



Assicurazioni

TUTTOCAMPO

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA. INFORTUNI.

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 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



SOCIETÀ DI



NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA. INFORTUNI.

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 06/3018.1 - fax 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' Impresa sottoposta al controllo da parte dell'IVASS, appartenente al Gruppo Groupama, iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi presso lo stesso Ente al n. G0056, ed iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023.

Groupama Assicurazioni S.p.A. è diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. -Unico Socio – avente sede legale in Francia: 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 relativo all'esercizio 2017, il patrimonio netto della Società ammonta a 519,3 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 204,3 e a 315 milioni di Euro.

Gli indici di solvibilità, determinati ai sensi "Solvency II", al 31/12/2017 sono pari a: 148,30% che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) e 308,96% che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR).

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 30 giorni prima della scadenza del contratto stesso, mediante lettera raccomandata. 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 4.2 delle condizioni di assicurazione

3. Coperture assicurative offerte – limitazioni ed esclusioni

Tuttocampo è una polizza infortuni polivalente, può essere utilizzata per assicurare collettività ma anche singoli individui o famiglie dai rischi infortuni: professionali ed extraprofessionali; solo professionali; automobilistici; specifica tipologia.

E' possibile attivare una o più delle garanzie di seguito illustrate.

La garanzia **Morte** 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 3.1 delle condizioni di assicurazione.

La garanzia **Invalidità Permanente** comporta il pagamento di un indennizzo calcolato, come da previsioni contrattuali, in base alla somma assicurata ed al grado di invalidità permanente accertata al verificarsi di un infortunio. Inoltre, è possibile integrare la garanzia base con una serie di condizioni speciali, quali, ad esempio, il riferimento alla tabella di legge INAIL, la supervalutazione di invalidità relative a specifiche parti del corpo (arti superiori, vista udito e voce). Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli 3.2, 3.3 e condizioni speciali A, C, D, delle condizioni di assicurazione.

La garanzia di **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 agli articoli 3.4, 3.5 delle condizioni di assicurazione.

La garanzia **Ricovero e convalescenza** in caso di infortunio che abbia per conseguenza un ricovero prevede la corresponsione della diaria prescelta per ogni giorno di ricovero e qualora il ricovero si sia protratto per più di 12 giorni il riconoscimento di un indennizzo forfetario per la convalescenza. Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 3.6 delle condizioni di assicurazione.

La garanzia **Ingegnatura** in caso di infortunio che abbia per conseguenza la necessità di applicare all'assicurato un'ingessatura prevede la corresponsione della diaria prescelta per ogni giorno di ingessatura. Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 3.7 delle condizioni di assicurazione.

La garanzia **Rimborso spese mediche**, al verificarsi di un infortunio contrattualmente garantito, rimborsa all'assicurato le spese sostenute in conseguenza di esso. Le spese sostenute dall'Assicurato, riconosciute come rimborsabili dalla Società variano a seconda che ci sia stato: Ricovero con pernottamento in istituto di cura; intervento chirurgico; cure. Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 3.8 delle condizioni di assicurazione.

E' inoltre possibile estendere al copertura assicurativa alla **Responsabilità civile del contraente** per i rischi garantiti in polizza di cui dovesse essere ritenuto responsabile e per i quali l'assicurato o i beneficiari non rilascino quietanza liberatoria.
Per maggiori dettagli, si rinvia alla condizione speciale M 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 da 1.1 a 1.4; da 2.1 a 4.2; 5.5; da 6.1 a 6.3 delle condizioni di assicurazione.

Il contratto contiene inoltre franchigie e massimali; si rinvia agli articoli 2.2, 2.3, da 3.3 a 3.8, delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio. 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. 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.

Nella polizza Tuttocampo esistono franchigie in percentuale 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 € 259.000,00, 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: $€ 3.000,00 \text{ (danno)} - € 1.000,00 \text{ (massimale)} = € 2.000,00 \text{ (differenza a carico dell'assicurato)}$.

Qualora nel contratto non sia indicata l'età dell'assicurato, il contratto prevede un limite massimo di età assicurabile di anni 77. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 1.2 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 5.2 delle condizioni di assicurazione, a cui si rinvia.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

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 5.3, 5.4, 5.5 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. Qualora il soggetto assicurato in corso di contratto cambi l'attività professionale svolta è tenuto a darne comunicazione alla Società. Alla nuova attività professionale svolta, infatti, potrebbe corrispondere una diversa valutazione del rischio da parte della Società (ad esempio l'assicurato cessa la sua attività di impiegato amministrativo e diventa imprenditore con lavoro manuale); la mancata dichiarazione alla Società della nuova attività professionale potrà produrre la perdita parziale o totale dell'indennizzo. La perdita sarà parziale nel caso in cui la Società, se avesse conosciuto il nuovo stato delle cose, avrebbe dato il suo consenso alla prosecuzione del contratto a condizioni differenti; la perdita sarà totale nel caso in cui la Società non avrebbe assunto il rischio.

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, quadrimestrali e trimestrali senza

applicazione di oneri aggiuntivi.

Esiste la possibilità che siano applicati sconti di premio da parte dell'impresa. Tali sconti potranno essere applicati in base al numero delle persone assicurate con la medesima polizza. Altri sconti potranno essere applicati da parte dell'intermediario anche in considerazione della situazione di fidelizzazione del contraente come cliente.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate e il premio dell'assicurazione sono soggetti ad adeguamento facoltativo.

8. Diritto di recesso

Qualora il Contraente sia un “professionista”, ossia una persona fisica o giuridica, pubblica o privata, che utilizza il contratto nel quadro della sua attività, la Società ha facoltà di recedere dal contratto in caso di sinistro. Per i termini e le modalità di esercizio di tale diritto si rinvia all'articolo 7.1 delle condizioni di assicurazione. **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 all'articolo 4.1 e 4.2 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.

9. 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.

10. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

11. 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, Responsabilità civile del contraente, 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

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

L'insorgenza del sinistro coincide con il verificarsi dell'infortunio così come specificato nell'oggetto dell'assicurazione. In caso di sinistro, il contraente o l'assicurato devono darne avviso all'agenzia alla quale è stata assegnata la polizza o alla Società entro 3 giorni da quando

ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'articolo 1913 c.c. Le eventuali spese per l'accertamento del danno sono a carico della Società, ove non diversamente contrattualizzato.

Per maggiori dettagli sulle procedure liquidative, si rinvia agli articoli da 6.1 a 6.3 e alla sezione "Cosa fare in caso di sinistro" delle condizioni di assicurazione.

13. 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.

14. 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 6.3 delle condizioni di assicurazione.

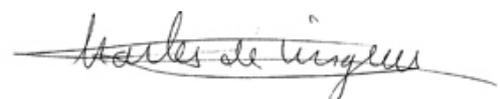
Per la risoluzione delle controversie è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

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
Charles de Tinguy**



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

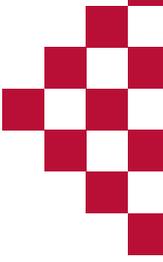
Espressione con la quale vengono indicate quelle particolari coperture assicurative che consentono di garantire un indennizzo pari non solo al valore della cosa assicurata al momento del sinistro, ma anche corrispondente alle spese necessarie per riacquistare o ricostruire la cosa stessa.

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.



Tuttocampo

L'ASSICURAZIONE GLOBALE INFORTUNI



Condizioni Generali di Assicurazione

Normativa Contrattuale	3
Terminologia Contrattuale	3
Condizioni Generali di Assicurazione	5
Capitolo 1 - Cosa non assicura “Tuttocampo” e quali sono le delimitazioni contrattuali dell’assicurazione	5
<i>Art. 1.1 Infortuni esclusi dall’assicurazione</i>	5
<i>Art. 1.2 Limite di età - Cessazione dell’assicurazione per compimento dell’età massima assicurabile</i>	5
<i>Art. 1.3 Persone non assicurabili - Cessazione dell’assicurazione per aggravamento del rischio</i>	6
<i>Art. 1.4 Validità territoriale</i>	6
<i>Art. 1.5 Responsabilità civile del Contraente</i>	6
Capitolo 2 - Cosa assicura “Tuttocampo”	6
<i>Art. 2.1 Infortuni assicurati</i>	6
<i>Art. 2.2 Rischi sportivi</i>	9
<i>Art. 2.3 Limitazione dell’indennizzo per sinistri catastrofali</i>	10
Capitolo 3 - Quali sono le prestazioni che possono essere garantite da “Tuttocampo”	11
<i>Art. 3.1 Morte</i>	11
<i>Art. 3.2 Invalidità permanente</i>	11
<i>Art. 3.3 Modalità di liquidazione dell’indennizzo per invalidità permanente - franchigia assorbibile e maggiorazioni di danno</i>	13
<i>Art. 3.4 Inabilità temporanea</i>	13
<i>Art. 3.5 Franchigia per inabilità temporanea</i>	13
<i>Art. 3.6 Ricovero e convalescenza</i>	14
<i>Art. 3.7 Ingessatura</i>	14
<i>Art. 3.8 Rimborso spese mediche</i>	14
Capitolo 4 - Quando inizia e quando scade l’assicurazione	16
<i>Art. 4.1 Pagamento del premio - decorrenza e scadenza dell’assicurazione</i>	16
<i>Art. 4.2 Tacita proroga dell’assicurazione</i>	16
Capitolo 5 - Quali sono gli adempimenti contrattuali particolari del Contraente e/o dell’Assicurato	16
<i>Art. 5.1 Assicurazione per conto di altre persone</i>	16
<i>Art. 5.2 Dichiarazioni del Contraente e/o dell’Assicurato relative alle circostanze del rischio</i>	16
<i>Art. 5.3 Aggravamento del rischio</i>	17
<i>Art. 5.4 Diminuzione del rischio</i>	17
<i>Art. 5.5 Cambiamento delle attività professionali dell’Assicurato o delle sue mansioni dichiarate</i>	17
<i>Art. 5.6 Altre assicurazioni</i>	18

