

Assicurazione Temporanea Caso Morte

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)



Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.
Helvetia Futuro Protetto
(Tariffa 1390 Non-Fumatore e Tariffa 1391 Fumatore)

Data di aggiornamento: 1 giugno 2023

Il presente DIP Vita rappresenta l'ultima versione disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

Helvetia Futuro Protetto è un'assicurazione sulla vita temporanea in caso di decesso a capitale e premio annuo costanti che, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, riconosce ai Beneficiari designati il pagamento di un importo pari al capitale assicurato. È un'assicurazione di tipo modulare, che prevede condizioni tariffarie diverse e di conseguenza premi differenziati, in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato (stato tabagico).

A seconda del capitale assicurato prescelto, il prodotto prevede la possibilità di attivare, oltre alla Garanzia principale, anche Garanzie Complementari.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Il prodotto prevede le seguenti tipologie di prestazione:

✓ **Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato (Garanzia Principale)**

In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza, la Società corrisponde il capitale assicurato indicato in Polizza ai Beneficiari designati dal Contraente.

In abbinamento alla Garanzia Principale è possibile attivare una tra le seguenti Garanzie Complementari.

Per capitali assicurati almeno pari a 50.000,00 Euro e fino a 300.000,00 Euro:

✓ **Prestazione in caso di Decesso da Infortunio dell'Assicurato (Garanzia Complementare facoltativa)**

Prevede il pagamento di un ulteriore capitale nel caso in cui il decesso avvenga, nel corso della durata contrattuale, a causa di infortunio o di infortunio conseguente ad incidente stradale.

Per capitali assicurati superiori a 300.000,00 Euro:

✓ **Prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente (Garanzia Complementare facoltativa) o**

alternativamente
✓ **Prestazione in caso di Malattia Grave (Garanzia Complementare facoltativa)**
Prevedono rispettivamente che nel caso in cui si manifesti l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato o nel caso venga diagnosticata all'Assicurato una malattia grave, prima della scadenza contrattuale, è previsto il pagamento di un importo pari al 50% del capitale assicurato della Garanzia Principale.

In abbinamento alle suddette Garanzie Complementari in caso di Invalidità Totale e Permanente o di Malattia Grave si attiva automaticamente la seguente Garanzia:

✓ **Prestazione di Esonero Pagamento Premi della Garanzia Principale (Garanzia Complementare)**

In caso di liquidazione della prestazione relativa ad una delle suddette Garanzie Complementari, la Società esonera il Contraente dal pagamento del premio relativo alla Garanzia Principale.

In abbinamento alla Garanzia Principale è inoltre possibile selezionare l'**opzione di liquidazione Flash Benefit** ed è sempre attivato automaticamente, senza costi aggiuntivi, il



Che cosa NON è assicurato?

Non è assicurabile la persona fisica che, in qualità di Assicurato, alla scadenza contrattuale:

- superi gli 85 anni assicurativi (con riferimento alla Garanzia Principale ed alla Garanzia Complementare Infortunio);
- superi i 66 anni assicurativi (con riferimento alle Garanzie Complementari in caso di Invalidità Totale e Permanente e Malattia Grave).

Non sono assicurabili importi di capitale assicurato inferiori al limite contrattualmente previsto.



Ci sono limiti di copertura?

Non sarà possibile presentare una richiesta di liquidazione qualora il decesso, l'invalidità totale e permanente o la malattia grave non si siano verificate durante il periodo in cui le Garanzie sono efficaci, ai sensi della successiva sezione "Quando comincia la copertura e quando finisce?".

Sono inoltre previsti periodi di sospensione e limitazione alle coperture qualora il decesso, l'invalidità totale e permanente o la malattia grave rientrino nei periodi di carenza e nelle esclusioni di cui alla sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP Aggiuntivo Vita.

Pacchetto Assistenza prestato da Europ Assistance Italia S.p.A.. Si rinvia alla sezione "Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?" del DIP Aggiuntivo Vita per le informazioni sulle Garanzie previste, sull'opzione di liquidazione Flash Benefit e sul Pacchetto Assistenza.

Se alla scadenza l'Assicurato è in vita e non si è verificata l'invalidità totale e permanente o una malattia grave, laddove Garanzie attivate, il contratto non riconosce alcuna prestazione ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.



Dove vale la copertura?

Le prestazioni assicurative della Garanzia Principale e delle Garanzie Complementari facoltative sono garantite senza limiti territoriali, fermo quanto riportato nella sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP Aggiuntivo Vita.



Che obblighi ho?

Il Contraente è tenuto, unitamente all'Assicurato se persona diversa, a dare immediata comunicazione alla Società qualora nel corso della durata contrattuale modifichi le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente e/o modifichi il proprio status tabagico iniziando a fumare (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro).

In tali casi la Società può rideterminare il premio inizialmente pattuito o il capitale assicurato.

La richiesta di liquidazione dovrà essere consegnata in forma scritta all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il contratto, o inviata alla Società – anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo allegato alle Condizioni contrattuali (Modulo di richiesta per liquidazione sinistro) – a mezzo lettera raccomandata A/R corredata dai documenti richiesti. Nel suddetto modulo è inoltre riportato l'elenco completo di tutta la documentazione necessaria da produrre.



Quando e come devo pagare?

