

My Protection

Indennità Giornaliera da Ricovero per Malattia o Infortunio.

Contratto di assicurazione contro i danni alla persona.
Infortuni e malattia.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- DIP - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE
- DIP AGGIUNTIVO - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

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 - 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



My Protection

PAGINA NON UTILIZZABILE

Assicurazione Indennità Giornaliera da Ricovero per Malattia o Infortunio



DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni alla persona

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: My Protection

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Contratto di assicurazione contro i danni alla persona. Infortuni e Malattia.



Che cosa è assicurato?

Nel caso di ricovero, reso necessario da malattia o infortunio, parto o aborto terapeutico, è assicurato:

- ✓ **Indennità Giornaliera da Ricovero per Malattia o Infortunio:** un'indennità giornaliera da te scelta ed indicata in polizza (min 25€; max 150€) per ogni giorno di ricovero (o di day hospital o day surgery) compresi quello iniziale e quello finale, per un periodo massimo di 365 giorni per ciascun ricovero.

In caso di ricovero dovuto a Grande Intervento Chirurgico, Gravi Malattie, trattamenti oncologici o ricoveri in reparti di terapia intensiva, l'importo giornaliero assicurato si intende raddoppiato.

Garanzie facoltative:

Indennità Giornaliera da Gesso: un'indennità giornaliera da te scelta ed indicata in polizza (min 25€; max 150€), per ciascun giorno di gessatura, conseguente ad infortunio o malattia, con o senza ricovero, a partire dal giorno di applicazione sino a quello di rimozione della stessa per un periodo massimo di 60 giorni per sinistro. Per gessatura si intende l'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali similari, tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate;
- ✗ Malattie correlate a infezione da HIV;
- ✗ Infortuni, malattie, malformazioni, stati patologici, infermità e invalidità, difetti fisici antecedenti la stipula;
- ✗ La cura e gli infortuni causati da malattie mentali e disturbi psichici;
- ✗ Abuso di psicofarmaci o di alcool, uso di stupefacenti/allucinogeni;
- ✗ Interruzione volontaria della gravidanza;
- ✗ Cure per infertilità, sterilità;
- ✗ Degenze e Trattamenti termali, dietologici, estetici, cure non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- ✗ Cure odontoiatriche;
- ✗ Cure e interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- ✗ Ricoveri per lungodegenze o per check up;
- ✗ Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ✗ Conseguenze di: delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato; tumulti o aggressioni cui ha preso parte attiva; terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, guerre insurrezioni, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;
- ✗ Infortuni da pratica di sport aerei, gare motoristiche;
- ✗ Imprese sportive di carattere eccezionale e sport praticati a livello professionale ed alcune attività sportive svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni.



Ci sono limiti di copertura?

- ! **Il contratto prevede alcune carenze, ovvero per le garanzie ci sono periodi di tempo che devono intercorrere tra la data di stipulazione della polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.** Le garanzie decorrono per
 - ! le malattie: dal 30° giorno successivo;
 - ! gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula dal 180° giorno successivo;

- ! il parto dal 300° giorno successivo;
- ! l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, le garanzie sono operanti con il termine di aspettativa di 30 giorni (soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione).
- ! Il contratto prevede un limite massimo di 30 giorni per sinistro in caso di immobilizzazione dovuta a fratture scomposte delle coste e del bacino o a frattura composta di almeno due archi costali; 20 giorni in caso di frattura delle dita.
- ! Per il parto sono presenti limiti temporali per la corrispondenza dell'importo giornaliero.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di: fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare; comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato e nonché delle variazioni della professione. Nella compilazione del questionario sanitario, è necessario che rispondi in maniera precisa e veritiera alle domande del questionario stesso, poiché le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione di patologie preesistenti, potrebbero comportare effetti sulla prestazione.



Quando e come devo pagare?

Il Premio annuo deve essere pagato al rilascio della polizza. Puoi chiedere il frazionamento in rate semestrali, trimestrali e mensili senza applicazione di alcuna maggiorazione. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze stabilite. Puoi pagare il premio tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico o con denaro contante nei limiti previsti dalla legge. Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere versato anche mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). Il premio è comprensivo d'imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza oppure dalla data del pagamento del premio o della rata di premio, se successiva alla sottoscrizione, e termina alla scadenza indicata in polizza se non richiamato il tacito rinnovo. Se non paghi i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.



Come posso disdire la polizza?

Puoi recedere dal contratto mediante lettera raccomandata entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso, oppure disdirlo prima della scadenza contrattuale mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni.