Capitolo 6 - La denuncia del sinistro e la liquidazione del danno	18
<i>Art. 6.1 Denuncia del sinistro e oneri relativi</i>	18
<i>Art. 6.2 Criteri di indennizzabilità</i>	18
<i>Art. 6.3 Controversie - arbitrato irrituale</i>	18
Capitolo 7 - Le disposizioni contrattuali generali	19
<i>Art. 7.1 Recesso dall'assicurazione in caso di sinistro</i>	19
<i>Art. 7.2 Rinuncia della Società all'azione di surrogazione</i>	19
<i>Art. 7.3 Indipendenza dell'assicurazione da obblighi di legge</i>	19
<i>Art. 7.4 Oneri fiscali dell'assicurazione</i>	19
<i>Art. 7.5 Termini di prescrizione dei diritti dell'assicurazione</i>	19
<i>Art. 7.6 Legislazione applicabile all'assicurazione e rinvio alle norme di legge</i>	19
Condizioni Speciali di Assicurazione	20
Condizione Speciale "A"	
<i>Riferimento alla tabella di "Legge" per il caso di invalidità permanente</i>	20
Condizione Speciale "B"	
<i>Rivalutazione annua delle somme assicurate e del premio</i>	20
Condizione Speciale "C"	
<i>Supervalutazione dell'Invalidità Permanente per gli arti superiori</i>	21
Condizione Speciale "D"	
<i>Supervalutazione dell'Invalidità Permanente per la vista, l'udito e la voce</i>	21
Condizione Speciale "I"	
<i>Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali</i>	22
Condizione Speciale "K"	
<i>Limitazione dell'assicurazione agli infortuni conseguenti all'uso di veicoli a motore</i>	22
Condizione Speciale "L"	
<i>Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali</i>	22
Condizione Speciale "M"	
<i>Responsabilità civile del Contraente</i>	22
Condizione Speciale "N"	
<i>Rischio in "itinere"</i>	23
Elenco Attività Professionali	24
Cosa fare in caso di sinistro	27
Comunicazione dell'infortunio	27
Denuncia del sinistro ed incombenze successive	27
Pagamento dell'indennizzo	27
Come si ottiene il pagamento dei singoli indennizzi?	
Vediamone le regole generali	27

Normativa Contrattuale

Terminologia Contrattuale

Nel testo del contratto di assicurazione "Tuttocampo" si incontrano spesso le parole o i termini che seguono, cui la Società e il Contraente attribuiscono espressamente il significato qui di seguito riportato, che assume valore ai fini dell'interpretazione della normativa contrattuale.

Ambulatorio

È la struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Assicurato

È il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

È il contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a versare all'Assicurato o ai suoi beneficiari, entro i limiti contrattualmente convenuti, l'indennizzo previsto in caso di sinistro.

Beneficiario

È il soggetto (persona fisica o giuridica) cui la Società dovrà pagare la somma assicurata - con le modalità previste nel contratto assicurativo - per il caso di sinistro mortale dell'Assicurato.

Contraente

È il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula l'assicurazione e ne assume i relativi obblighi contrattuali.

Day hospital

Il termine indica la degenza esclusivamente diurna, in istituto di cura documentata da cartella clinica - da cui risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'istituto di cura - per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportano la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continue.

Franchigia

È la parte dell'indennizzo che può rimanere a carico dell'Assicurato, nel caso che ciò sia stato preventivamente concordato nel contratto.

Inabilità temporanea

Il termine significa la perdita temporanea, che può essere totale o parziale, a seguito di infortunio della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività dichiarate, per le quali è prestata l'assicurazione.

Indennizzo

Consiste nella somma, determinata in base a quanto e come è stato contrattualmente convenuto, dovuta dalla Società all'Assicurato o ai suoi beneficiari in caso di sinistro garantito.

Infortunio

È ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche dell'Assicurato oggettivamente constatabili.

Ingessatura

Consiste nell'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato. Può consistere anche nell'immobilizzazione

mediante tutori ortopedici esterni - esclusi comunque quelli sotto elencati - di materiale vario che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali, purché clinicamente diagnosticate con l'ausilio di radiografie, TAC (tomografia assiale computerizzata), RM (risonanza magnetica) in artroscopia. Non sono, comunque, considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia assicurativa:

- a) le fasce elastiche in genere;
- b) i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "molliti";
- c) i busti ortopedici elastici (CAMP 35, MZ e simili);
- d) i collari di Schanz, Colombani o Philadelphia;
- e) altri mezzi di semplice contenimento o di immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lett. a) - b) - c) - d).

Invalidità permanente

Il termine significa la perdita definitiva - che può essere totale o parziale, anatomica o funzionale - di arti od organi a seguito di infortunio, avente per conseguenza la riduzione o la perdita totale della capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura

Il termine indica l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario o la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture per convalescenza o lunga degenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche, le strutture di soggiorno per anziani o per la cura di malati cronici.

Polizza

È il documento che comprova l'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio

È la somma dovuta dal Contraente alla Società per ottenere la garanzia assicurativa.

Ricovero

È la degenza dell'Assicurato, comportante pernottamento, in un istituto di cura a seguito di un infortunio.

Rischio

È la possibilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Consiste nell'infortunio che abbia per conseguenza l'operatività contrattuale di una o più delle prestazioni assicurative garantite.

Società

Groupama Assicurazioni S.p.A..

Tuttocampo

È la denominazione del presente contratto assicurativo.

Normativa Contrattuale

Condizioni Generali di Assicurazione

Capitolo 1 - Cosa non assicura “Tuttocampo” e quali sono le delimitazioni contrattuali dell’assicurazione

Articolo 1.1 - Infortuni esclusi dall’assicurazione

“Tuttocampo” non vale per gli infortuni che l’Assicurato può subire in conseguenza di:

- a) azioni dolose da lui compiute o tentate, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- b) movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni, salvo quanto è previsto all’Art. 2.1 - Comma A);
- c) guerre, insurrezioni, tumulti popolari e occupazioni militari, salvo quanto è previsto all’Art. 2.1 - Comma B) e Comma C);
- d) guida in stato di ebbrezza e/o ubriachezza di qualsiasi veicolo terrestre o natante, con o senza motore;
- e) guida non professionale di macchine agricole in genere, quali sono definite dalle norme che disciplinano la circolazione stradale, salvo quanto è previsto all’Art. 2.1 - Comma D);
- f) guida di tutti gli altri veicoli terrestri diversi dalle macchine agricole elencate nella precedente lett. e) o di natanti in genere, con o senza motore, per i quali egli sia privo - ove prevista - di regolare patente di abilitazione alla guida a norma delle disposizioni di legge vigenti, salvo quanto è previsto all’Art. 2.1 - Comma E);
- g) guida e uso di mezzi subacquei;
- h) guida e uso di velivoli e aeromobili, salvo quanto è previsto all’Art. 2.1 - comma F) per l’uso di aeromobili in qualità di passeggero;
- i) pratica di paracadutismo, parapendio e altre attività aeree simili;
- l) trasformazioni o assestamenti energetici dell’atomo - naturali o provocati - e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- m) abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni;
- n) servizio militare o servizio sostitutivo dello stesso, salvo quanto è previsto all’Art. 2.1 - Comma G);
- o) operazioni chirurgiche, terapie, cure e trattamenti medici, non resi necessari da infortunio.

“Tuttocampo” non vale, altresì, per:

- p) infortuni che abbiano come conseguenza la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- q) conseguenze di punture di zecca, nonché di infezioni malariche e malattie tropicali causate da morsi di animali e punture di insetti;
- r) conseguenze di infarti ed ernie di qualsiasi tipo, salvo quanto è previsto all’Art. 2.1 - Comma H) per le ernie addominali da sforzo.

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.

Articolo 1.2 - Limite di età - Cessazione dell’assicurazione per compimento dell’età massima assicurabile

Qualora nel contratto non sia indicata l’età dell’Assicurato, “Tuttocampo” cessa al compimento del suo 77° anno d’età. Tuttavia, se l’Assicurato compie tale età nel periodo di vigenza dell’assicurazione, “Tuttocampo” rimane efficace fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Articolo 1.3 - Persone non assicurabili - Cessazione dell'assicurazione per aggravamento del rischio

Premesso che la Società non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione qualora al momento della stipulazione della polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - psicofarmaci), da AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, resta inteso che, al manifestarsi di una o più di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Società di corrispondere l'indennizzo.

La cessazione dell'assicurazione in corso comporta l'obbligo per la Società - a parziale deroga dell'Art. 1898 del Codice Civile - di rimborsare al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione stessa, la parte di premio - al netto dell'imposta - già pagata per l'Assicurato e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della garanzia e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Articolo 1.4 - Validità territoriale

“Tuttocampo” vale in tutto il mondo, ma l'inabilità temporanea, al di fuori dei Paesi dell'Unione Europea, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero. Tale limitazione cessa alle ore 24 del giorno del rientro dell'Assicurato in un Paese dell'Unione Europea.

Articolo 1.5 - Responsabilità civile del Contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari indicati all'Art. 3.1 o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto a termini di 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.

Capitolo 2 - Cosa assicura “Tuttocampo”

Articolo 2.1 - Infortuni assicurati

“Tuttocampo” vale per gli infortuni che l'Assicurato può subire nello svolgimento:

- ◆ delle attività professionali principali e secondarie dichiarate nel contratto assicurativo;
- ◆ di ogni altra attività, anche durante il tempo libero, che non abbia carattere di professionalità, compresi i comuni hobby e i lavori attinenti la vita familiare.

L'assicurazione per gli infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive, svolte sia a puro titolo ricreativo che con carattere agonistico, è prestata alle condizioni e con gli eventuali limiti che sono previsti all'Art. 2.2.

L'indennizzo contrattualmente dovuto viene corrisposto dalla Società per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio garantito, che siano indipendenti da condizioni fisiche e/o patologiche dell'Assicurato preesistenti e/o sopravvenute. In caso di morte e di invalidità permanente, il relativo indennizzo è dovuto se tali situazioni si verificano - anche successivamente alla scadenza di “Tuttocampo” - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

“Tuttocampo” vale anche in caso di:

- a) asfissia o intossicazione, non di origine patologica, causata da fuga o da inalazione di gas o vapori;
- b) avvelenamenti acuti da ingestione di cibi, liquidi o altre sostanze velenose;

- c) contatto improvviso con agenti corrosivi;
- d) infezioni causate da morsi di animali e punture di insetti (ferme restando, comunque, le esclusioni previste alla lett. q) dell'Art. 1.1 per le infezioni malariche e le malattie tropicali, nonché per le conseguenze di punture di zecca);
- e) annegamento;
- f) assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, cadute di fulmini, scariche elettriche, altre influenze termiche e atmosferiche, nonché effetti della prolungata esposizione a fenomeni climatici del caldo e del freddo cui l'Assicurato non si sia potuto sottrarre a causa di infortunio indennizzabile dal contratto assicurativo;
- g) lesioni muscolari determinate da sforzi (esclusi, comunque, gli infarti).