Il prodotto prevede il pagamento di un premio annuo costante, determinato alla conclusione del contratto, in relazione allo stato tabagico ed all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute ed alle attività professionali e/o sportive svolte, anche saltuariamente, alla durata del contratto, al capitale assicurato ed all'eventuale abbinamento alla Garanzia Principale delle Garanzie Complementari facoltative. Il pagamento del premio viene effettuato – all'atto della conclusione del contratto e, per tutta la durata contrattuale, ad ogni ricorrenza annua della data di decorrenza - presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite: assegno non trasferibile intestato all'Intermediario; bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario; bollettino postale sul conto corrente dell'Intermediario; carta di debito presso l'Intermediario; carta di credito se accettata dall'Intermediario, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente applicabile; **fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente e sull'Intermediario rispettivamente per la parte di propria competenza determinata in ragione dello strumento di pagamento prescelto e dei relativi accordi con i prestatori del servizio.**

In alternativa al pagamento del premio con periodicità annuale, il Contraente può scegliere una frequenza di pagamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale, bimestrale o mensile. In tal caso, il pagamento del premio è gravato rispettivamente dai seguenti interessi di frazionamento: 1,00%, 1,25%, 1,50%, 1,75% e 2,00%. A richiesta del Contraente, i premi successivi a quello di perfezionamento possono essere corrisposti anche tramite SEPA Direct Debit Core.

Il premio relativo alle Garanzie Complementari facoltative, laddove prestate, viene corrisposto congiuntamente al premio della Garanzia Principale e con la medesima modalità e periodicità stabilita per quest'ultimo.

È escluso il pagamento dei premi in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Per durata del contratto si intende l'arco di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e quella di scadenza. La durata del contratto può essere fissata, a scelta del Contraente, da un minimo di 1 anno ad un massimo di 30 anni, fermi i limiti massimi di età dell'Assicurato a scadenza. Il contratto si intende concluso nel momento in cui vengono apposte sulla Polizza le firme della Società e del Contraente (nonché dell'Assicurato – se persona diversa dal Contraente) e quest'ultimo provvede contestualmente al pagamento della prima rata di premio.

A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto, la prestazione assicurata è operante dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza, fermi i periodi di carenza previsti.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Non è prevista la revoca, in quanto il contratto viene emesso direttamente tramite la Polizza. Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto **entro 30 giorni** dal momento in cui il contratto stesso è concluso. Il mancato pagamento del premio annuo previsto, trascorsi dodici mesi dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione, determina la risoluzione del contratto.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Il Contraente può riattivare il contratto in caso di interruzione del pagamento dei premi. Si rinvia alla sezione "Quali costi devo sostenere?" contenuta nel DIP Aggiuntivo Vita per le relative condizioni economiche. La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto dall'assicurazione e non riconosce un valore di riduzione.

Assicurazione Temporanea Caso Morte

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo Vita)



Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.
Helvetia Futuro Protetto
(Tariffa 1390 Non-Fumatore e Tariffa 1391 Fumatore)

Data di aggiornamento: 19 febbraio 2024
Il presente DIP Aggiuntivo Vita rappresenta l'ultima versione disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), 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 contrattuali prima della sottoscrizione del contratto.

Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A. Via G. B. Cassinis n. 21 – 20139 Milano; tel. +39 02 53.51.1; sito internet: www.helvetia.it; e-mail: direzione.vita@helvetia.it; PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it.

Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Helvetia, Via G. B. Cassinis n. 21 - 20139 Milano, tel. n. +39 02 53.51.1, indirizzo sito internet: www.helvetia.it, e-mail: direzione.vita@helvetia.it, PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it. La Compagnia è autorizzata all'esercizio sulle assicurazioni sulla vita con Provv. ISVAP n. 1979 del 4 Dicembre 2001 (G. U. del 12 Dicembre 2001 n. 288) ed è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n. 1.00142.

Il patrimonio netto della Società, all'ultimo bilancio approvato, è pari a 307.861.001,04 Euro, di cui 47.594.000,00 Euro costituiscono la parte relativa al capitale sociale e 249.278.472,42 Euro si riferiscono alle riserve patrimoniali.

La relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria della Società (SFCR) è disponibile sul sito internet della stessa ed è consultabile al seguente indirizzo: www.helvetia.it/solvencyII. Di seguito si dà evidenza dei requisiti patrimoniali e dei fondi ammissibili alla loro copertura, calcolati secondo la Formula Standard in vigore al 31.12.2022.

Informazioni relative al margine di solvibilità Solvency II	Al 31.12.2022
Solvency Capital Requirement (SCR)	136.184.242
Minimum Capital Requirement (MCR)	61.282.909
Fondi Propri ammissibili a copertura del SCR	313.970.431
Fondi Propri ammissibili a copertura del MCR	258.134.892
Solvency Capital Ratio*	230,55%

* Il "Solvency Capital Ratio" è il rapporto tra i Fondi Propri ammissibili dalla Società ed il capitale di solvibilità (Solvency Capital Requirement) richiesto dalla normativa Solvency II.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Helvetia Futuro Protetto è un'assicurazione sulla vita temporanea in caso di decesso a capitale e premio annuo costanti, che prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

✓ **Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato (Garanzia Principale)**
In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Società corrisponde il capitale assicurato indicato in Polizza ai Beneficiari designati dal Contraente. Il contratto è di tipo modulare e prevede condizioni tariffarie e di conseguenza premi differenziati, in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato (stato tabagico). Ai fini dell'applicazione delle suddette tariffe si definisce "**Non-Fumatore**" il soggetto Assicurato che non abbia mai fumato (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro) o che non fumi da almeno 3 anni dalla data di conclusione del contratto.

Al momento della sottoscrizione del contratto, in abbinamento alla suddetta Garanzia Principale il Contraente può selezionare le Garanzie Complementari facoltative di seguito indicate.

