od altrui
A - Architetti senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
A - Avvocati e procuratori legali
A - Barbieri
A - Baristi
A - Benestanti senza particolari occupazioni
A - Biologi
A - Camerieri
A - Cantanti
A - Casalinghe
A - Clero (appartenenti al)
A - Collaboratori familiari e domestici
A - Commercialisti e consulenti del lavoro
A - Commercianti (proprietari o addetti) esclusi quelli indicati nelle classi successive
A - Commercianti all'ingrosso senza lavoro manuale
A - Concessionari di auto, motoveicoli
A - Dirigenti, escluso accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
A - Disegnatori, grafici, pittori artistici
A - Enologi ed enotecnici
A - Farmacisti
A - Fotografi
A - Geometri senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
A - Giornalai
A - Impiegati e quadri senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
A - Imprenditori – escluso agricoltori, artigiani e commercianti – che non prestano lavoro manuale
A - Indossatori/trici e fotomodelli/e
A - Ingegneri senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
A - Insegnanti di materie non sperimentali e non di pratica professionale
A - Magistrati
A - Massaggiatori e fisioterapisti
A - Mediatori in genere escluso bestiame
A - Medici (esclusi i radiologi)
A - Musicisti, orchestrali
A - Notai
A - Odontotecnici
A - Operatori e addetti a centri elaborazione dati
A - Ostetriche
A - Parrucchieri da donna
A - Pensionati
A - Periti senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature

A - Politici, sindacalisti

A - Ragionieri

A - Programmatori di software

A - Sarti

A - Studenti

A - Vetrinisti

A - Vigili del fuoco con soli compiti amministrativi

CLASSE B

B - Addetti al servizio alberghiero con prestazioni manuali

B - Agricoltori senza uso di macchine agricole

B - Allevatori di animali diversi da bovini, equini, suini e cani

B - Antiquari senza restauro

B - Appartenenti alle Forze Armate o Corpi Armati dello Stato che prestino esclusivamente attività amministrativa

B - Arbitri

B - Archeologi

B - Architetti con accesso a cantieri ponteggi, impalcature

B - Artigiani per i quali non esiste altra specifica denominazione, senza uso di macchine, senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature e non a contatto con corrente ad alta tensione, esplosivi, acidi

B - Attori, ballerini, danzatori

B - Autisti di veicoli, esclusi autocarri di portata superiore a 40 q.li a pieno carico e autobus

B - Bidelli

B - Commercianti (proprietari o addetti) con attività di installazione di mobili, radio T.V., elettrodomestici, articoli igienico-sanitari senza posa di antenne

B - Commercianti (proprietari o addetti) in macellerie senza macellazione

B - Commercianti (proprietari o addetti) in oreficerie, orologerie, gioiellerie

B - Commercianti (proprietari o addetti) in panetterie, pasticcerie, gelaterie, con produzione propria

B - Commercianti (proprietari o addetti) in articoli sportivi comprese armi da fuoco, senza confezione di cartucce

B - Commessi viaggiatori

B - Corniciai

B - Cuochi, pizzaioli

B - Diplomatici, ambasciatori

B - Dirigenti con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature

B - Estetisti, manicure, callisti, pedicure

B - Geologi

B - Geometri con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature

B - Gestori di autorimesse (senza autoriparazione)

B - Gestori di stazioni di servizio e rifornimento carburante, senza operazioni di manutenzione, lavaggio e simili

B - Gestori di ristoranti, trattorie, pizzerie, bar, caffè, gelaterie, bottiglierie, esclusi cuochi e pizzaioli