“Tuttocampo” vale, altresì, nei casi previsti ai commi seguenti:

Comma A) - Infortuni derivanti da calamità naturali

A condizione che la durata di “Tuttocampo” non sia inferiore ad un anno, la garanzia vale - a parziale deroga di quanto è previsto alla lett. b) dell'Art. 1.1 - per gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni o altre simili calamità naturali, che abbiano come conseguenza la morte o un'invalidità permanente.

Comma B) - Infortuni derivanti da tumulti popolari

A parziale deroga di quanto è previsto alla lett. c) dell'Art. 1.1, si considerano coperti dall'assicurazione gli infortuni che l'Assicurato può subire in conseguenza di tumulti popolari ai quali egli stesso non abbia preso parte attiva.

Comma C) - Infortuni all'estero dovuti occasionalmente a guerre, insurrezioni e occupazioni militari

A parziale deroga di quanto è stabilito all'Art. 1912 del Codice Civile e di quanto è previsto alla lett. c) dell'Art. 1.1, la garanzia vale anche per gli infortuni che l'Assicurato, quale civile, può subire occasionalmente all'estero - cioè fuori dai territori della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino - in conseguenza di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni popolari e occupazioni militari per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, sempre che l'Assicurato stesso risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trova in un paese estero che era in pace fino al momento del suo arrivo e non vi prenda parte attiva.

Comma D) - Infortuni derivanti dalla guida occasionale e non professionale di macchine agricole

A parziale deroga di quanto è previsto alla lett. e) dell'Art. 1.1, la garanzia è estesa anche agli infortuni che l'Assicurato può subire in conseguenza della guida occasionale di macchine agricole in genere, quali sono definite dalle norme che disciplinano la circolazione stradale, non derivante dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel contratto assicurativo, a condizione che l'Assicurato stesso sia munito - ove prevista - di regolare patente di abilitazione alla guida a norma delle disposizioni di legge vigenti.

Resta convenuto però, che le somme assicurate si intendono tutte ridotte del 50% in caso di infortunio verificatosi in base a quanto previsto nel presente Comma.

Comma E) - Mancato rinnovo della patente di abilitazione alla guida

A parziale deroga di quanto è previsto alla lett. f) dell'Art. 1.1, la garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato può subire quando, trovandosi alla guida di veicoli o natanti per i quali sia prevista dalle disposizioni di legge una patente di abilitazione, pur essendo in possesso del previsto documento, questo sia scaduto da non oltre un anno e non sia stato rinnovato o regolarizzato dall'Assicurato stesso per mera dimenticanza.

Comma F) - Infortuni aeronautici

A condizione che la durata di “Tuttocampo” non sia inferiore ad un anno, la garanzia vale - a parziale deroga di quanto è previsto alla lett. h) dell'Art. 1.1 - per gli infortuni che l'Assicurato può subire, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento in genere su velivoli o elicotteri da chiunque gestiti, tranne che:

- ◆ da Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- ◆ da Aeroclub.

La presente garanzia non è valida per gli infortuni che l'Assicurato può subire durante l'uso di apparecchi per il volo sportivo o da diporto (quali alianti, deltaplani, ultraleggeri, parapendii o simili). Agli effetti dell'assicurazione, il viaggio aereo comincia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si conclude nel momento in cui ne discende, intendendosi comprese nel rischio anche la salita e la discesa mediante l'uso di scale o altre attrezzature aeroportuali.

Comma G) - Servizio militare

A parziale deroga di quanto è previsto alla lett. n) dell'Art. 1.1, la garanzia è prestata - in tempo di pace - durante il servizio militare di leva o durante il servizio sostitutivo dello stesso o durante il richiamo per esercitazioni ordinarie. L'assicurazione non vale per gli infortuni che l'Assicurato può subire durante uno dei servizi sopra indicati in conseguenza di interventi armati, sia dentro che fuori dei confini della Repubblica Italiana.

Comma H) - Ernie addominali da sforzo

A parziale deroga di quanto è previsto alla lett. r) dell'Art. 1.1, la garanzia, limitatamente al caso di invalidità permanente, è estesa anche alle ernie addominali determinate da sforzo, purché non suscettibili di correzione chirurgica. In tal caso, ancorché si tratti di ernia bilaterale, la Società liquida un indennizzo calcolato, a norma degli Artt. 3.2 e 3.3, in base all'invalidità permanente accertata, la cui percentuale massima non potrà essere riconosciuta, comunque, in misura superiore al 10% della totale.

Comma I) - Infortuni dovuti a colpa grave dell'Assicurato, del Contraente o del Beneficiario

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato può subire in conseguenza di una colpa grave sua, o del Contraente, o del Beneficiario dell'indennizzo per il caso di morte.

Comma L) - Altre estensioni di garanzia

“Tuttocampo” vale anche per gli infortuni che l'Assicurato può subire in conseguenza di:

- a) colpo di sonno, stato di malore o di incoscienza;
- b) imperizia, imprudenza o negligenza, anche se gravi;
- c) ubriachezza non durante la guida di mezzi di locomozione;
- d) aggressioni o altre violenze, atti di terrorismo o vandalismo, attentati, ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- e) guida - anche a titolo professionale, secondo l'attività dichiarata nel contratto assicurativo - di autovetture, autocaravan, autoveicoli per trasporto promiscuo di persone e cose, autocarri, velocipedi, ciclomotori, motocicli, motocarri e natanti da diporto, per i quali l'Assicurato sia in possesso - ove prescritta - di regolare patente di abilitazione alla guida secondo le vigenti disposizioni di legge;
- f) uso - in qualità di passeggero o di trasportato a titolo professionale, in quest'ultimo caso secondo l'attività professionale dichiarata nel contratto assicurativo - di tutti i mezzi di locomozione terrestre e di natanti di superficie.

Articolo 2.2 - Rischi sportivi

“Tuttocampo” vale per la pratica delle attività sportive in genere (compresi allenamenti e prove) svolte a puro titolo ricreativo - anche se con carattere agonistico - eccetto comunque il paracadutismo, il parapendio ed altre attività aeree similari.

Tuttavia, tenuto conto della maggiore intensità di rischio che talune attività sportive comportano, per quelle di esse qui di seguito elencate gli indennizzi liquidabili a termini di polizza sono proporzionalmente ridotti secondo i valori espressi per ciascuna pratica sportiva, in relazione alla gravità del rischio o alle modalità e circostanze nelle quali si svolge l'attività sportiva:

fascia di rischi A)

sono indennizzabili con il 20% dell'intero valore dell'indennizzo contrattualmente liquidabile, gli infortuni che l'Assicurato può subire nell'esercizio dei seguenti sport, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono praticati:

- ◆ alpinismo;
- ◆ arrampicata libera su rocce naturali e rocce o muri o altri ostacoli simili artificiali (free climbing);
- ◆ atletica pesante;
- ◆ bob;
- ◆ football americano;
- ◆ guidoslitte;
- ◆ immersione con autorespiratore;
- ◆ lotta nelle varie forme, eccetto quella greco-romana;
- ◆ pugilato;
- ◆ regate o traversate effettuate in solitario in alto mare;
- ◆ rugby;
- ◆ salto dal trampolino con sci o idrosci;
- ◆ scalata di rocce o ghiacciai;
- ◆ sci acrobatico;
- ◆ sci alpinismo;
- ◆ sci estremo;

fascia di rischi B)

sono indennizzabili con il 30% dell'intero valore dell'indennizzo contrattualmente liquidabile, gli infortuni che l'Assicurato può subire nell'esercizio dei seguenti sport, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono praticati, salvo che l'infortunio si verifichi nel corso della partecipazione a competizioni di regolarità pura organizzate o comunque svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive o dell'Automobile Club (nel qual caso l'indennizzo non è soggetto a riduzione alcuna):

- ◆ automobilismo;
- ◆ motociclismo;
- ◆ motonautica;

fascia di rischi C)

sono indennizzabili con il 50% dell'intero valore dell'indennizzo contrattualmente liquidabile, gli infortuni che l'Assicurato può subire nell'esercizio dei seguenti sport, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono praticati:

- ◆ sollevamento pesi;
- ◆ speleologia;
- ◆ sport del ghiaccio (eccetto pattinaggio sul ghiaccio);

fascia di rischi D)

sono indennizzabili con il 40% dell'intero valore dell'indennizzo contrattualmente liquidabile, gli infortuni che l'Assicurato può subire nell'esercizio dei seguenti sport, quando si tratti di gare o corse (e relative prove ed allenamenti) organizzate o comunque svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive (in caso diverso, invece, l'indennizzo non è soggetto a riduzione alcuna):

- ◆ calcetto;
- ◆ calcio;
- ◆ canoa e sport simili consistenti nella discesa di fiumi e torrenti;
- ◆ ciclismo;
- ◆ pattinaggio sul ghiaccio;
- ◆ sci;

fascia di rischi E)

sono indennizzabili con il 66% dell'intero valore dell'indennizzo contrattualmente liquidabile, gli infortuni che l'Assicurato può subire nell'esercizio dei seguenti sport, quando si tratti di gare o corse (e relative prove e allenamenti) organizzate o comunque svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive (in caso diverso, invece, l'indennizzo non è soggetto a riduzione alcuna):

- ◆ baseball;
- ◆ equitazione;
- ◆ hockey su prato o su pista;
- ◆ judo;
- ◆ lotta greco-romana;
- ◆ pallacanestro;
- ◆ pallamano;
- ◆ pallavolo;
- ◆ pentathlon moderno;
- ◆ tennis.