Per capitali assicurati pari ad almeno 50.000,00 Euro e fino a 300.000,00 Euro:

✓ **Prestazione in caso di Decesso da Infortunio dell'Assicurato (Garanzia Complementare)**
Prevede il pagamento di un ulteriore capitale di ammontare pari a quello della Garanzia Principale, nel caso in cui il decesso dell'Assicurato avvenga, nel corso della durata contrattuale, a causa di infortunio. Qualora il decesso sia

causato da infortunio conseguente ad incidente stradale detto capitale aggiuntivo sarà pari al doppio del capitale della Garanzia Principale.

Agli effetti dell'assicurazione complementare Decesso da Infortunio, s'intende per:

- **infortunio**, un evento - avvenuto dopo la data di decorrenza - dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso dell'Assicurato;
- **infortunio conseguente ad incidente stradale**, quell'infortunio cagionato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione - esclusi quelli ferroviari - che avvenga, dopo la data di decorrenza, su strade d'uso pubblico o su aree a queste equiparate nonché su aree private in cui l'Assicurato rimane vittima, che produca all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza diretta la sua morte.

Per capitali assicurati superiori a 300.000,00 Euro (attivabili alternativamente una all'altra):

✓ **Prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente (Garanzia Complementare)**

In caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato manifestatasi prima della scadenza contrattuale, la Società si impegna a corrispondere un importo pari al 50% del capitale assicurato della Garanzia Principale.

La liquidazione di detto importo non può in ogni caso eccedere l'ammontare di Euro 250.000 e costituisce una forma di anticipazione del capitale assicurato della Garanzia Principale che, per effetto di ciò, si riduce automaticamente dell'importo liquidato.

Agli effetti della presente assicurazione complementare, per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa (capacità lavorativa generica), indipendentemente da quella effettivamente svolta dall'Assicurato, sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66%.

✓ **Prestazione in caso di Malattia Grave (Garanzia Complementare)**

Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una malattia grave prima della scadenza contrattuale, la Società si impegna a corrispondere un importo pari al 50% del capitale assicurato della Garanzia Principale.

La liquidazione di detto importo non può in ogni caso eccedere l'ammontare di Euro 250.000 e costituisce una forma di anticipazione del capitale assicurato della Garanzia Principale che, per effetto di ciò, si riduce automaticamente dell'importo liquidato.

Agli effetti della presente assicurazione complementare, per malattia grave s'intende una delle seguenti patologie:

- **Cancro**: tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale. La patologia include leucemia, linfoma, mieloma multiplo e la malattia di Hodgkin. Il cancro richiede l'intervento chirurgico, la radioterapia o la chemioterapia. Anche il cancro terminale, che può essere trattato solamente mediante terapia palliativa, è incluso nella presente Garanzia.
- **Ictus**: accidente cerebrovascolare insorto successivamente alla data di decorrenza del contratto, che produca la morte irreversibile del tessuto del cervello a causa di un'emorragia cerebrale, embolia cerebrale, trombosi cerebrale o emorragia subaracnoidea. La suddetta patologia deve contribuire ad un significativo indebolimento della funzione neurologica riscontrabile attraverso chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali e/o motorie all'esame obiettivo, eseguito da un neurologo, dopo almeno tre mesi dalla data d'insorgenza della patologia medesima. La diagnosi dovrà essere, altresì, confermata da esami strumentali quali R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) o T.A.C. (tomografia assiale computerizzata) o da un esame del liquido cerebro-spinale;
- **Infarto miocardico**: necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da insufficiente apporto di sangue alla regione interessata, non dipendente da patologie pregresse rispetto alla data di decorrenza del contratto.

In abbinamento alle suddette Garanzie Complementari facoltative in caso di Invalidità Totale e Permanente e in caso di Malattia Grave si attiva automaticamente la seguente Garanzia:

✓ **Esonero Pagamento Premi della Garanzia Principale (Garanzia Complementare)**

In caso di liquidazione della prestazione pattuita rispettivamente per la Garanzia Complementare in caso di invalidità totale e permanente o per la Garanzia Complementare in caso di malattia grave, la Società esonera il Contraente dal pagamento del premio relativo alla Garanzia Principale in caso di Decesso, a partire dalla data di accertamento dell'invalidità totale e permanente o della malattia grave.

In abbinamento alla Garanzia Principale è inoltre possibile attivare, al momento della sottoscrizione, l'**opzione di liquidazione Flash Benefit**, la quale prevede che in caso di decesso dell'Assicurato venga pagata entro 5 giorni lavorativi una somma pari a 5.000,00 Euro. Il pagamento sarà effettuato ad un Beneficiario nominativo, selezionato tra quelli designati come Beneficiari della Garanzia Principale (o coincidente laddove selezionato un unico Beneficiario della Garanzia Principale) e se persona fisica deve essere maggiorenne.

Qualora il Contraente non designi in forma nominativa i Beneficiari della Garanzia Principale non sarà possibile attivare l'opzione Flash Benefit

Si precisa inoltre che tale pagamento costituisce un anticipo della liquidazione del capitale assicurato previsto dalla Garanzia Principale in caso di Decesso di spettanza del Beneficiario specificatamente individuato.

Unitamente alla Garanzia Principale viene automaticamente attivato, senza costi aggiuntivi, un **Pacchetto Assistenza** che prevede una serie di servizi prestati da Europ Assistance Italia S.p.A..