Assicurazione Indennità Giornaliera da Ricovero per Malattia o Infortunio

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Groupama Assicurazioni S.p.A.

My Protection



Assicurazioni

Ed. 01/2019

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

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

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585. E' 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.

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).

Per informazioni patrimoniali sulla società rinviare alla relazione su solvibilità e condizione finanziaria, disponibile sul sito internet: http://www.groupama.it/it_IT/conoscerci/governance-e-risultati-economici

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non previste.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non previste.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

L'assicurazione non è operante per:

- * conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa

	<p>del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati;</p> <ul style="list-style-type: none"> * la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci e/o di alcool, all'uso di stupefacenti o allucinogeni; * le conseguenze, anche indirette, derivanti all'Assicurato da assunzione di psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico; * la cura delle malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo compulsivi, e loro conseguenze; * patologie correlate a infezione da HIV; * le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari; * l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza; * le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative; * le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia; * le cure cellulo-tessutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali; * le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne eseguiti entro 360 giorni dall'intervento chirurgico demolitivo, purché effettuati durante la validità del contratto); * le prestazioni sanitarie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonché quelle non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione; * le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto (salvo si tratti di cure rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne); * i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici; * le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; * le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali ancorché nell'ambito di istituti di cura; * le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; * le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni (salvo che per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche occorsi all'Assicurato al di fuori della Regione ove è fissata la sua residenza); * le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per gli infortuni derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace); * le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche); * le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero. <p>Gli infortuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> * derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato compresi gli atti di autolesionismo, * avvenuti quando l'Assicurato abbia assunto psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico, ubriachezza dell'Assicurato, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e/o allucinogeni; * causati da malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo-compulsivi, e loro conseguenze; * avvenuti alla guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione; * avvenuti alla guida od uso di mezzi di locomozione aerea e/o subacquea, compresi deltaplani ed ultraleggeri, sono compresi gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti tranne che: da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri o da aeroclubs;
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> * derivanti dall'uso, anche come passeggero, di veicoli, natanti od imbarcazioni a motore: in pista od in percorsi di gara; in competizioni e nelle relative prove, salvo si tratti di gare di regolarità pura; * derivanti dalla pratica di sports aerei in genere; * derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala di Monaco, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, kite-surfing, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere; * avvenuti in competizioni, prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive relativamente a calcio, sport equestri, hockey e ciclismo; * partecipazione a imprese sportive di carattere eccezionale (ad es. spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche); * il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale. <p>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.</p>
--	--



Ci sono limiti di copertura?

! **Non sono presenti franchigie, scoperti e massimali.**

! **Rivalsa**

La società rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: in caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro dieci giorni da quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il decimo giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.</p> <p>Successivamente, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta. L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia conforme della cartella clinica completa e in originale i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: la garanzia non prevede l'assistenza diretta, ma solo rimborsuali/indennitarie.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: non previste.</p>
	<p>Prescrizione: 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.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
Obblighi dell'impresa	<p><u>Pagamento dell'indennizzo</u> Ricevuta la denuncia di sinistro corredata della necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia, la Società procede alla quantificazione del danno indennizzabile o importo rimborsabile a termini di contratto a cure ultimate ed effettua il pagamento di quanto dovuto. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi sono eseguiti in Italia in euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.</p> <p><u>Arbitrato</u> In caso di attivazione della procedura arbitrale la Società sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Le prestazioni assicurate sono garantite previa corresponsione di un premio annuo. Puoi richiedere il frazionamento in rate semestrali, trimestrali e mensili senza l'applicazione di alcuna maggiorazione.</p> <p>Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere versato anche mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). A tale scopo il Contraente autorizza Groupama Assicurazioni S.p.A. ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria banca, i cui estremi sono comunicati a Groupama Assicurazioni S.p.A. con la sottoscrizione di apposita delega SDD.</p> <p>Il premio è comprensivo di imposte.</p>
Rimborso	<p>Qualora la Società abbia assicurato soggetti affetti da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - psicofarmaci) o da AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) o dalle sindromi organiche cerebrali consistenti in schizofrenia o forme maniaco-depressive o stati paranoidi, resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente.</p> <p>La cessazione 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.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non prevista.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Al Contraente è data facoltà di recedere dal contratto entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto stesso è concluso. Tale recesso comporta l'annullamento della polizza e delle relative garanzie assicurative ed ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata. Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle imposte.</p>
Risoluzione	<p>Per ciascuna mensilità da corrispondere con "mandato SDD" saranno esperiti al più due tentativi di addebito, in caso di mancato buon fine anche del secondo tentativo la copertura resta sospesa dalla ore 24 del 30° giorno successivo alla scadenza insoluta e l'addebito SDD è sospeso. Il Contraente dovrà, quindi, recarsi in Agenzia per il pagamento delle rate insolute, la riattivazione della copertura assicurativa e del pagamento premi per le successive rate ai sensi e per gli effetti dell'art. 1901 Codice Civile. Decorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento il contratto è risolto di diritto.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Il Modulo Indennità Giornaliera da Ricovero per Malattia o Infortunio è rivolto ai soggetti di età compresa tra i 18 e i 60 anni che desiderano avere a disposizione una diaria giornaliera per fronteggiare le spese o i mancati guadagni a seguito di un infortunio o malattia.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione
La quota parte percepita in media dagli intermediari per questo prodotto è pari al 25%