Nella tabella di seguito riprodotta sono riassunte le percentuali di indennizzo spettanti - rispetto all'intero valore dell'indennizzo contrattualmente liquidabile - per gli infortuni verificatisi durante la pratica delle attività sportive raggruppate nelle precedenti fasce di rischio di cui alle lettere A) - B) - C) - D) - E).

fasce di rischi sportivi**percentuali di indennizzo spettanti**

a) in ogni caso di pratica	20
b) per pratica:	
- in caso di regolarità pura sotto l'egida di federazioni sportive o automobile club	100
- in ogni altro caso	30
c) in ogni caso di pratica	50
d) per pratica:	
- sotto l'egida di federazioni sportive	40
- in ogni altro caso	100
e) per pratica:	
- sotto l'egida di federazioni sportive	66
- in ogni altro caso	100

Articolo 2.3 - Limitazione dell'indennizzo per sinistri catastrofali

In caso di unico evento che colpisca più persone assicurate contro gli infortuni con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima per indennizzi non potrà superare complessivamente € 20 milioni. Qualora, invece, gli indennizzi complessivamente a carico della Società per i propri Assicurati eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre tra il detto limite di € 20 milioni e il totale degli indennizzi dovuti.

Capitolo 3 - Quali sono le prestazioni che possono essere garantite da “Tuttocampo”

Articolo 3.1 - Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e questa, fermo restando quanto è previsto all'Art. 6.1, si verifichi - anche successivamente alla scadenza di “Tuttocampo” - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, la Società corrisponde la somma assicurata per il caso di morte ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Qualora, a seguito di infortunio contrattualmente indennizzabile, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma che l'Assicurato stesso sia deceduto, la Società corrisponderà il capitale garantito per il caso di morte non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Artt. 60 e 62 del Codice Civile.

In caso di affondamento o naufragio di natante oppure di caduta di aeromobile adibito al trasporto pubblico e collettivo di passeggeri, la Società corrisponderà il capitale garantito non prima che siano trascorsi 6 mesi dal sinistro qualora sia stata accertata dalla competente Autorità la presenza a bordo dell'Assicurato e questi sia stato dato per disperso, a seguito del sinistro stesso, a norma degli Artt. 211, 212 e 838 del Codice della Navigazione.

Se, successivamente al pagamento dell'indennizzo per morte presunta, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente, qualora sia garantita, eventualmente residuata a seguito dell'infortunio. 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 e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i suoi eredi non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto all'eventuale differenza tra l'indennizzo per morte e quello già pagato per invalidità permanente.

Articolo 3.2 - Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva un'invalidità permanente dell'Assicurato e questa, fermo restando quanto è disposto all'Art. 6.1, si verifichi - anche successivamente alla scadenza di “Tuttocampo” - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, la Società corrisponde all'Assicurato stesso, salva l'applicazione delle franchigie o delle maggiorazioni che sono previste all'Art. 3.3, un indennizzo calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo le percentuali e i criteri seguenti:

Perdita totale, anatomica o funzionale di

un arto superiore	70%
una mano o un avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
la falange ungueale del pollice	9%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito
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%
un piede	40%
ambedue i piedi	100%
un alluce	5%
un altro dito del piede	1%
la falange ungueale dell'alluce	2,5%
un occhio	25%
ambedue gli occhi	100%
la voce	30%

Perdita anatomica di:

un rene	15%
la milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Anchilosi di:

scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° (con prono-supinazione libera)	20%
polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%
anca in posizione favorevole	35%
ginocchio in estensione	25%
tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica	15%

Paralisi completa di:

nervo radiale	35%
nervo ulnare	20%
sciatico popliteo esterno	15%

Sordità completa di:

un orecchio	10%
ambidue gli orecchi	40%

Stenosi nasale assoluta:

monolaterale	4%
bilaterale	10%

Postumi di frattura:

scomposta di una costa	1%
amielica di corpo vertebrale con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12° dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
di un metamero sacrale	3%
di un metamero coccigeo con callo deforme	5%

Postumi di lesioni meniscali del ginocchio:

se complete e disposte in senso trasversale	3%
in tutti gli altri casi	1%

Postumi di lesione completa di legamento del ginocchio:

collaterale interno	12%
collaterale esterno	8%
crociato anteriore	6%
crociato posteriore	6%

Postumi di:

trauma distorsivo della colonna cervicale che presenti solo contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
lesione completa da sforzo del capo lungo del bicipite con lacerazione chiaramente dimostrata mediante RM (risonanza magnetica)	4%
rottura tendino-muscolare della cuffia dei rotatori	4%
rottura tendino-muscolare del bicipite brachiale	4%
rottura tendino-muscolare quadricipite femorale	4%

Per la valutazione delle menomazioni visive e uditive si procede alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi. Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

In caso di perdita anatomica parziale di una falange terminale delle dita, la percentuale di invalidità permanente viene ridotta del 50% rispetto a quella prevista per la perdita anatomica dell'intera falange stessa.

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

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di

una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate nella tabella sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. L'indennizzo per invalidità permanente è cumulabile con ogni altro indennizzo garantito da "Tuttocampo", eccetto quello per morte.

Articolo 3.3 - Modalità di liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente - franchigia assorbibile e maggiorazioni di danno

La Società corrisponde l'indennizzo per il caso di invalidità permanente - fermo restando quanto è previsto all'Art. 3.2 - con le seguenti modalità:

- a) sulla parte di somma assicurata fino a € 259.000,00, non si fa luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 3% della totale; se, invece, l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo viene liquidato solo per la parte eccedente;
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente € 259.000,00, non si fa luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se, invece, l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo viene liquidato soltanto per la parte eccedente.

Qualora l'invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale, l'indennizzo viene liquidato senza deduzione di alcuna franchigia.

Qualora l'invalidità permanente sia di grado superiore al 66% della totale, viene corrisposto un indennizzo pari all'intera somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Articolo 3.4 - Inabilità temporanea

Se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva un'inabilità temporanea dell'Assicurato, la Società corrisponde all'Assicurato stesso, salva l'eventuale applicazione della franchigia che è prevista all'Art. 3.5, la somma assicurata con le modalità e con le misure seguenti:

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

La Società corrisponde all'Assicurato l'indennizzo per inabilità temporanea per un periodo massimo di 365 giorni a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio. Qualora l'infortunio non sia stato denunciato regolarmente o sia stato denunciato in ritardo, i termini precedenti vengono computati a partire dal giorno successivo a quello della regolare denuncia, anziché dell'infortunio.

In ogni caso, non vengono computati nell'indennizzo i giorni che rientrano nella franchigia che è prevista all'Art. 3.5.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con ogni altro indennizzo garantito da "Tuttocampo".

Articolo 3.5 - Franchigia per inabilità temporanea

La Società corrisponde all'Assicurato l'indennizzo per inabilità temporanea a partire:

- a) dal 7° giorno successivo a quello che è stabilito all'Art. 3.4, nel caso in cui la somma giornaliera assicurata non sia superiore a € 25,00;
- b) dal 10° giorno successivo a quello che è stabilito all'Art. 3.4, nel caso in cui la somma giornaliera assicurata sia maggiore di € 25,00 ma non superi € 37,50;

- c) dal 14° giorno successivo a quello che è stabilito all'Art. 3.4, nel caso in cui la somma giornaliera assicurata sia superiore a € 37,50.

Qualora l'infortunio abbia comportato un ricovero, o un'ingessatura senza ricovero dell'Assicurato, durante i periodi di inabilità temporanea che sono previsti come non indennizzabili alle precedenti lettere a) - b) - c), ma coincidenti con il decorso di uno di tali eventi, la Società corrisponde l'indennizzo assicurato per inabilità temporanea senza applicare alcuna franchigia.

Articolo 3.6 - Ricovero e convalescenza

Se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva un ricovero dell'Assicurato in istituto di cura, la Società corrisponde la somma assicurata per ciascun giorno di degenza dell'Assicurato stesso - computandosi a tal fine il numero dei pernottamenti - e per la durata massima di 365 giorni, anche se non consecutivi, da quello dell'infortunio ma, comunque, non oltre 2 anni dallo stesso.

Successivamente a un ricovero di durata superiore a 12 giorni consecutivi, la Società corrisponde all'Assicurato anche un indennizzo giornaliero di "convalescenza" che, indipendentemente dalla sua concreta necessità e/o durata, viene forfetariamente riconosciuto per un periodo di 12 giorni. L'indennizzo per la convalescenza viene corrisposto in misura giornaliera pari al 50% di quella garantita per il ricovero. L'indennizzo per il ricovero, e quello per la convalescenza, sono cumulabili con ogni altro indennizzo garantito da "Tuttocampo".

Articolo 3.7 - Ingessatura

Se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva la necessità di applicare un'ingessatura all'Assicurato, la Società corrisponde la somma assicurata per ciascun giorno in cui l'Assicurato stesso sia portatore dell'ingessatura - tanto in regime di ricovero che fuori - ma per la durata massima per ogni evento di 60 giorni, anche se non consecutivi, purché entro 1 anno dalla data dell'infortunio.

Ai fini contrattuali, si intende per "ingessatura" ogni mezzo di immobilizzazione ortopedica di cui può essere portatore l'Assicurato a seguito di infortunio, che abbia tutte le caratteristiche riportate alla voce "Ingessatura", nel contesto della "Terminologia contrattuale".

Qualora l'ingessatura consista nell'applicazione di una cosiddetta "stecca digitale di Zimmer", l'indennità giornaliera viene corrisposta - fino alla rimozione della "stecca", ma per un massimo di 10 giorni per ogni evento - in misura pari al 50% di quella garantita per il caso di ingessatura. L'indennizzo per ingessatura è cumulabile con ogni altro indennizzo garantito da "Tuttocampo".