Nei casi in cui, alla scadenza contrattuale, l'Assicurato sia in vita e non si sia manifestata l'invalidità totale e permanente o una malattia grave, laddove attivate le rispettive Garanzie Complementari facoltative, non è prevista alcuna prestazione ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

Non è prevista la possibilità di modificare i termini del contratto mediante l'esercizio di predefinite opzioni contrattuali.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quanto riportato nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

! Esclusioni Garanzia Principale in caso di Decesso

a) È escluso dalla garanzia il decesso causato da:

- dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di decorrenza del contratto o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;
- patologie derivanti da abuso d'alcool;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

b) È inoltre escluso dalla garanzia il decesso causato dalla:

- pratica di una delle seguenti attività sportive: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere;
- pratica di una delle seguenti attività professionali: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto alle forze armate se impiegato in missioni all'estero.

In tutti i suddetti casi, ad eccezione del caso di decesso dell'Assicurato causato da dolo del Contraente e/o dei Beneficiari, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso al posto del capitale assicurato.

La Società può tuttavia valutare le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente, dall'Assicurato e dichiarate prima della conclusione del contratto:

- includendo le medesime nella garanzia, a fronte di un'eventuale applicazione di uno specifico sovrappremio aggiuntivo, risultante da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice, o in alternativa;
- escludendo dalla garanzia il decesso causato dalla pratica di tali attività, risultante da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice.

Si precisa inoltre che per le polizze senza visita medica obbligatoria il decesso causato dalla pratica delle professioni e delle attività sportive sopra elencate è sempre escluso dalla presente Garanzia e prevede quindi la liquidazione dell'importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

! Esclusioni Garanzia Complementare facoltativa in caso di Decesso da Infortunio

È escluso dalla Garanzia l'infortunio mortale che dipenda, direttamente o indirettamente, da:

- dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- atti temerari intrapresi dall'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- stati di ubriachezza dell'Assicurato nel caso questi rimanga vittima come conducente di veicoli o natanti a motore;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

In tutti i suddetti casi non è prevista la liquidazione di alcuna prestazione.

È inoltre escluso anche l'infortunio mortale che derivi dalla pratica delle professioni o delle attività sportive indicate al precedente punto b) delle esclusioni relative alla Garanzia Principale in caso di Decesso, salvo diversa valutazione della Società da effettuarsi prima della conclusione del contratto ed attestata da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice.

Si precisa inoltre che per le polizze senza visita medica obbligatoria l'infortunio mortale causato dalla pratica delle professioni e delle attività sportive sopra elencate è sempre escluso dalla presente Garanzia e non prevede alcuna prestazione.

! Esclusioni Garanzia Complementare facoltativa in caso di Invalidità Totale e Permanente

È esclusa dalla Garanzia l'invalidità totale o permanente causata da:

- malattie preesistenti alla data di decorrenza del contratto o che siano espressione o conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente a tale data (si precisa che non saranno invece considerate, ai fini della presente esclusione, le patologie oncologiche da cui l'Assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di decorrenza del contratto. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni);
- infortuni occorsi anteriormente alla data di decorrenza del contratto;
- dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- dolo, atti dolosi o qualsiasi atto intenzionale dell'Assicurato che induca pregiudizi fisici;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- tentato suicidio;
- patologie derivanti da abuso d'alcool;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- sindrome d'immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

In tutti i suddetti casi, ad eccezione dei casi di invalidità totale e permanente causati da dolo del Contraente, dei Beneficiari e/o dell'Assicurato, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente il solo importo della riserva matematica calcolato al momento dell'accertamento dell'invalidità totale e permanente al posto del capitale assicurato.

È inoltre esclusa anche l'invalidità totale e permanente causata dalla pratica delle professioni o delle attività sportive indicate al precedente punto b) delle esclusioni relative alla Garanzia Principale in caso di Decesso e da malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, salvo diversa valutazione della Società da effettuarsi prima della conclusione del contratto ed attestata da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice.

La Società può tuttavia valutare le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente, dall'Assicurato e dichiarate prima della conclusione del contratto:

- includendo le medesime nella garanzia, a fronte di un'eventuale applicazione di uno specifico sovrappremio aggiuntivo, risultante da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice, o in alternativa;
- escludendo dalla garanzia l'invalidità causata dalla pratica di tali attività, risultante da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice.

! Esclusioni Garanzia Complementare facoltativa in caso di Malattia Grave

La prestazione assicurata non opera se la malattia grave era stata già diagnosticata anteriormente alla data di decorrenza del contratto (si precisa che non saranno invece considerate, ai fini della presente esclusione, le patologie oncologiche da cui l'Assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di decorrenza del contratto. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni).

Sono altresì esclusi dalla Garanzia i casi di malattia grave che insorgono in seguito a:

- dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- dolo, atti dolosi o qualsiasi atto intenzionale dell'Assicurato che induca pregiudizi fisici;
- patologie derivanti da abuso d'alcool;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- sindrome d'immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

In tutti i suddetti casi, ad eccezione dei casi di malattia grave causata da dolo del Contraente, dei Beneficiari e/o dell'Assicurato, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente il solo importo della riserva matematica calcolato al momento dell'accertamento della malattia grave al posto del capitale assicurato.

Sono inoltre esclusi anche i casi di malattia grave causati dalla pratica delle professioni o delle attività sportive indicate al precedente punto b) delle esclusioni relative alla Garanzia Principale in caso di Decesso, salvo diversa valutazione della Società da effettuarsi prima della conclusione del contratto ed attestata da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice.

La Società può tuttavia valutare le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente, dall'Assicurato e dichiarate prima della conclusione del contratto:

- includendo le medesime nella garanzia, a fronte di un'eventuale applicazione di uno specifico sovrappremio aggiuntivo, risultante da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice, o in alternativa;
- escludendo dalla garanzia la malattia grave causata dalla pratica di tali attività, risultante da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice.