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - fax: +39 06 80210.979 - E-mail: reclami@groupama.it . Il termine di risposta massimo ai reclami è di quarantacinque giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none">- E' prevista la possibilità di far ricorso all'arbitrato (collegio di 3 medici) per la risoluzione di eventuali controversie sulla indennizzabilità o quantificazione del danno. 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. Ciascuna parte sostiene i propri costi e contribuisce per la metà alle spese e competenze del terzo arbitro.- 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://ec.europa.eu/odr) 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.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p><u>Imposta sui premi</u> 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. Il premio relativo al presente contratto, avente ad oggetto la copertura dei rischi Malattia e Infortuni, è soggetto ad aliquota pari a 2,50%.</p> <p><u>Detraibilità fiscale dei premi</u> I premi versati per la garanzia oggetto di contratto non sono fiscalmente detraibili.</p>
---	--

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

PAGINA NON UTILIZZABILE



My Protection CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO
PER MALATTIA O INFORTUNIO



Premessa	2
Definizioni - Glossario	3
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	5
Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	5
Art. 2 Aggravamento del rischio	5
Art. 3 Diminuzione del rischio	5
Art. 4 Altre assicurazioni	5
Art. 5 Pagamento del premio e decorrenza delle garanzie	5
Art. 6 Modifiche dell'assicurazione	6
Art. 7 Obblighi in caso di sinistro	6
Art. 8 Recesso, proroga e periodo di assicurazione	6
Art. 9 Assicurazione per conto altrui e titolarità dei diritti nascenti dalla polizza	6
Art. 10 Rinuncia al diritto di rivalsa	6
Art. 11 Persone non assicurabili	6
Art. 12 Oneri fiscali	6
Art. 13 Estensione territoriale	6
Art. 14 Rinvio alle norme di legge	6
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO PER MALATTIA O INFORTUNIO	7
Art. 15 Indennità giornaliera da ricovero per malattia o infortunio	7
GARANZIE FACOLTATIVE	7
Art. 16 Indennità giornaliera da gesso	7
AMBITO DI OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE	8
Art. 17 Termini di aspettativa	8
Art. 18 Esclusioni	8
SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI	10
Art. 19 Obblighi del contraente o dell'assicurato in caso di sinistro	10
Art. 20 Criteri di liquidazione	10
Art. 21 Controversie	10
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	11
ELENCO GRAVI MALATTIE	13
ELENCO ATTIVITÀ PROFESSIONALI	14

Premessa

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine che seguono, integrate, ove previsto, dalle dichiarazioni rese nel Questionario sanitario (mod. 220334), costituiscono parte integrante della polizza (mod. 220334).

Resta pertanto inteso che si intendono richiamate, a tutti gli effetti, le dichiarazioni del Contraente riportate in polizza e nel Questionario sanitario e che l'assicurazione è prestata per le somme o i massimali indicati in polizza, fatti salvi i limiti di rimborso e le franchigie eventualmente previste in polizza o nelle Condizioni di Assicurazione.

Le Definizioni riportate nelle Condizioni di Assicurazione hanno valore convenzionale e quindi integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale.

Avvertenza

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate con fondo grigio nelle Condizioni di Assicurazione (mod. 220328).

DEFINIZIONI - GLOSSARIO

Ai seguenti termini viene attribuito convenzionalmente il significato qui precisato, valido agli effetti delle garanzie prestate.

AMBULATORIO

La struttura autorizzata 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

Il soggetto per il quale è prestata l'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto con cui la Società, in seguito al pagamento del premio, si obbliga a tutelare l'Assicurato.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

DAY HOSPITAL

La degenza in istituto di cura senza pernottamento non comportante intervento chirurgico.