Articolo 3.8 - Rimborso spese mediche

Se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva la necessità di cure mediche da parte dell'Assicurato, la Società effettua il rimborso delle relative spese sanitarie sostenute dall'Assicurato stesso, purché pertinenti all'evento, nei casi e con le modalità seguenti:

1) In caso di ricovero con pernottamento in istituto di cura (con o senza intervento chirurgico)

L'assicurazione vale, fino a concorrenza del massimale assicurato, per il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato:

◆ durante il ricovero

- per prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- per rette di degenza;
- per onorari per l'équipe chirurgica;
- per diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;

◆ prima e dopo il ricovero

- per visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, effettuati nei 90 giorni precedenti alla data dell'intervento chirurgico o all'inizio del ricovero, sempre che siano prescritti dal medico e siano pertinenti all'infortunio che ha reso necessario il ricovero;
- visite specialistiche, prestazioni mediche e infermieristiche, esami, accertamenti diagnostici, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 90 giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico o alla cessazione del ricovero, sempre che siano prescritti da un medico e siano pertinenti all'infortunio che ha reso necessario il ricovero;

◆ **trasporto sanitario**

- per trasferimento, con idoneo mezzo di trasporto sanitario, all'istituto di cura o da un istituto di cura all'altro e, successivamente, al domicilio dell'Assicurato.

2) In caso di intervento chirurgico in istituto di cura in regime di day hospital o in ambulatorio

L'assicurazione vale, fino a concorrenza del 10% del massimale assicurato e, comunque, non oltre il limite massimo di € 2.583,00, per il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato:

◆ **durante il day hospital o nell'ambulatorio**

- per prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- per onorari per l'équipe chirurgica;
- per diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;

◆ **trasporto sanitario**

- per trasferimento, con idoneo mezzo di trasporto sanitario, all'ambulatorio o all'istituto di cura e, successivamente, al domicilio dell'Assicurato.

3) In caso di cure in istituto di cura in regime di day hospital o presso un pronto soccorso o presso un ambulatorio

L'assicurazione vale, fino a concorrenza del 5% del massimale assicurato e, comunque, non oltre il limite massimo di € 517,00, per il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato:

◆ **nell'istituto di cura o nel pronto soccorso o nell'ambulatorio**

- per prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici;

◆ **trasporto sanitario**

- per trasferimento, con idoneo mezzo di trasporto sanitario, al pronto soccorso e, successivamente, al domicilio dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copie della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia viene effettuato all'Assicurato a cura ultimata, contro esibizione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, a lui intestate e debitamente quietanzate. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi gli originali delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi. A richiesta dell'Assicurato, la Società gli

restituisce gli originali di notule, fatture, distinte e ricevute di spese a lui intestate, previa annotazione dell'indennizzo pagato. Il rimborso delle spese per cure mediche è cumulabile con ogni altro indennizzo contrattualmente garantito da "Tuttocampo".

Capitolo 4 - Quando inizia e quando scade l'assicurazione

Articolo 4.1 - Pagamento del premio - decorrenza e scadenza dell'assicurazione

"Tuttocampo" ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati ovvero, se pagati successivamente, dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, "Tuttocampo" resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a 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 assegnato il contratto oppure alla Sede della Società. "Tuttocampo" scade alle ore 24 del giorno indicato nella polizza, salvo che non si rinnovi tacitamente a norma dell'Art. 4.2 o la Parte che ne ha diritto non eserciti - così come è previsto all'Art. 7.1 - la facoltà di recesso in caso di sinistro o non si verifichi - così come è previsto all'Art. 5.6 - il recesso della Società in caso di stipulazione di altre assicurazioni successive.

Articolo 4.2 - Tacita proroga dell'assicurazione

Se "Tuttocampo" ha una durata non inferiore ad un anno, l'assicurazione, in mancanza di disdetta data dalla Società o dal Contraente mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, si intende prorogata automaticamente per un anno e così successivamente, di anno in anno.

Capitolo 5 - Quali sono gli adempimenti contrattuali particolari del Contraente e/o dell'Assicurato

Articolo 5.1 - Assicurazione per conto di altre persone

Se "Tuttocampo" è stipulata per conto di altre persone che il Contraente ha interesse ad assicurare, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal Contraente stesso, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come dispone l'Art. 1891 del Codice Civile.

Articolo 5.2 - Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze del rischio

La Società presta l'assicurazione sulla base delle dichiarazioni tutte rese dal Contraente e/o dall'Assicurato nel contratto al momento della sua stipulazione. Tali dichiarazioni costituiscono elemento essenziale ai fini della validità dell'assicurazione. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo - secondo il pregiudizio arrecato - e la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 5.3 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio che si verifichi nel corso di vigenza dell'assicurazione relativamente alle persone assicurate.

Fermo restando quanto è previsto all'Art. 1.3, gli altri aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare per l'Assicurato la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Articolo 5.4 - Diminuzione del rischio

In caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre in proporzione il premio o le rate

di premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso dall'assicurazione.

Articolo 5.5 - Cambiamento delle attività professionali dell'assicurato o delle sue mansioni dichiarate

Poiché il premio e il consenso all'assicurazione sono stati stabiliti dalla Società in base alle dichiarazioni rese dal Contraente al momento della stipulazione del contratto in ordine alle attività professionali principali e secondarie o mansioni svolte dalle persone assicurate, qualora nel corso di vigenza dell'assicurazione si verifichi un cambiamento di tali attività o mansioni, si applicano gli Artt. 5.3 e 5.4.

Se il cambiamento dell'attività professionale o mansione dell'Assicurato non comporta né aggravamento né diminuzione di rischio, l'assicurazione prosegue il suo corso senza variazione di premio per il nuovo rischio. Tuttavia, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento di un'attività professionale o mansione dell'Assicurato diversa da quella dichiarata nel contratto assicurativo, oppure durante lo svolgimento di una diversa attività che presenti comunque obiettivi caratteri di professionalità, senza che il Contraente ne abbia dato ancora comunicazione alla Società, quest'ultima fermo quanto previsto all'Art. 5.2, corrisponde l'indennizzo secondo i criteri seguenti:

- ◆ in misura integrale, se la diversa attività o mansione dell'Assicurato non comporta un rischio maggiore di quello corrispondente all'attività o mansione professionale indicata nel contratto assicurativo;
- ◆ nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività o mansione dell'Assicurato comporta un rischio maggiore di quello corrispondente all'attività o mansione professionale indicata nel contratto assicurativo;
- ◆ nessuna indennità, se la diversa attività o mansione dell'Assicurato rientra tra quelle non assicurabili, o assicurabili solo previo patto speciale, di cui all' "Elenco delle Attività Professionali".

Tabella delle attività o mansioni e delle percentuali di indennizzo

classe	attività dichiarata e relative percentuali di indennizzo				
	a	b	c	d	
attività o mansione svolta dall'assicurato al momento del sinistro	a	100	100	100	100
	b	75	100	100	100
	c	55	65	100	100
	d	40	50	65	100

Agli effetti del secondo comma dell'Art. 5.3, il livello di rischio dell'attività professionale o mansione dichiarata nel contratto rispetto a quella effettivamente svolta dall'Assicurato al momento del sinistro è stato determinato tenendo conto del differente premio richiesto dalla Società per le diverse categorie professionali o mansioni. A tal fine, le attività professionali o mansioni sono riportate nel predetto "Elenco delle Attività Professionali". Per determinare il livello di rischio di attività professionali o mansioni eventualmente non riportate nell' "Elenco delle Attività Professionali" si utilizzano criteri di equivalenza e/o di analogia a un'attività professionale o mansione elencata. Se nel contratto assicurativo sono state dichiarate più attività professionali o mansioni, si prende in considerazione quella di esse di maggior rischio. I rischi sportivi sono regolati esclusivamente dal disposto dell'Art. 2.2. La Società non corrisponde alcun indennizzo se la diversa attività professionale o mansione rientra tra quelle comunque escluse dall'assicurazione.

Articolo 5.6 - Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato devono comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni, da chiunque stipulate, per le medesime persone e per gli stessi rischi garantiti da "Tuttocampo", ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1910 del Codice Civile. In caso di sinistro, deve esserne dato avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra comporta per l'Assicurato la decadenza dal diritto all'indennizzo.

Capitolo 6 - La denuncia del sinistro e la liquidazione del danno

Articolo 6.1 - Denuncia del sinistro e oneri relativi

Fermo restando il disposto dell'Art. 1915 del Codice Civile, la denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Sede della Società o all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto entro 3 giorni.

Successivamente, l'Assicurato deve inviare, fino a guarigione avvenuta, altri certificati medici sul decorso delle lesioni, rinnovandoli alle rispettive scadenze.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari per la valutazione del sinistro e fornire la documentazione richiesta. Se ritenuto necessario per la corretta definizione del sinistro, su richiesta della Società gli eredi dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato con assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi, se lo ritengono opportuno. L'Assicurato, su richiesta della Società, deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati; l'Assicurato e in difetto gli eredi devono fornire ogni informazione e produrre in originale la cartella clinica completa, i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

Articolo 6.2 - Criteri di indennizzabilità

Come è previsto anche all'Art. 2.1, l'indennizzo viene corrisposto dalla Società per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio garantito, che siano indipendenti da condizioni fisiche e/o patologiche dell'Assicurato preesistenti e/o sopravvenute. Pertanto, non sono indennizzabili, essendo conseguenze indirette, né l'influenza che l'infortunio garantito può aver esercitato sulle condizioni fisiche e/o patologiche dell'Assicurato preesistenti e/o sopravvenute, né il pregiudizio che tali condizioni possono arrecare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio.

In caso di invalidità permanente, rimane confermato, comunque, quanto è stabilito all'Art. 3.2.

Tuttavia, se l'Assicurato ad avvenuta stabilizzazione dei postumi muore per causa indipendente dall'infortunio denunciato e prima che l'indennizzo sia stato corrisposto, la Società, su presentazione del certificato di morte dell'Assicurato, paga agli eredi, secondo le norme della successione legittima o testamentaria:

- l'importo liquidato;
oppure, in assenza di liquidazione
- l'importo offerto in misura determinata;
oppure, in assenza di offerta in misura determinata
- l'importo oggettivamente determinabile in funzione dell'invalidità permanente certificata e comprovata da certificato di guarigione e documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi ante decesso (a titolo esemplificativo: certificazione medica ASL, INPS, INAIL o similare) appositamente trasmessa dagli eredi.

Articolo 6.3 - Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro o sul grado dell'invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea e/o del ricovero e/o dell'ingessatura o sul rimborso delle spese mediche, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità contrattualmente stabiliti, l'Assicurato e la Società possono ciascuno demandare per iscritto la decisione a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Qualora la richiesta di convocazione del Collegio Medico sia fatta dall'Assicurato, la Società si obbliga ad aderirvi.