! Periodi di carenza della Garanzia Principale in caso di Decesso in caso di polizze senza visita medica

! Clausola di carenza generale

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto e quest'ultimo sia in regola con il pagamento del premio, il capitale assicurato non sarà pagato ed in suo luogo verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata alla data del decesso.

Qualora il contratto sia stato concluso in sostituzione di uno o più precedenti contratti – espressamente richiamati in Polizza - l'applicazione della suddetta limitazione avverrà tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva, a partire dalle rispettive date di decorrenza, dei contratti sostituiti. La Società non applicherà entro i primi 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto la limitazione sopra indicata e pertanto la prestazione dovuta sarà pari al capitale assicurato indicato in Polizza, qualora il decesso sia conseguenza diretta di:

- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite postvaccinica;
- shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza del contratto;
- infortunio - intendendosi per tale l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporale obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso - avvenuto dopo la data di decorrenza.

Inoltre, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla data di conclusione del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato ed al suo posto verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.

! Clausola di carenza ridotta (per il caso in cui l'Assicurato fornisca alla Società test HIV con esito negativo)

Vale quanto indicato al precedente paragrafo "Clausola di carenza generale", ad eccezione dell'ultimo capoverso che viene omissis.

! Periodi di carenza della Garanzia Principale in caso di Decesso in caso di polizze con visita medica

! Clausola di carenza settennale per decesso dovuto ad infezione da HIV (per il caso in cui l'Assicurato, sottopostosi a visita medica, ma non abbia fornito alla Società test HIV con esito negativo).

Considerato che l'Assicurato non ha fornito alla Società test HIV con esito negativo, rimane convenuto che qualora il decesso dello stesso avvenga entro i primi 7 anni dalla data di decorrenza del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la prestazione assicurata non sarà pagata ed al suo posto verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.

! Periodi di carenza della Garanzia Complementare facoltativa in caso di Malattia Grave

La Garanzia non opera nel caso in cui il cancro insorga o venga diagnosticato durante i primi sei mesi dalla data di decorrenza del contratto o dal momento della riattivazione della presente Garanzia.

In tal caso la Garanzia si estingue e la Società si impegna a corrispondere, al posto della prestazione, un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento della diagnosi di cancro.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro: essendo previsto apposito modulo prestampato denominato "Modulo di richiesta per liquidazione sinistro", contenente l'elenco dei documenti da consegnare per l'erogazione delle prestazioni, si rimanda a tale Modulo contenuto nella sezione "Cosa fare per richiedere la liquidazione delle prestazioni" delle Condizioni contrattuali.

In ogni caso gli aventi diritto hanno la facoltà di effettuare la denuncia scritta anche in forma libera. La richiesta, indipendentemente dalla forma scritta utilizzata (modulo o denuncia libera) deve essere consegnata all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il contratto assicurativo, ovvero inviata direttamente a Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G. B. Cassinis 21 – 20139 Milano (Italia), a mezzo lettera raccomandata A/R, e deve essere corredata da tutta la documentazione prevista dalle Condizioni contrattuali.

Per la richiesta di attivazione dei servizi di assistenza prestatati da Europ Assistance Italia S.p.A., sarà necessario contattare la Struttura Organizzativa di Europ Assistance ai numeri telefonici dedicati, reperibili nelle Condizioni di assicurazione del Pacchetto Assistenza allegate alle Condizioni contrattuali del presente prodotto.

Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione in caso di decesso dell'Assicurato si estinguono dopo dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Qualora i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

	Liquidazione della prestazione: verificata l'esistenza dell'obbligo al pagamento, Helvetia Vita S.p.A. esegue i pagamenti in favore degli aventi diritto entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta completa di tutta la documentazione prevista (ovvero dalla data di ricevimento presso l'Intermediario interessato, se anteriore).
	Per quanto riguarda l'opzione di liquidazione Flash Benefit, verificata la sussistenza delle condizioni per la liquidazione in base alla documentazione ricevuta, la Società esegue il pagamento entro 5 giorni lavorativi dalla data di ricezione in Società della richiesta completa di tutta la documentazione sopra riportata. Trascorsi tali termini sono dovuti gli interessi di mora a favore degli aventi diritto.
Dichiarazioni inesatte e reticenti	Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle prestazioni assicurate. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio ovvero, in caso di assicurazione in nome o per conto di terzi, qualora il terzo sia a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la cessazione dell'assicurazione.