DAY SURGERY

La degenza in istituto di cura senza pernottamento comportante intervento chirurgico.

DIFETTI FISICI

Conformazioni anomale di parti anatomiche (obiettivabili o clinicamente diagnosticate) e loro conseguenze peggiorative, ivi comprese le anomalie cromosomiche che danno luogo a manifestazioni cliniche.

FRANCHIGIA

La parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato, espressa in punti percentuali di Invalidità, in giorni o in cifra fissa.

GESSATURA

L'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali similari.

Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, prescritta da specialista ortopedico, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia. È equiparata a gessatura anche l'immobilizzazione dovuta a fratture scomposte delle coste e del bacino o a frattura composta di almeno due archi costali.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia a assicurativa:

- a) le fasce elastiche in genere (ad eccezione degli anelli ad otto o di Gill Christ);
- b) i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "mollì";
- c) i busti ortopedici elastici;
- d) i collari di Schanz, Colombari o Philadelphia;
- e) altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lettere a), b), c) e d).

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

L'intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio, rientrante nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici riportato a pag 12 o altri interventi, che per complessità o per tecniche operatorie adottate siano ad essi equiparabili.

GRAVE MALATTIA

La malattia rientrante nell'Elenco Gravi Malattie riportato a pag 14

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico perseguito attraverso la cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi si intendono equiparati ad intervento chirurgico anche: riduzione incruenta di fratture e lussazioni, diatermocoagulazione, crioterapia, litotrissia, biopsia, endoscopia con biopsia, gessatura, sutura.

ISTITUTO DI CURA

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali; le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fitoterapiche; le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno; le strutture per anziani.

MALATTIA

Ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, non dipendente da infortunio.

MALFORMAZIONE

Anomalia somatica grossolana nota o non nota all'Assicurato.

POLIZZA

Il documento contrattuale, sottoscritto dal Contraente e dalla Società, che prova l'assicurazione.

PREMIO

La somma che il Contraente versa alla Società.

QUESTIONARIO SANITARIO

Il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. Il documento deve essere compilato prima di stipulare il contratto assicurativo e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà.

RECESSO

Lo scioglimento del vincolo contrattuale.

RICOVERO

La degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura.

RISCHIO

La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SFORZO

Dispiego improvviso ed anomalo di energia muscolare al di fuori della comune gestualità a fronte di un evento eccezionale ed inaspettato.

Non è considerato "sforzo" la rottura sottocutanea di tendini, intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine senza che vi sia stata lesione del tessuto cutaneo o sottocutaneo.

SOCIETÀ

Groupama Assicurazioni S.p.A.

SPORT PROFESSIONISTICO

Attività sportiva svolta in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualsiasi natura – a carattere ricorrente - che costituisca reddito imponibile. Non si considera sport professionistico l'attività sportiva a fronte della quale viene percepito il rimborso delle spese effettivamente sostenute nonché, se presente, una remunerazione in premi o in denaro purchè la stessa non costituisca fonte di reddito, neanche come redditi diversi, ai sensi del TUIR 917 imponibile.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 2 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare tempestiva comunicazione scritta alla Società dell'aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

ART. 3 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 4 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. Sono escluse dall'obbligo di comunicazione le assicurazioni stipulate per conto dell'Assicurato da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e quelle di cui l'Assicurato è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie di altri servizi.

ART. 5 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLE GARANZIE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1901 Codice Civile, dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.

Se tuttavia il Contraente non paga entro 60 giorni dalla scadenza una rata di premio successiva alla prima, l'assicurazione riprende effetto a decorrere dalle ore 24 dal 60° giorno successivo a quello del pagamento per le malattie a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1901 Codice Civile.

Il pagamento del premio, solo in caso di frazionamento mensile, può avvenire anche mediante addebito diretto "SDD" sul conto corrente del Contraente. Il Contraente dovrà, in fase di stipula, compilare e sottoscrivere il relativo mandato di addebito diretto sul conto corrente ("mandato SDD") fornito dalla Società così come, in caso di modifica del conto corrente, dovrà darne avviso e compilarne uno nuovo per garantire la continuità dei versamenti. Le richieste di variazione o modifica del mandato SDD dovranno essere effettuate presso il proprio intermediario di riferimento. La Società si impegna a recepire tali variazioni non oltre sessanta giorni dal ricevimento della relativa comunicazione.