Il Collegio Medico, salvo che le Parti non prendano all'occorrenza accordi diversi, risiede nel

Comune sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo della residenza anagrafica dell'Assicurato.

L'Assicurato e la Società sostengono ciascuno le proprie spese e remunerano il proprio medico designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico.

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

I risultati delle operazioni del Collegio Medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Le Parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa delle decisioni del Collegio Medico, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

Capitolo 7 - Le disposizioni contrattuali generali

Articolo 7.1 - Recesso dall'assicurazione in caso di sinistro

Testo valido esclusivamente nel caso in cui il Contraente sia un "professionista", ossia una persona fisica o giuridica, pubblica o privata, che utilizza il contratto nel quadro della sua attività imprenditoriale e professionale (Art. 1469 bis, 2° comma del Codice Civile):

La Società ha la facoltà di recedere dal contratto, a mezzo di comunicazione scritta inviata per raccomandata e con un preavviso di 30 giorni, dopo ogni denuncia di sinistro garantito e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo. In tal caso, la Società rimborsa al Contraente il premio - al netto delle imposte - in proporzione del tempo che decorre dal momento della cessazione del contratto al termine del periodo di assicurazione in corso. Il pagamento dei premi venuti a scadenza successivamente alla denuncia del sinistro o la loro riscossione o la richiesta del loro pagamento non potrà essere interpretato come rinuncia della Società a valersi della facoltà di recesso.

Articolo 7.2 - Rinuncia della Società all'azione di surrogazione

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa a esercitare il diritto di surrogazione che è previsto all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Articolo 7.3 - Indipendenza dell'assicurazione da obblighi di legge

Il contratto "Tuttocampo" è stipulato indipendentemente da qualsiasi obbligo assicurativo stabilito da leggi vigenti o future.

Articolo 7.4 - Oneri fiscali dell'assicurazione

Sono a carico del Contraente, secondo le norme di legge, gli oneri fiscali relativi al contratto "Tuttocampo".

Articolo 7.5 - Termini di prescrizione dei diritti dell'assicurazione

A norma dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti da "Tuttocampo" si prescrivono dopo due anni, salva l'interruzione della prescrizione da parte dei titolari dei diritti stessi.

Articolo 7.6 - Legislazione applicabile all'assicurazione e rinvio alle norme di legge

Il contratto "Tuttocampo" è regolato dalla legge italiana.

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato dal contratto, valgono le norme di legge.

Normativa Contrattuale

Condizioni Speciali di Assicurazione

20 di 29

(Valide solo se espressamente richiamate nel frontespizio della Polizza di Assicurazione - Parte "A" - Mod. 14.22)

Condizione Speciale "A"

Riferimento alla tabella di "Legge" per il caso di invalidità permanente

La tabella delle percentuali di invalidità permanente che è prevista all'Art. 3.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione si intende sostituita con quella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 31 dicembre 1999.

Nei casi di lesioni e menomazioni che non trovino nessun riferimento nemmeno per analogia, nella tabella suddetta, la valutazione dei postumi di invalidità permanente viene effettuata in base alle percentuali previste nella tabella riportata all'Art. 3.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione e con i criteri tutti contemplati nel suddetto articolo. Nel prospetto seguente è riportato un estratto della tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124:

descrizione delle invalidità permanenti	percentuali	
	destro	sinistro
perdita di un braccio		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
perdita totale dell'avambraccio	75	65
perdita della mano	70	60
perdita di tutte le dita della mano	65	55
perdita totale del pollice	28	23
perdita totale dell'indice	15	13
perdita totale del medio		12
perdita totale dell'anulare		8
perdita totale del mignolo		12
perdita totale di una gamba (coscia)		80
perdita di un piede		50
perdita totale del solo alluce		7
sordità completa di un orecchio		15
sordità completa bilaterale		60
perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35
perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi		100
perdita di un rene con integrità del rene superstite		25
perdita della milza		15

Condizione Speciale "B"

Rivalutazione annua delle somme assicurate e del premio

Le somme assicurate ed il premio aumenteranno a ogni scadenza annuale in misura costante pari al 5% degli importi inizialmente stabiliti. A tale rivalutazione saranno soggette anche le somme assicurate indicate agli Artt. 3.3 e 3.5 delle Condizioni Generali di Assicurazione, nonché quelle riportate nella Condizione Speciale di Assicurazione "C".

Dopo le prime cinque rivalutazioni annue, è in facoltà di ciascuna delle Parti di rinunciare a quelle ulteriori. La rinuncia deve essere comunicata con lettera raccomandata spedita non oltre 270 giorni successivi alla scadenza del premio annuo a cui è stata applicata l'ultima rivalutazione e avrà effetto dalla scadenza della successiva annualità assicurativa.

Condizione Speciale “C”**Supervalutazione dell'Invalidità Permanente per gli arti superiori**

Fermo restando quant'altro è previsto all'Art. 3.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione, si intendono modificate come segue le percentuali di danno della tabella ivi riportata per le voci appresso elencate:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
un arto superiore	100%
una mano o un avambraccio	100%
un pollice	60%
la falange ungueale del pollice	30%
un indice	60%
la falange ungueale dell'indice	20%
un medio	30%
la falange ungueale del medio	10%
un anulare o un mignolo	20%
la falange ungueale dell'anulare o del mignolo	7%

Per la liquidazione dell'indennizzo non si tiene conto del disposto dell'Art. 3.3 delle Condizioni Generali di Assicurazione, ma in sua vece valgono le seguenti modalità:

- sulla parte di somma assicurata fino a € 104.000,00, la Società non corrisponde all'Assicurato alcun indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 3% della totale; se, invece, l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, corrisponde l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 104.000,00 e fino a € 259.000,00, la Società non corrisponde all'Assicurato alcun indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se, invece, l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, corrisponde l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 259.000,00, la Società non corrisponde all'Assicurato alcun indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 10% della totale; se, invece, l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, corrisponde l'indennizzo soltanto per la parte eccedente.

Qualora l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 20% della totale, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

Qualora l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 66% della totale, la Società corrisponde all'Assicurato un indennizzo pari all'intera somma assicurata per tale caso.

Condizione Speciale “D”**Supervalutazione dell'invalidità permanente per la vista, l'udito e la voce**

Fermo restando quant'altro è previsto all'Art. 3.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione, si intendono modificate come di seguito le percentuali di danno della tabella ivi riportata per le voci seguenti:

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	
un occhio	50%
ambidue gli occhi	100%
un occhio più la sordità completa di ambedue gli orecchi	100%
la sordità completa di ambedue gli orecchi	100%
la voce	100%

Condizione Speciale “I”***Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali***

A parziale deroga di quanto è previsto all'Art. 2.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che la garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività professionali dichiarate e svolte alle dipendenze, per ordine e conto del Contraente.

Condizione Speciale “K”***Limitazione dell'assicurazione agli infortuni conseguenti all'uso di veicoli a motore***

A parziale deroga di quanto è previsto all'Art. 2.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che la garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che subisca l'Assicurato in conseguenza:

- ◆ della guida di veicoli a motore terrestri - per i quali egli sia in possesso, ove prevista, di regolare patente di abilitazione alla guida a norma delle disposizioni di legge vigenti - e delle operazioni strettamente necessarie, in caso di fermata, per la ripresa della marcia;
- ◆ del trasporto su veicoli a motore terrestri, dal momento in cui vi sale a bordo al momento in cui ne discende, ivi comprese la salita e la discesa.

Gli indennizzi contrattualmente dovuti per le persone trasportate saranno liquidati mediante applicazione della regola proporzionale nei casi in cui, rispetto al numero dei posti previsti dalla carta di circolazione del veicolo, meno quello del guidatore, risulti che:

- ◆ al momento del sinistro si trovi a bordo del veicolo un numero superiore di trasportati;
- ◆ il numero di posti dichiarato dal Contraente, in base al quale è stato conteggiato il premio relativamente alle persone trasportate, sia inferiore.

Condizione Speciale “L”***Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali***

A parziale deroga di quanto è previsto all'Art. 2.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che la garanzia vale esclusivamente per gli infortuni extraprofessionali ed extra lavoro, cioè per quegli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere di professionalità, ivi compresi i comuni hobby e l'esecuzione di lavori ordinari nell'ambito della vita familiare.

Condizione Speciale “M”***Responsabilità civile del Contraente***

Resta convenuto quanto segue:

- 1) Alle condizioni che seguono, la Società assicura il Contraente per il caso prospettato all'Art. 1.5 delle Condizioni Generali di Assicurazione e cioè che l'Assicurato o, in caso di morte, i suoi beneficiari di cui all'Art. 3.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione non rilascino quietanza liberatoria anche verso il Contraente e avanzino nei di lui confronti pretesa a titolo di responsabilità civile ai sensi di legge.
- 2) Fermo restando, a norma dell'Art. 1.5 delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'accantonamento dell'indennizzo dovuto nella ipotesi ivi prevista al primo comma, la Società risponde delle maggiori somme che il Contraente fosse tenuto a pagare per le garanzie assicurative prestate in eccedenza agli indennizzi liquidabili a termini di polizza, in base alle Condizioni Generali di Assicurazione, fino a concorrenza di un ulteriore importo uguale a quello di detti indennizzi, con un massimo complessivo di € 155.000,00 per ogni Assicurato.
- 3) Nell'ipotesi, invece, prevista al secondo comma del citato Art. 1.5 delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'indennizzo accantonato viene pagato, sotto deduzione delle spese sostenute

per resistere all'azione di danno, anche ai sensi del seguente punto 9 della presente Condizione Speciale.