B - Giardinieri, vivaisti, floricoltori, esclusa potatura di piante ad alto fusto, senza uso e guida di macchine agricole
B - Giornalisti, redattori, fotocronisti
B - Guardiapesca, guardie campestri, guardiacaccia
B - Guide turistiche
B - Impiegati e quadri con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
B - Imprenditori - esclusi agricoltori, artigiani e commercianti - che prestano lavoro manuale
B - Ingegneri, con accesso a cantieri, ponteggi e impalcature
B - Insegnanti di materie sperimentali anche in laboratorio, di pratica professionale
B - Insegnanti, istruttori, allenatori di educazione fisica e sport in genere esclusa l'equitazione e le attività sportive di cui al punto e) dell'art. 15 delle Condizioni di Assicurazione.
B - Istruttori di scuola guida
B - Lattonieri solo a terra
B - Lavoratori dipendenti - diversi da impiegati, quadri e dirigenti - senza uso di macchine e accesso ad officine, cantieri, ponteggi ed impalcature
B - Litografi
B - Magliai
B - Materassai
B - Mediatori di bestiame
B - Ottici (montatori, riparatori)
B - Paramedici, infermieri (senza contatto con radiazioni)
B - Periti con accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
B - Portieri e custodi
B - Orafi, incisori
B - Restauratori senza accesso a tetti, ponteggi e impalcature
B - Riparatori radio-TV, elettrodomestici in genere
B - Tappezzieri
B - Veterinari
B - Vigili Urbani

CLASSE C

C - Allevatori di equini, bovini, suini e cani
C - Antennisti
C - Appartenenti alle Forze Armate e Corpi Armati dello Stato che non rientrano in classe A e che non svolgono attività di: ordine pubblico, artificieri, minatori, imbarcati, paracadutisti.
C - Artigiani per i quali non esiste altra specifica denominazione, con uso di macchine ma senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature e non a contatto con corrente ad alta tensione, esplosivi o acidi.
C - Autoriparatori: carrozzieri, meccanici, elettrauto, gommisti e simili
C - Calzolai
C - Casari
C - Cavaicoli (operai in cave di marmo o pietra) senza uso di mine

C - Chimici, fisici, analisti di laboratorio esclusa manipolazione di sostanze esplodenti e radioattive
C - Commercianti ambulanti
C - Commercianti all'ingrosso con carico e scarico
C - Commercianti (proprietari o addetti) in macelleria compresa macellazione
C - Conciapelli
C - Elettricisti che lavorano solo all'interno di edifici, senza contatto di corrente ad alta tensione
C - Gestori di stazioni di servizio e rifornimento carburante con operazioni di manutenzione, lavaggio e simili
C - Guardie notturne
C - Idraulici
C - Imbianchini solo all'interno di edifici
C - Istruttori di equitazione
C - Lavoratori dipendenti, diversi da impiegati, quadri e dirigenti, con uso di macchine e accesso ad officine, cantieri, ponteggi e impalcature
C - Marmisti
C - Restauratori con accesso a tetti, ponteggi e impalcature
C - Tipografi

CLASSE D

D - Abbattitori di piante, boscaioli senza uso di mine
D - Agricoltori con uso di macchine agricole
D - Artigiani per i quali non esiste altra specifica denominazione, con uso di macchine, con accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature o a contatto con corrente ad alta tensione, esplosivi o acidi
D - Autisti di autocarri di portata superiore a 40 q.li pieno carico e autobus
D - Carpentieri in legno, in ferro
D - Chimici, fisici, analisti di laboratorio con manipolazione di materie esplodenti, ma che non si occupano della fabbricazione o del controllo degli esplosivi
D - Elettricisti che lavorano anche all'esterno di edifici o a contatto di corrente ad alta tensione
D - Fabbri
D - Facchini
D - Falegnami
D - Giardinieri, vivaisti, floricultori, con potatura e messa a dimora di piante ad alto fusto e/o uso e guida di macchine agricole
D - Imbianchini anche all'esterno di edifici, anche con scale, impalcature e ponti
D - Lattonieri anche su impalcature e ponti
D - Magazzinieri di merci che attendono al carico e scarico
D - Muratori
D - Palombari, sommozzatori
D - Pescatori
D - Scultori
D - Vetrai
D - Vigili del fuoco con compiti operativi

**TABELLA ESPLICATIVA DELLE MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE
DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE**
di cui all'Art. 22 delle Condizioni di Assicurazione