Nel caso in cui sia stato convenuto il pagamento con periodicità mensile mediante addebito diretto "SDD", resta convenuto che:

- le prime tre mensilità sono corrisposte in Agenzia all'atto della sottoscrizione;
- l' SDD sarà attivato dalla quarta mensilità.

Si precisa che per ciascuna mensilità da corrispondere con "mandato SDD" saranno esperiti al più due tentativi di addebito, in caso di mancato buon fine anche del secondo tentativo la copertura resta sospesa dalla ore 24 del 30° giorno successivo alla scadenza insoluta e l'addebito SDD è sospeso. Il Contraente dovrà, quindi, recarsi in Agenzia per il pagamento delle rate insolute, la riattivazione della copertura assicurativa e del pagamento premi per le successive rate ai sensi e per gli effetti dell'art. 1901 Codice Civile.

Qualora nei 6 mesi dalla scadenza della prima mensilità omessa il Contraente adempia al suo obbligo di pagamento presso l'Agenzia di tutte le mensilità scadute e non pagate, l'assicurazione riprende effetto nei termini sopra previsti. Decorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento il contratto è risolto di diritto.

Fatta eccezione per l'ipotesi in cui sia stato convenuto il pagamento con SDD, il premio deve essere pagato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società e, quali che siano le modalità di pagamento convenute, è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

ART. 6 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e sottoscritte dal Contraente e dalla Società.

ART. 7 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO (VEDERE ANCHE ART. 19)

In caso di sinistro, non appena ne abbia la conoscenza e la possibilità, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società.

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

ART. 8 - RECESSO, PROROGA E PERIODO DI ASSICURAZIONE

Il Contraente entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso può recedere.

Le modalità di esercizio del recesso, nei termini che precedono, sono le seguenti:

- il Contraente deve comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. - la propria volontà di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto; la comunicazione deve essere inviata a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio corrisposto al netto della parte relativa al rischio non corso e delle imposte.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno.

ART. 9 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI E TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

I diritti derivanti dalla polizza, invece, spettano all'Assicurato e il Contraente non potrà farli valere se non con espresso consenso dell'Assicurato.

ART. 10 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 Codice Civile.

ART. 11 - PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora al momento della stipula dell'assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, l'assicurazione stessa cessa, contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 Codice Civile, senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 12 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione, secondo le norme di legge, sono a carico del Contraente.

ART. 13 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

ART. 14 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana.

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO PER MALATTIA O INFORTUNIO

ART. 15 - INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO PER MALATTIA O INFORTUNIO

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione del relativo importo giornaliero assicurato)

La Società, nei casi di:

- ricovero reso necessario da malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico;
- day hospital o day surgery, reso necessario da malattia o infortunio;

corrisponde all'Assicurato l'importo giornaliero assicurato indicato in polizza per ciascun giorno di ricovero (o di day hospital / day surgery), compresi quello iniziale e quello finale, per un periodo massimo di 365 giorni per ciascun ricovero.

Si conviene che nei casi di ricovero:

- dovuto a *grande intervento chirurgico*;
- dovuto a *grave malattia*;
- dovuto a trattamenti oncologici necessari per neoplasie maligne;
- in reparti di terapia intensiva;

l'importo giornaliero assicurato si intende raddoppiato.

Si conviene inoltre che nei casi di:

- intervento chirurgico effettuato presso un ambulatorio;
- accertamenti presso un Pronto Soccorso che abbiano comportato la permanenza presso lo stesso per un periodo superiore a 24 ore consecutive;

l'importo giornaliero assicurato si intende dimezzato e viene riconosciuto per un solo giorno;

e che nei casi di:

- parto senza taglio cesareo, l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfetariamente per 3 giorni, anche se vi siano state complicanze;
- parto con taglio cesareo, l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfetariamente per 5 giorni, anche se vi siano state complicanze.

GARANZIE FACOLTATIVE

ART. 16 - INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSO

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione del relativo importo giornaliero assicurato)

La Società, nei casi di malattia o infortunio, indennizzabili a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato un importo giornaliero, l'importo giornaliero assicurato indicato in polizza, per ogni giorno di gessatura, a partire dal giorno di applicazione sino a quello di rimozione della stessa, per un periodo massimo di 60 giorni per sinistro.

Si conviene che, in caso di:

- immobilizzazione dovuta a fratture scomposte delle coste e del bacino o a frattura composta di almeno due archi costali, l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto per un periodo massimo di 30 giorni per sinistro;

e che, in caso di:

- frattura delle dita,

l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto per un periodo massimo di 20 giorni per sinistro.