 Quando e come devo pagare?													
Premio	<p>Il pagamento del premio viene effettuato - alla data di conclusione del contratto e, per tutta la durata contrattuale, ad ogni ricorrenza annua della data di decorrenza - presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ assegno non trasferibile intestato all'Intermediario; ▪ bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario; ▪ bollettino postale sul conto corrente dell'Intermediario; ▪ carta di debito presso l'Intermediario; ▪ carta di credito se accettata dall'Intermediario, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente applicabile; <p>fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente e sull'Intermediario rispettivamente per la parte di propria competenza determinata in ragione dello strumento di pagamento prescelto e dei relativi accordi con i prestatori del servizio.</p> <p>In alternativa al pagamento del premio con periodicità annuale, il Contraente può scegliere una frequenza di pagamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale, bimestrale o mensile. In tal caso, fermo restando che il premio relativo al primo anno è sempre dovuto per intero, il pagamento del premio, viene effettuato rispettivamente ad ogni ricorrenza semestrale, quadrimestrale, trimestrale, bimestrale o mensile della data di decorrenza ed è gravato dai seguenti interessi di frazionamento:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Periodicità</th> <th>Semestrale</th> <th>Quadrimestrale</th> <th>Trimestrale</th> <th>Bimestrale</th> <th>Mensile</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Interesse di frazionamento</td> <td>1,00%</td> <td>1,25%</td> <td>1,50%</td> <td>1,75%</td> <td>2,00%</td> </tr> </tbody> </table> <p>A richiesta del Contraente, i premi successivi a quello di perfezionamento possono essere corrisposti anche tramite SEPA Direct Debit Core, attivabile mediante compilazione di apposita modulistica fornita dalla Società, fermo restando che - nel caso sia stata scelta una periodicità di pagamento mensile o bimestrale - il SEPA Direct Debit Core sarà attivo rispettivamente a partire dalla terza o dalla quarta ricorrenza mensile della data di decorrenza successiva alla data di ricevimento della richiesta presso la Società.</p> <p>Il pagamento dei premi deve, invece, essere effettuato esclusivamente tramite bonifico direttamente a favore di Helvetia Vita S.p.A. sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT26F030691271110000008137 e BIC BCITITMM (per i contratti distribuiti da Agenzie Helvetia Vita o da altri Intermediari) o sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT27H0200809292V00960000004 e BIC UNCRITMM (per i contratti distribuiti da Broker) per importi di premio superiori ad Euro 50.000 (inserendo come causale il numero di polizza con cognome e nome del Contraente ed il nome del prodotto).</p> <p>Il premio delle Garanzie Complementari facoltative, laddove prestate, è comprensivo dell'eventuale imposta e viene corrisposto congiuntamente al premio della Garanzia Principale e con la medesima modalità e periodicità stabilita per quest'ultimo.</p> <p>Trascorsi cinque anni dalla data di decorrenza del contratto, la Società può modificare l'importo del premio relativo alla Garanzia Complementare in caso di Malattia Grave (unitamente al premio dell'abbinata Garanzia Complementare di Esonero Pagamento Premi), in ragione di scostamenti significativi nelle rilevazioni statistiche o nella diagnostica in materia di malattie gravi, quali mutate dall'esperienza, rispetto alle basi statistiche ed alla definizione di malattia grave utilizzate per la determinazione del premio stesso, od ancora in ragione di deviazioni rilevanti nell'effettivo andamento del portafoglio in essere presso la Società stessa.</p> <p>I premi relativi sia alla Garanzia Principale sia alle Garanzie Complementari facoltative non sono più dovuti da parte del Contraente al verificarsi del decesso dell'Assicurato od alla liquidazione della prestazione relativa ad una delle Garanzie Complementari facoltative.</p>	Periodicità	Semestrale	Quadrimestrale	Trimestrale	Bimestrale	Mensile	Interesse di frazionamento	1,00%	1,25%	1,50%	1,75%	2,00%
Periodicità	Semestrale	Quadrimestrale	Trimestrale	Bimestrale	Mensile								
Interesse di frazionamento	1,00%	1,25%	1,50%	1,75%	2,00%								

	È escluso il pagamento dei premi in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.
Rimborso	Il Contraente può chiedere il rimborso del premio in caso di esercizio del diritto di recesso , secondo le modalità riportate alla successiva sezione "Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?"
Sconti	La Società può prevedere specifici sconti, in tale caso informazioni dettagliate sulla loro misura e sulle relative modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita della Società.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Per durata del contratto si intende l'arco di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e quella di scadenza.</p> <p>L'età dell'Assicurato, alla data di decorrenza del contratto, deve essere almeno pari a 18 anni compiuti (età anagrafica) e comunque non superiore a 75 anni assicurativi.</p> <p>Per le Garanzie Complementari in caso di invalidità totale e permanente e in caso di malattia grave, l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto non potrà essere superiore a 65 anni assicurativi.</p> <p>La durata del contratto può essere fissata, a scelta del Contraente, da un minimo di 1 anno ad un massimo di 30 anni, a condizione che l'Assicurato a scadenza non superi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 85 anni assicurativi, qualora il contratto preveda la sola Garanzia Principale in caso di Decesso o l'abbinamento alla stessa della Garanzia Complementare in caso di Infortunio; ▪ 66 anni assicurativi, qualora sul contratto si intenda attivare una tra le Garanzie Complementari in caso di Invalidità Totale e Permanente e in caso di Malattia Grave.
Sospensione	Il Contraente ha la possibilità di sospendere le sole Garanzie Complementari facoltative, qualora attivate, interrompendo il pagamento del relativo premio. Ciò non determina la risoluzione del contratto, a condizione che il premio relativo alla Garanzia Principale venga regolarmente corrisposto.

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Revoca	Non prevista.
Recesso	<p>Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto stesso, dandone comunicazione scritta alla Società con lettera raccomandata A/R, indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia).</p> <p>La Società, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso completa di tutta la documentazione richiesta, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto, pari ad Euro 25,00, con il limite del premio versato.</p> <p>La Società può inoltre trattenerne:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto; ▪ le spese eventualmente sostenute per la visita medica o per gli ulteriori accertamenti sanitari, laddove richiesti.
Risoluzione	<p>Il Contraente può risolvere il contratto interrompendo il pagamento del premio relativo alla Garanzia Principale unitamente al premio delle Garanzie Complementari facoltative, laddove prestate.</p> <p>In particolare, trascorsi 12 mesi dalla data in cui il pagamento avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione, il contratto si risolve, i premi già pagati restano acquisiti dalla Società e nulla è dovuto da parte della stessa.</p>

 Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Valori di riscatto e riduzione	<p>La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto dall'assicurazione e non riconosce un valore di riduzione.</p> <p>A seguito dell'interruzione del pagamento del premio relativo a ciascuna Garanzia, il Contraente può riattivare il contratto.</p> <p>In particolare, entro sei mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il Contraente può riattivare il contratto riprendendo il pagamento del premio in corrispondenza di una delle scadenze pattuite. La riattivazione è consentita – previo pagamento di tutti i premi arretrati in unica soluzione – a condizione che:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'Assicurato sia in vita (per tutte le Garanzie); ▪ all'Assicurato non sia stata diagnosticata una invalidità totale e permanente (in caso di Garanzia Complementare in caso di Invalidità Totale e Permanente); ▪ all'Assicurato non sia stata diagnosticata una malattia grave (in caso di Garanzia Complementare in caso di Malattia Grave). <p>Trascorsi sei mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, per altri sei mesi, la riattivazione può avvenire solo previa accettazione espressa della Società, che può</p>

	<p>richiedere all'Assicurato nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.</p> <p>La riattivazione del contratto, effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina la prestazione assicurata, con effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.</p> <p>Trascorsi dodici mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il contratto non può più essere riattivato. In assenza di riattivazione il contratto è risolto e nulla è dovuto da parte della Società.</p>
Richiesta di informazioni	La richiesta di informazioni non è possibile in quanto la presente forma assicurativa non prevede la possibilità di riscatto e riduzione.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto ad una clientela retail (persone fisiche) che intenda proteggere i Beneficiari designati dal rischio di decesso tramite una copertura temporanea che prevede, a fronte del pagamento di un premio annuo costante (legato allo stato tabagico dell'Assicurato), la corresponsione (ai Beneficiari) di un importo pari al capitale assicurato. La clientela è inoltre disposta a sopportare la presenza di esclusioni, carenze e/o limitazioni di polizza.

Il prodotto è sottoscrivibile a condizione che l'Assicurato alla decorrenza del contratto abbia un'età compresa tra i 18 anni (compiuti) ed i 75 anni (assicurativi) e che a scadenza non superi gli 85 anni (assicurativi).

Il prodotto non è destinato ad una tipologia di clientela corporate (persone giuridiche). Inoltre non è destinato a clienti retail che intendano riscattare il capitale nel corso della durata contrattuale e/o che abbiano superato i limiti di età alla data di decorrenza/scadenza e/o ancora che desiderino assicurare importi di capitale assicurato inferiori al limite contrattualmente previsto.

Quali costi devo sostenere?

Tabella dei costi gravanti sul premio

Spese di emissione	25,00 Euro (trattenute solo in caso di recesso)				
Caricamento in % del premio (fisso e indipendente dall'età e dal sesso dell'Assicurato, dalla durata contrattuale, dall'importo e relativo frazionamento)	25,00%				
Interessi di frazionamento	Periodicità				
	Semestrale	Quadrimestrale	Trimestrale	Bimestrale	Mensile
	1,00%	1,25%	1,50%	1,75%	2,00%

Le spese per accertamenti sanitari, anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, sono a carico dell'Assicurato fino a capitali assicurati inferiori o pari a 500.000,00 Euro ed il relativo costo non è quantificabile a priori, in quanto dipende dalle tariffe applicate dalla struttura medica liberamente scelta dall'Assicurato.

Per capitali assicurati superiori ad Euro 500.000, invece, le relative spese sono a carico della Società, a condizione che gli stessi vengano svolti presso centri medici convenzionati.

Tabella sui costi per riscatto

Il contratto non prevede riscatti, pertanto non sono previsti neanche i relativi costi.

Tabella sui costi per l'erogazione della rendita

Il contratto non prevede la possibilità di convertire il capitale in rendita, pertanto non sono previsti neanche i relativi costi.

Costi per l'esercizio delle opzioni

Il contratto non prevede la possibilità di esercitare opzioni, pertanto non sono previsti neanche i relativi costi.

Costi di intermediazione

La quota parte retrocessa agli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 67,88%.

Costi dei PPI

Non previsti in quanto la presente tipologia contrattuale non rientra nella categoria PPI.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, anche qualora riguardino soggetti coinvolti nel ciclo operativo della Società (compresi gli Intermediari iscritti alla Sezione A del RUI che hanno rapporti di collaborazione con la Società e relativi dipendenti e collaboratori), devono essere presentati per iscritto presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti: Helvetia Vita S.p.A. - Ufficio Reclami – Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano – Email: reclami@helvetia.it.</p> <p>La Società invia la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>
All'IVASS	<p>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 secondo le modalità indicate su www.ivass.it.</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	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 (facoltativa)	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie (facoltativa)	Procedura FIN-NET: per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/fin-net_en , chiedendo l'attivazione della Procedura. Tramite il sito internet della Società (www.helvetia.it – Reclami) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione della suddetta procedura.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Regime fiscale sui premi I premi delle assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni. Ciò vale, in particolare, per i premi relativi alla Garanzia Principale in caso di Decesso dell'Assicurato e, laddove prestata, per i premi della Garanzia Complementare facoltativa in caso di Malattia Grave. Per quanto concerne invece i premi relativi alle Garanzie Complementari facoltative in caso di Infortunio, in caso di Invalidità Totale e Permanente e di Esonero Pagamento Premi, laddove prestate, si applica un'imposta nella misura del 2,50%.</p> <p>Detraibilità fiscale dei premi Sui premi pagati per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio", intendendosi per tali le garanzie aventi ad oggetto esclusivo i rischi di decesso, di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5,00%), di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana e di malattia grave, viene annualmente riconosciuta al Contraente una detrazione d'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge. Le suddette parti di premio vengono riportate in Polizza. Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, laddove persona diversa dal Contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo. Qualora il Contraente sia una Persona Giuridica vale quanto disciplinato dalle norme di legge.</p> <p>Tassazione delle prestazioni assicurate Le somme dovute dalla Società in dipendenza del contratto sono esenti da imposizione fiscale. Le somme liquidate in caso di decesso dell'Assicurato sono inoltre esenti dall'imposta sulle successioni.</p>