% di I.P.	% di I.P. liquidabile			% di I.P.	% di I.P. liquidabile		
	IN RELAZIONE ALLE SOMME ASSICURATE IN EURO				IN RELAZIONE ALLE SOMME ASSICURATE IN EURO		
	0-103.292	103.808-206.583	>206.583		0-103.292	103.808-206.583	>206.583
1	0	0	0	51	100	51	51
2	0	0	0	52	100	52	52
3	0	0	0	53	100	53	53
4	1	0	0	54	100	54	54
5	2	0	0	55	100	55	55
6	3	1	0	56	100	56	56
7	4	2	0	57	100	57	57
8	5	3	0	58	100	58	58
9	6	4	0	59	100	59	59
10	7	5	0	60	100	60	60
11	9	6	1	61	100	61	61
12	10	7	2	62	100	62	62
13	11	8	3	63	100	63	63
14	13	9	4	64	100	64	64
15	14	10	5	65	100	65	65
16	15	11	6	66	100	66	66
17	17	12	7	67	100	67	67
18	18	13	8	68	100	68	68
19	19	14	9	69	100	69	69
20	20	15	10	70	100	70	70
21	21	16	11	71	100	71	71
22	22	17	12	72	100	72	72
23	23	18	13	73	100	73	73
24	24	19	14	74	100	74	74
25	25	20	15	75	100	75	75
26	26	21	16	76	100	76	76
27	27	22	17	77	100	77	77
28	28	23	18	78	100	78	78
29	29	24	19	79	100	79	79
30	30	25	20	80	100	80	80
31	34	26	21	81	100	81	81
32	35	27	22	82	100	82	82
33	36	28	23	83	100	83	83
34	37	29	24	84	100	84	84
35	38	30	25	85	100	85	85
36	40	31	26	86	100	86	86
37	41	32	27	87	100	87	87
38	42	33	28	88	100	88	88
39	43	34	29	89	100	89	89
40	45	35	30	90	100	90	90
41	46	36	31	91	100	91	91
42	47	37	32	92	100	92	92
43	48	38	33	93	100	93	93
44	50	39	34	94	100	94	94
45	51	40	35	95	100	95	95
46	56	41	36	96	100	96	96
47	57	42	37	97	100	97	97
48	58	43	38	98	100	98	98
49	60	44	39	99	100	99	99
50	100	45	40	100	100	100	100

IN CASO DI SINISTRO

ENTRO 5 GIORNI DAL MOMENTO IN CUI IL CONTRAENTE NE È VENUTO A CONOSCENZA AVRÀ CURA DI:

- **contattare** la propria agenzia GROUPAMA
 - **inviare**, per raccomandata, all'Agente la denuncia dell'avvenuto sinistro contenente l'indicazione delle modalità dell'infortunio ed il certificato di Pronto Soccorso.
 - **raccogliere** i documenti necessari alla liquidazione, le notule dei medici, le prescrizioni, gli accertamenti diagnostici, le note dei trattamenti praticati e ogni giustificativo delle spese sostenute
 - **presentare in originale** all'Agente tutta la documentazione raccolta, nonché in caso di ricovero, copia della cartella clinica completa, da richiedere all'Istituto di cura in cui è avvenuto il ricovero.
-

LETTERA-TIPO

Spett.le
Groupama Assicurazioni S.p.A.
Agenzia di
Via
Cap Città

..... li

Oggetto: DENUNCIA DI SINISTRO SU POLIZZA INFORTUNI AZIENDE N.
AGENZIA DI

Vi comunico che l'Assicurata/o in data
ha subito un infortunio, con le seguenti modalità:
.....
.....

Allego la seguente documentazione medica:
.....

Per quant'altro fosse pertinente ed utile all'espletamento della pratica, Vi comunico i seguenti recapiti:

Abitazione (indirizzo e telefono)
.....

Luogo di lavoro (indirizzo e telefono)
.....

Cognome e nome
Via n.
Cap Città

In fede (firma)

.....

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui espressamente e diversamente regolato valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Tel. +39 06 3018.1
Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 172.571.040 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