In caso di immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali 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 che siano clinicamente diagnosticate e documentate, l'indennità verrà corrisposta purchè l'applicazione di tali mezzi di immobilizzazione sia prescritta da specialista ortopedico e per il numero di giorni dallo stesso specialista prescritti, fermi i limiti che precedono.

L'indennità giornaliera da gessatura di cui al presente articolo non è cumulabile con l'indennità giornaliera da ricovero, salvo il diritto dell'Assicurato di percepire quella di maggior durata tra le due indennità.

AMBITO DI OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE

ART. 17 - TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo quanto previsto nelle condizioni di assicurazione Art . 5, le garanzie decorrono:

per gli infortuni

dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;

per le malattie

dal 30° giorno successivo;

per gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte – secondo giudizio medico – anteriormente alla stipulazione del contratto non note al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula

dal 180° giorno successivo;

per il parto

dal 300° giorno successivo.

Si precisa altresì che:

per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio,

le garanzie sono operanti - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato con la Società riguardante analoghe garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le prestazioni e le somme da quest'ultimo previste;
- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

ART. 18 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- a) conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati;
- b) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci e/o di alcool, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- c) le conseguenze, anche indirette, derivanti all'Assicurato da assunzione di psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico;
- d) la cura delle malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo-compulsivi, e loro conseguenze;
- e) patologie correlate a infezione da HIV;
- f) le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- g) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- h) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative;
- i) le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- j) le cure cellulo-tessutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali;
- k) le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne eseguiti entro 360 giorni dall'intervento chirurgico demolitivo, purché effettuati durante la validità del contratto);
- l) le prestazioni sanitarie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonché quelle non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;

- m) le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto (salvo si tratti di cure rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne);
- n) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
- o) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- p) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali ancorché nell'ambito di istituti di cura;
- q) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- r) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni (salvo che per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche occorsi all'Assicurato al di fuori della Regione ove è fissata la sua residenza);
- s) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per gli infortuni derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace);
- t) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- u) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero.
- v) gli infortuni:
- derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato compresi gli atti di autolesionismo,
 - avvenuti quando l'Assicurato abbia assunto psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico, ubriachezza dell'Assicurato, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e/o allucinogeni
 - causati da malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo-compulsivi, e loro conseguenze;
 - avvenuti alla guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;
 - avvenuti alla guida od uso di mezzi di locomozione aerea e/o subacquea, compresi deltaplani ed ultraleggeri, sono compresi gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti tranne che: da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri o da aeroclubs;
 - derivanti dall'uso, anche come passeggero, di veicoli, natanti od imbarcazioni a motore: in pista od in percorsi di gara; in competizioni e nelle relative prove, salvo si tratti di gare di regolarità pura;
 - derivanti dalla pratica di sports aerei in genere;
 - derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala di Monaco, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, kite-surfing, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere;
 - avvenuti in competizioni, prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive relativamente a calcio, sport equestri, hockey e ciclismo;
 - partecipazione a imprese sportive di carattere eccezionale (ad es. spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche);
 - il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato alle lettere a) ed h) si applicherà con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

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.

SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

ART. 19 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro dieci giorni da quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il decimo giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Successivamente, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta. L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia conforme della cartella clinica completa e in originale i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

ART. 20 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali dei documenti rilasciati dall'istituto di cura (cartella clinica, certificati medici) e di ogni altra documentazione medica necessaria.

ART. 21 - CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo possono essere demandate con comunicazione scritta a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche nell'ipotesi che questo non sia contraente di polizza.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico mentre quelle del terzo medico sono ripartite a metà tra la parte e l'Assicurato.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, che rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di violenza, dolo, errore e violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. In esso deve risultare anche l'eventuale rifiuto di uno dei medici a firmare il verbale stesso.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA

- Bypass aorto-coronarico
- Pericardiectomia parziale o totale
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Correzione di coartazione aortica
- Correzione totale di anomalie congenite del cuore
- Derivazione aortopolmonare
- Interventi a cuore aperto
- Interventi di sostituzione valvolare
- Interventi per fistole arterovenose del polmone

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Resezione dell'esofago cervicale
- Timectomia per via cervicale

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi, ascessi o per correzione di altre condizioni patologiche endocraniche per via craniotomia
- Emisferectomia – lobectomia
- Interventi endorachidei, per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni menin-gomidollari
- Interventi per derivazione liquorale diretta e indiretta
- Interventi sull'ipofisi
- Neurotomia retrogasseriana – sezione intracranica di altri nervi
- Operazioni per encefalocele o meningocele
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Interventi sulla ghiandola pineale
- Interventi sul talamo o sul globo pallido

ESOFAGO

- Esofagoplastica
- Interventi sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Interventi sull'esofago per tumori maligni: resezioni parziali basse – alte – totali
- Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale
- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia
- Correzione di palatoschisi

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche maggiori
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari

GINECOLOGIA

- Vulvectomy allargata
- Isterectomia radicale per via addominale per neoplasia maligna
- Mastectomia radicale

ORTOPEDIA

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.