- 4) Se, con i beneficiari designati in polizza o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'assicurazione di cui alla presente garanzia vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi, in concorso o meno con quelle dei beneficiari, fermi sempre i limiti di cui al precedente punto 2 della presente Condizione Speciale.
- 5) Nel caso di infortunio che colpisca più assicurati, il maggior esborso a carico della Società per l'assicurazione di cui alla presente garanzia non potrà superare la somma complessiva di € 516.500,00.
- 6) I limiti massimi di indennizzo di cui ai punti 2 e 5 della presente Condizione Speciale restano fermi anche qualora sia stato pattuito l'adeguamento costante delle somme assicurate e del premio, di cui alla Condizione Speciale "B".
- 7) La presente garanzia è operante soltanto per infortuni indennizzabili ai sensi di polizza, con esclusione degli infortuni aeronautici, di cui all'Art. 2.1, Comma F, delle Condizioni Generali di Assicurazione.
La presente garanzia non vale, altresì, per gli infortuni che colpiscono:
 - ◆ parenti o affini del Contraente stabilmente con lui conviventi;
 - ◆ amministratori o soci del Contraente, qualora si tratti di una Società a responsabilità illimitata, ed i loro parenti o affini con essi conviventi;
 - ◆ persone soggette all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro.
- 8) Se per l'infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società appena ne abbia conoscenza; parimenti, dovrà informare la Società di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quanto altro riguarda la vertenza.
- 9) La Società assume, fino a quando ne ha 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.
- 10) Si applicano alla presente assicurazione, in quanto non diversamente disposto, le Condizioni Generali di Assicurazione.

Condizione Speciale "N"

Rischio in "itinere"

La garanzia comprende gli infortuni che avvengano durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, entro i limiti di 2 ore per l'andata e 2 ore per il ritorno.

Normativa Contrattuale

Elenco Attività Professionali

24 di 29

Attività Professionali	classe rischio	codice professione
A		
ABBATTITORE DI PIANTE	D	1004
AGENTE DI ASSICURAZIONE, BORSA, FINANZA, IMMOBILI	A	1011
AGENTE DI COMMERCIO, INDUSTRIA, TURISMO, SERVIZI VARI	B	1022
AGENTE DI PUBBLICA SICUREZZA	riservato alla Direzione	
AGRICOLTORE:		
1 - senza uso di macchine agricole	C	1033
2 - con uso di macchine agricole	D	1044
AGRONOMO	B	1052
ALBERGATORE:		
1 - con lavoro manuale	B	1062
2 - senza lavoro manuale	A	1071
ALLEVATORE DI ANIMALI	C	1083
AMMINISTRATORE DI BENI (propri o altrui)	A	1091
ANALISTA CHIMICO	A	1101
ANALISTA O PROGRAMMATORE DI COMPUTER	A	1111
ANIMATORE TURISTICO O DI MANIFESTAZIONI VARIE	B	1122
ANTENNISTA	D	1134
ARCHEOLOGO (a cielo aperto)	B	1142
ARCHITETTO:		
1 - che accede a cantieri	B	1152
2 - che non accede a cantieri	A	1161
ARREDATORE	A	1171
ARTISTA DI SPETTACOLO	B	1182
ASCENSORISTA	D	1194
ASSISTENTE SOCIALE	A	1201
AUTISTA:		
1 - di autovetture	B	1212
2 - di autocarri fino a q. 35	C	1223
3 - di autobus, trattori, autocarri oltre q. 35	D	1234
AVVOCATO O PROCURATORE LEGALE	A	1241
B		
BARBIERE	B	1252
BARISTA	B	1262
BENESTANTE (senza particolari occupazioni)	A	1271
BENZINAIO	C	1283
BIDELLO	B	1292
BIOLOGO	A	1301
BOSCAIOLO	D	1314
C		
CALCIATORE (di professione)	riservato alla Direzione	
CALZOLAIO	C	1323
CAMERAMEN	B	1332
CAMERIERE	B	1342
CARABINIERE	riservato alla Direzione	
CARPENTIERE	D	1354
CARROZZIERE	D	1364
CASALINGA	B	1372
CAVALLO (cave a cielo aperto)	D	1384
CICLISTA (di professione)	riservato alla Direzione	
CLERO	A	1391
COLLABORATRICE DOMESTICA (COLF)	B	1402
COMMERCIALISTA	A	1411
COMMERCIANTE:		
1 - che si occupa della sola parte amministrativa e/o direttiva	A	1421
2 - titolare e commessi addetti alle vendite - MACELLERIA	D	1434
3 - titolare e commessi addetti alle vendite - AMBULANTE	C	1443
4 - titolare e commessi addetti alle vendite - ALTRI GENERI	B	1452
COMMESSE VIAGGIATORE	B	1462
Attività Professionali		
	classe rischio	codice professione
CORNICIAIO	C	1473
CUOCO	C	1483
D		
DENTISTA	A	1491
DIRIGENTE:		
1 - con mansioni amministrative	A	1501
2 - con mansioni tecniche	B	1512
DISEGNATORE	A	1521

E		
ELETTRAUTO	C	1533
ELETTRICISTA	C	1543
ENOLOGO	B	1552
ESCAVATORISTA	D	1564
ESTETISTA	B	1572
F		
FABBRO	D	1584
FACCHINO	D	1594
FALEGNANE	D	1604
FANTINO	riservato alla Direzione	
FARMACISTA	A	1611
FATTORINO	B	1622
FINANZIERE (GUARDIA DI FINANZA)	riservato alla Direzione	
FISIOTERAPISTA	B	1632
FORNAIO	D	1644
FOTOGRAFO, FOTOREPORTER	B	1652
G		
GARAGISTA:		
1 - senza riparazione autovetture	B	1662
2 - con riparazione autovetture	C	1673
GELATAIO	B	1682
GEOLOGO	B	1692
GEOMETRA:		
1 - che non accede a cantieri	A	1701
2 - che accede a cantieri	B	1712
GIARDINIERE	C	1723
GIORNALISTA	B	1732
GOMMISTA	D	1744
GRAFICO, PUBBLICITARIO	A	1751
GRUISTA	D	1764
GUARDIA DI CAMPAGNA, BOSCHI, CACCIA, PESCA	B	1772
GUARDIA GIURATA, DI VIGILANZA DIURNA E NOTTURNA	C	1783
GUARDIA DI ALTRO GENERE	riservato alla Direzione	
GUIDA ALPINA	riservato alla Direzione	
GUIDA TURISTICA	B	1792
H		
HOSTESS (esclusi infortuni in volo)	B	1802
I		
IDRAULICO	D	1814
IMBIANCHINO	D	1824
IMPIEGATO:		
1 - con mansioni amministrative	A	1831
2 - con mansioni esterne o tecniche	B	1842
IMPRENDITORE:		
1 - titolare con sola attività amministrativa e direttiva	A	1851
2 - titolare/altri addetti senza lavoro manuale, ma con accesso a officine, magazzini, cantieri	B	1862
3 - titolare/altri addetti con lavoro manuale	D	1874
Attività Professionali		
	classe rischio	codice professione
INCISORE DI LEGNO E METALLI	D	1884
INDOSSATORE/TRICE	B	1892
INDUSTRIALE:		
1 - titolare con sola attività amministrativa e direttiva	A	1901
2 - titolare/altri addetti senza lavoro manuale, ma con accesso a officine, magazzini, fabbriche	B	1912
3 - titolare/altri addetti con lavoro manuale	D	1924
INFIERMIERE	B	1932
INGEGNERE:		
1 - che non accede a cantieri	A	1941
2 - che accede a cantieri	B	1952
INSEGNANTE DI SCUOLA O UNIVERSITA'	A	1961
INTERPRETE	A	1971
ISTRUTTORE DI SCUOLA GUIDA	B	1982
ISTRUTTORE SPORTIVO:		
1 - dei seguenti sport: ginnastica, nuoto, basket, atletica	B	1992
2 - dei seguenti sport: sci, equitazione, arti marziali, tennis, calcio, scherma	C	2003
3 - di altri sport	riservato alla Direzione	
L		
LITOGRAFO	C	2013
LUCIDATORE	D	2024
M		
MAGAZZINIERE	C	2033
MAGISTRATO	A	2041
MANICURE	B	2052
MARINAIO (MARINA MERCANTILE)	D	2064
MARMISTA	D	2074
MASSAGGIATORE	B	2082
MATERASSAIO	C	2093
MECCANICO	C	2103

MEDICO	A	2111
MILITARE (in servizio permanente effettivo)	riservato alla Direzione	
MINATORE	riservato alla Direzione	
MODISTA	A	2121
MUGNAIO	D	2134
MURATORE	D	2144
MUSICISTA	A	2151
N		
NOTAIO	A	2161
O		
ODONTOTECNICO	B	2172
OPERAIO (lavoro dipendente)	D	2184
OPERATORE ECOLOGICO (NETTURBINO)	C	2193
OROLOGIAIO	B	2202
OSTETRICO/A	A	2211
P		
PALOMBARO	riservato alla Direzione	
PARRUCCHIERE	B	2222
PASTICCIERE	B	2232
PASTORE DI GREGGI	D	2244
PAVIMENTATORE	D	2254
PEDICURE/PODOLOGO	B	2262
PELLICCIAIO	B	2272
PENSIONATO	A	2281
PERITO	B	2292
PESCATORE	D	2304
PILOTA	riservato alla Direzione	
PIROTECNICO	riservato alla Direzione	
PITTORE (ARTISTA)	A	2311
POLITICO (di professione)	A	2321
PORTALETTERE	B	2332
PORTANTINO	C	2343
PORTAVALORI	C	2353
Attività Professionali	classe rischio	codice professione
PORTINAIO	B	2362
POTATORE DI PIANTE	D	2374
PROMOTORE FINANZIARIO	A	2381
PSICOLOGO	A	2391
PULITORE DI VETRI E PAVIMENTI	C	2403
R		
RADIOLOGO		
1 - senza garanzia radiodermiti	A	2411
2 - con garanzia radiodermiti	riservato alla Direzione	
RADIOTECNICO	C	2423
RAGIONIERE	A	2431
RAPPRESENTANTE DI COMMERCIO O INDUSTRIA	B	2442
RESTAURATORE	C	2453
REGISTA	B	2462
RICERCATORE SCIENTIFICO	A	2471
S		
SARTO	B	2482
SCENEGGIATORE	A	2491
SCENOGRAFO	B	2502
SCULTORE	B	2512
SINDACALISTA (di professione)	B	2522
SOMMOZZATORE	riservato alla Direzione	
SPAZZACAMINO	D	2534
SPELEOLOGO	riservato alla Direzione	
SPORTIVO (di professione)	riservato alla Direzione	
STILISTA	A	2541
STUDENTE	A	2551
STUNTMAN	D	2564
T		
TAPPEZZIERE	C	2573
TASSISTA	B	2582
TECNICO DI LABORATORIO	B	2592
TINTORE	B	2602
TIPOGRAFO	C	2613
U		
UFFICIALE GIUDIZIARIO	B	2622
USCIERE	B	2632
V		
VETERINARIO	B	2642
VETRAIO	D	2654
VETRINISTA	B	2662
VIGILE DEL FUOCO	riservato alla Direzione	
VIGILE URBANO:		
1 - in ufficio	A	2671
2 - con mansioni esterne	B	2682
3 - motociclista	C	2693

In questo paragrafo sono riportati consigli e notizie utili all'Assicurato (o ai suoi Beneficiari) sul da farsi dopo un sinistro per ottenere un rapido indennizzo.

Comunicazione dell'infortunio

Per agevolare all'Assicurato (o ai suoi Beneficiari) la comunicazione di un sinistro, alla fine di questo libretto, è stato riprodotto il facsimile di una denuncia, che può essere utilizzato nelle diverse fattispecie di danno.

Denuncia del sinistro ed incombenze successive

a) Entro 3 giorni dall'infortunio

L'Assicurato deve avvisare per iscritto l'Agenzia alla quale è appoggiata la polizza oppure la Direzione della Società di quanto è accaduto.

La denuncia del sinistro:

1) deve essere:

- ◆ firmata dall'Assicurato;
- ◆ spedita mediante raccomandata;

oppure

- ◆ presentata a mano all'Agenzia direttamente dall'Assicurato;

oppure

- ◆ fatta pervenire da un familiare dell'Assicurato.

2) deve contenere queste indicazioni:

- ◆ numero di polizza; estremi del Contraente della polizza; generalità dell'Assicurato infortunato; luogo, giorno e ora dell'infortunio; cause che hanno provocato l'infortunio, e sommaria descrizione delle modalità e circostanze con le quali esso si è verificato; altre assicurazioni da cui è coperto l'Assicurato;

3) deve essere corredata da:

- ◆ primo certificato medico attestante: le lesioni subite, la regione anatomica colpita, la prognosi, l'eventuale ricovero, l'eventuale applicazione di apparecchio gessato o di altro presidio immobilizzante equivalente (con l'indicazione delle sue caratteristiche).

b) Nel successivo periodo dopo l'infortunio

L'Assicurato deve inviare o consegnare all'Agenzia ogni altro certificato medico di proroga della guarigione non appena rilasciato, tenendo presente che i certificati devono essere rinnovati puntualmente alla scadenza, senza interruzioni temporali. Nel caso in cui vi sia stato un ricovero, è necessario esibire copia della cartella clinica completa.

IMPORTANTE: è consigliabile conservare la fotocopia di ogni documentazione medica inviata alla Società per eventuali successive evenienze.

Pagamento dell'indennizzo

Se a seguito del sinistro coesistono più conseguenze per le quali è dovuto un indennizzo, la Società effettuerà un pagamento unico per l'intera somma.

In alcuni casi particolari è possibile ottenere un anticipo sull'indennizzo.

Come si ottiene il pagamento dei singoli indennizzi?

In caso di inabilità temporanea

Se l'infortunio ha comportato solo una inabilità temporanea, l'Assicurato deve rinnovare i certificati di prognosi a ogni scadenza e farli avere tempestivamente alla Società. Alla scadenza

del certificato medico di guarigione, la Società procede alla proposta di liquidazione del relativo indennizzo. Il rinnovo dei certificati medici di prognosi è necessario anche nel caso in cui l'infortunio provochi, oltre all'inabilità temporanea, altre conseguenze.

In caso di invalidità permanente

Avvenuta la stabilizzazione dei postumi e intervenuta la guarigione clinica (occorrono per questo normalmente da 5 a 7 mesi dall'infortunio), la Società, una volta raccolta tutta la documentazione, incarica un Medico Legale di propria fiducia di sottoporre l'Assicurato a una visita medica per l'accertamento del grado di invalidità. Prima o dopo la visita, la Società può disporre a proprie spese ulteriori accertamenti clinici, cui l'Assicurato è obbligato a sottoporsi. In base alla documentazione medica raccolta e sulla scorta della relazione del proprio medico fiduciario, la Società provvede alla proposta di liquidazione del danno. In caso di disaccordo sulla quantificazione del danno, è bene ricordarsi dell'arbitrato medico (vedere l'Art. 6.3 delle Condizioni Generali di Assicurazione).

In caso di ricovero

Per ottenere il relativo indennizzo, è sufficiente che l'Assicurato consegni alla Società una copia della cartella clinica completa.

In caso di ingessatura

Il pagamento del relativo indennizzo avviene dietro esibizione della certificazione medica che precisi la data di applicazione e quella di cessazione dell'immobilizzazione e indichi tipo e caratteristiche del tutore immobilizzante che è stato utilizzato.

In caso di rimborso spese mediche

Oltre alla copia della cartella clinica completa, è necessario presentare gli originali di ricevute fiscali, fatture e notule pagate (che successivamente la Società restituisce all'Assicurato per consentirgliene l'eventuale detrazione fiscale).

In caso di sinistro mortale

I beneficiari di polizza devono:

a) immediatamente:

inviare per raccomandata A/R o presentare direttamente all'Agenzia competente la denuncia del sinistro precisando:

- ◆ numero di polizza; estremi del Contraente della polizza; generalità dell'Assicurato deceduto; luogo, giorno e ora dell'infortunio; cause che hanno provocato l'infortunio, e sommaria descrizione delle modalità e circostanze con le quali esso si è verificato; luogo e data del decesso;

b) successivamente:

far pervenire la documentazione necessaria per il pagamento del sinistro e in particolar modo:

- ◆ certificato di morte; certificato di stato di famiglia; certificazione medica da cui risultino le cause del decesso; documentazione a supporto ovvero di precisazione delle circostanze dell'infortunio (*verbali delle Autorità, atti penali, testimonianze, ecc.*);
- ◆ atto notorio (o dichiarazione sostitutiva) contenente l'indicazione degli eredi legittimi dell'Assicurato e la dichiarazione che attesti se il medesimo abbia lasciato o meno disposizioni testamentarie (*in caso affermativo, allegare copia autentica del testamento*);
- ◆ decreto del Giudice Tutelare che autorizzi il ricorrente alla riscossione della quota parte dell'indennizzo spettante ai figli minori, con esonero della Società da ogni responsabilità relativamente al reimpiego della somma;
- ◆ certificato di non gravidanza della madre e/o della vedova dell'Assicurato (*solo se hanno un'età inferiore a 45 anni*).

TUTTOCAMPO DENUNCIA DI SINISTRO (DA UTILIZZARE IN FOTOCOPIA)

..... LI

MITTENTE:
COGNOME
NOME
VIA N°
C.A.P. CITTÀ
PROV. TELEFONO /

SPETT.LE GROUPAMA ASSICURAZIONI S.P.A.
AGENZIA
.....
.....

RACCOMANDATA A.R.

(SPEDIRE ALL'AGENZIA PRESSO LA QUALE È STATA STIPULATA LA POLIZZA)

ESTREMI DEL CONTRATTO:

.....
COD. AGENZIA	RAMO	N° POLIZZA

CONTRAENTE:

PERSONA ASSICURATA (*): N° D'ORDINE DI POLIZZA
INDIRIZZO TEL.
NATO IL A PROFESSIONE

(* INDICARE CON PRECISIONE LE GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE HA SUBITO L'INFORTUNIO)

NOTIZIE SUL SINISTRO
IL SINISTRO È AVVENUTO IL ORE IN LOCALITÀ
CON LE SEGUENTI MODALITÀ:
.....
.....
OCCUPAZIONI CHE STAVA SVOLGENDO L'ASSICURATO AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO :

IL SINISTRO HA COMPORTATO: (BARRARE CON "X" IL CASO CHE INTERESSA)
 CURE AMBULATORIALI / PRONTO SOCCORSO RICOVERO OSPEDALIERO INGESSATURA INTERVENTO CHIRURGICO
.....
.....
(IN CASO DI RICOVERO, INDICARE DENOMINAZIONE E UBICAZIONE DELL'ISTITUTO DI CURA)

L'ASSICURATO HA IN CORSO ATTUALMENTE ALTRE POLIZZE CONTRO GLI INFORTUNI? NO SI
CON QUALI SOCIETÀ?

L'ASSICURATO HA SUBITO IN PASSATO ALTRI INFORTUNI? NO SI
QUALI E IN QUALE SEDE ANATOMICA?

L'ASSICURATO HA PERCEPITO IN PASSATO O DEVE PERCEPIRE INDENNITÀ IN CONSEGUENZA DI INFORTUNI? NO SI
DA QUALE SOCIETÀ?

DICHIARO CHE TUTTO QUANTO PRECEDE È VERITIERO. INOLTRE, AVENDO PRESO ATTO E CONOSCENZA DELL'INFORMATIVA CONSEGNATA DALLA SOCIETÀ AL CONTRAENTE DELLA POLIZZA E DEL CONSENSO DA QUESTI RILASCIATO - IL TUTTO A TERMINE DI LEGGE -, ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI, SIA COMUNI CHE SENSIBILI, DA PARTE DELLA SOCIETÀ PER GLI ADEMPIMENTI CONNESSI ALLA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO DOVUTOMI IN RELAZIONE ALLA PRESENTE DENUNCIA DI SINISTRO, RIMANE FERMO CHE TALE CONSENSO È SUBORDINATO AL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI DELLA VIGENTE NORMATIVA.

.....
FIRMA DELL'ASSICURATO
(O DI CHI NE ESERCITA LA POTESTÀ IN CASO DI MINORE
O DI UN BENEFICIARIO IN CASO DI SINISTRO MORTALE)

DOCUMENTAZIONE: • **DA ALLEGARE:** CERTIFICATO MEDICO DELLE PRIME CURE (CONTENENTE ANCHE DIAGNOSI E PROGNOSI).
• **DA FAR SEGUIRE:** ULTERIORI CERTIFICATI MEDICI SUL DECORSO DELLE LESIONI; CARTELLA CLINICA COMPLETA IN CASO DI RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO.

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 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