- Sostituzione totale di una delle seguenti articolazioni: anca, ginocchio, tibiotarsica, polso, spalla, gomito
- Amputazione di tumori ossei e forme pseudo tumorali vertebrali
- Artrodesi vertebrale per via anteriore o per spondilolistesi
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Osteosintesi vertebrale
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Ricostruzione del pollice in microchirurgia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Faringo-laringectomia
- Laringectomia totale
- Asportazione dei tumori maligni delle cavità nasali e dei seni paranasali
- Exeresi di neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Orecchio: antro-atticotomia
- Resezione e plastiche tracheali per neoplasie maligne

PANCREAS – MILZA

- Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
- Pancresectomia parziale o totale
- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi per fistole pancreatiche
- Derivazioni pancreato-Wirsung-digestive
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Interventi per atresia dell'ano
- Intervento per atresia congenita dell'esofago.
- Cisti e tumori del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Fistola congenita dell'esofago
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhalen o Swenson
- Interventi di resezione per megauretere
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Interventi correttivi per palatoschisi

INTESTINO

- Colectomia totale
- Procto-colectomia con confezione di "reservoir"
- Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali.

RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addomino-perineale

STOMACO – DUODENO

- Gastrectomia totale per neoplasia maligna
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica

TORACE E CHIRURGIA TORACICA

- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Pneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Lobectomia
- Toracoplastica totale
- Timectomia per via toracica

UROLOGIA

- Cistectomia totale

- Intervento per fistola vescico-intestinale
- Nefrectomia allargata per neoplasia maligna
- Nefro-ureterectomia totale
- Prostatectomia radicale per neoplasia maligna
- Surrenectomia
- Uretero-entero-anastomosi.

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi
- Interventi sui vasi intracranici
- Interventi che necessitano di circolazione extracorporea o cardioplegia
- Shunt venoso intraddominale (TIPSS)

TRAPIANTI

- Tutti

ELENCO GRAVI MALATTIE

TUMORE MALIGNO

malattia caratterizzata dalla crescita diffusa e incontrollata di cellule maligne con invasione dei tessuti normali. La definizione include la leucemia e le patologie maligne del sistema linfatico, come la malattia di Hodgkin.

Sono esclusi tutti i carcinomi in-situ, la malattia di Hodgkin in stadio I°, le lesioni intraepiteliali prostatiche di alto grado (PIN), tutti i tumori cutanei (eccetto il melanoma maligno invasivo a partire dallo stadio III° di Clark) e tutti i tumori maligni in presenza di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS).

INFARTO DEL MIOCARDIO

necrosi di una porzione di tessuto miocardico dovuta ad inadeguata perfusione sanguigna.

La diagnosi viene posta in presenza di tutti i seguenti elementi: anamnesi di dolore toracico tipico, comparsa di modificazioni specifiche elettrocardiografiche, innalzamento dei marker enzimatici cardiaci.

ARTEROSCLEROSI CORONARICA

grave stenosi od occlusione di arterie coronarie solamente nel caso che si renda necessario intervento cardiocirurgico di bypass aorto-coronarico (BPAC) di 2 o più arterie coronarie. L'intervento deve ritenersi necessario dopo valutazione coronarografica.

Sono escluse l'Angioplastica (PTCA) e altre procedure intra-arteriose per via percutanea.

ICTUS

qualsiasi accidente cerebrovascolare che provochi sintomi neurologici di durata superiore alle 24 ore e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione di origine extracranica. Devono rendersi evidenti deficit neurologici documentabili per almeno 3 mesi.

PARALISI

totale ed irreversibile perdita della funzione di due o più arti in seguito a paralisi dovuta ad infortunio o a malattia. La paralisi deve essere documentata clinicamente per un periodo di almeno tre mesi.

ELENCO ATTIVITÀ PROFESSIONALI

ATTIVITÀ CLASSE DI RISCHIO A

Agente / Intermediario in genere / Rappresentante
Agricoltore (proprietario, affittuario) senza lavoro manuale
Amministratore di beni propri o altrui
Antiquario senza restauro
Appartenente al Clero
Architetto
Artigiano senza uso di macchine
Artista (attore, musicista, cantante, regista, sceneggiatore) / Modello - Indossatrice
Assistente personale (bambini, anziani)/ Collaboratore familiare
Assistente sociale
Attuario
Avvocato
Barbiere / Parrucchiere
Benestante senza particolari occupazioni
Biologo / addetto a laboratori di analisi mediche
Casalinga
Commercialista / Consulenti del lavoro/ Revisore dei Conti
Diplomatico / Politico / Sindacalista
Dirigente / Impiegato / Quadro senza lavoro manuale
Disegnatore / Grafico / Pubblicitario
Enologo ed enotecnico
Esercente di attività commerciali o servizi
Farmacista titolare / addetto
Forze armate solo personale amministrativo
Fotografo
Guida turistica
Ingegnere
Imprenditore senza lavoro manuale
Insegnante escluse discipline sportive / materie sperimentali e pratica professionale
Magistrato
Medico generico/ Medico specialista / Odontoiatra
Notaio
Odontotecnico
Orefice / Orologiaio / Gioielliere
Pensionato
Professionista dell'area sanitaria (Fisioterapista, Ostetrica, Logopedista, Dietista, Igenista dentale, Audiometrista, Educatore Professionale)
Proprietario settore ricettizio (Alberghi/ Bar/ Ristoranti/ Enotecche/ Birrerie e simili) senza lavoro manuale
Proprietario/ addetto di esercizio commerciale
Sarto/ Vetrinista
Scrittore/ Poeta/ Giornalista
Studente >18 anni

ATTIVITÀ CLASSE DI RISCHIO B

Addetto in attività commerciali o servizi con lavoro manuale e/o carico e scarico
Agricoltore (proprietario, affittuario) / Bracciante agricolo
Agronomo
Allevatore / proprietario di pollame, equini, bovini, suini, ovini
Artigiano con uso di macchine (calzolaio, pellettiera, pellicciaio, conciaio, corniciaio)
Autista
Autoriparatore (Carroziere, Elettrauto, Meccanico, Gommista)
Ballerino/a
Boscaiolo

Muratore/ Piastrellista/ Pavimentatore/ Palchettista
Casaro / Macellaio / Salumiere
Cuoco / Pasticciere / Panettiere / Pizzaiolo / Gelataio
Dirigente/ Impiegato/ Quadro con lavoro manuale
Esercente di attività commerciali o servizi con posa in opera di materiali/ installazioni
Estetista
Fabbro / Saldatore / Tornitore
Falegname / Mobiliere
Geologo
Geometra
Gestore di distributori automatici di carburante con operazioni di manutenzione, lavaggio e simili
Giardiniere / Vivaista / Floricoltore / Orticoltore
Guardiacaccia / guardiapescia / guardie campestri / guardie forestali
Idraulico
Imbianchino
Imprenditore con lavoro manuale
Insegnante di discipline sportive quali: nuoto, sci, basket, pallavolo, tennis, scherma, ballo, atletica leggera
Insegnante di educazione fisica
Insegnante di materie sperimentali anche in laboratorio o di pratica professionale
Istruttore di pratica di scuola guida
Marinaio
Marmista / Incisore / Scultore / Intagliatore / Coniatore
Mediatore
Operaio anche con uso di macchine e/o accesso ad officine, cantieri, ponteggi ed impalcature
Personale ATA
Pescatore
Proprietario / Addetto settore ricettizio (alberghi, bar, ristoranti, enoteche, birrerie e simili)
Portiere/ Custode
Professionista dell'area sanitaria (Infermiere, Podologo)
Restauratore / Antiquario
Tappezziere
Tipografo
Topografo
Venditore ambulante

PROFESSIONI NON AMMESSE

Calciatore di serie A-B-C e altre serie o divisioni
Carpentiere
Carabiniere, guardia di finanza, guardia doganali, guardia portuali, pubblica sicurezza (personale operativo)
Ciclista: corridori dilettanti e professionisti
Circense
Esercito, marina militare ed aviazione
Fantino
Guardia notturna, giurata, guardia armata, portavalori, investigatore privato, guardia del corpo, custode di Autorimesse
Insegnante di alpinismo, guida alpina
Palombaro/sommozzatore
Personale viaggiante dell'aviazione civile
Pirotecnico
Speleologo
Sportivi professionisti
Vigile del fuoco
Vigile urbano

Dati aggiornati al 31 Luglio 2017

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 - 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