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

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

Helvetia Futuro Protetto Tariffa 1390 Non-Fumatore e Tariffa 1391 Fumatore

Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi,
di tipo temporaneo in caso di decesso, a capitale e premio annuo
costanti e con Garanzie Complementari abbinabili

Condizioni contrattuali Mod. C-SI-FP-0 - Ed. 02/2024

**Le Condizioni contrattuali sono redatte secondo quanto previsto
dalle Linee Guida dei Contratti Semplici e Chiari del Tavolo Tecnico
dell'Associazione Nazionale Italiana Assicuratori - ANIA**

Indice

Condizioni contrattuali	5
Modalità assuntive	5
 Art. 1 – Modalità assuntive	5
 Art. 2 – Stato tabagico	6
Garanzia Principale in caso di Decesso	7
 Art. 3 – Prestazione assicurata, opzione Flash Benefit e Pacchetto Assistenza	7
 Art. 4 – Premio	7
 Art. 5 – Conclusione, decorrenza, durata e limiti di età del contratto	8
 Art. 6 – Costi	9
 Art. 7 – Recesso	9
 Art. 8 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	9
 Art. 9 – Mancato pagamento del premio	10
 Art. 10 – Ripresa del pagamento del premio: riattivazione	10
 Art. 11 – Cessione, pegno e vincolo	11
 Art. 12 – Beneficiari e Referente Terzo	11
 Art. 13 – Duplicato della Polizza	12
 Art. 14 – Valuta	12
 Art. 15 – Tasse e imposte	12
 Art. 16 – Foro competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	12
 Art. 17 – Non pignorabilità e non sequestrabilità delle prestazioni assicurate	12
 Art. 18 – Informativa	12
Esclusioni e carenze della Garanzia Principale in caso di Decesso	13
 Art. 19 – Esclusioni	13
 Art. 20 – Clausola di carenza generale – polizza senza visita medica (valida se richiamata in polizza)	14
 Art. 21 – Clausola di carenza ridotta – polizza senza visita medica (valida se richiamata in polizza)	14
 Art. 22 – Clausola di carenza settennale per decesso dovuto ad infezione da HIV – polizza con visita medica (valida se richiamata in polizza)	14
Garanzia Complementare in caso di decesso da Infortunio	15
 Art. 23 – Prestazioni assicurate	15
 Art. 24 – Definizione di infortunio	15
 Art. 25 – Premio e costi	15
 Art. 26 – Mancato pagamento del premio e riattivazione	16
 Art. 27 – Rinuncia al diritto di surroga	16
 Art. 28 – Estinzione della Garanzia	16

	Art. 29 – Rinvio.....	16
	Esclusioni della Garanzia Complementare in caso di decesso da Infortunio	17
	Art. 30 – Esclusioni	17
	Garanzia Complementare in caso di Invalidità Totale e Permanente.....	18
	Art. 31 – Prestazioni assicurate.....	18
	Art. 32 – Premio e costi	18
	Art. 33 – Mancato pagamento del premio e riattivazione	18
	Art. 34 – Definizione di invalidità totale e permanente.....	19
	Art. 35 – Denuncia dell'invalidità e obblighi conseguenti.....	19
	Art. 36 – Accertamenti dell'invalidità totale permanente.....	19
	Art. 37 – Criteri di valutazione dell'Invalidità da malattia	19
	Art. 38 – Criteri di valutazione dell'Invalidità da infortunio	20
	Art. 39 – Estinzione della Garanzia	20
	Art. 40 – Rinvio.....	20
	Esclusioni della Garanzia Complementare in caso di Invalidità Totale e Permanente	21
	Art. 41 – Esclusioni	21
	Garanzia Complementare in caso di Malattia Grave	22
	Art. 42 – Prestazione assicurata.....	22
	Art. 43 – Premio e costi	22
	Art. 44 – Mancato pagamento del premio e riattivazione	22
	Art. 45 – Modifica del premio a seguito di scostamenti delle basi statistiche o deviazioni nell'andamento del portafoglio	23
	Art. 46 – Definizione di malattia grave.....	23
	Art. 47 – Denuncia dell'insorgenza della malattia grave e obblighi conseguenti	24
	Art. 48 – Estinzione della Garanzia	25
	Art. 49 – Rinvio.....	25
	Limitazioni ed esclusioni della Garanzia Complementare in caso di.....	26
	Malattia Grave	26
	Art. 50 – Limitazioni.....	26
	Art. 51 – Esclusioni	26
	Garanzia Complementare di Esonero Pagamento Premi.....	27
	Art. 52 – Prestazione assicurata.....	27
	Art. 53 – Premio e costi	27
	Art. 54 – Mancato pagamento del premio e riattivazione	27
	Art. 55 – Modifica del premio a seguito di scostamenti delle basi statistiche o deviazioni nell'andamento del portafoglio	27
	Art. 56 – Estinzione della Garanzia	28

	Art. 57 – Rinvio.....	28
	Limitazioni ed esclusioni della Garanzia Complementare di Esonero Pagamento Premi	28
	Art. 58 – Limitazioni della Garanzia e rischi esclusi	28
	Cosa fare per richiedere la liquidazione delle prestazioni	29
	Art. 59 – Pagamento della Società in caso di decesso dell'Assicurato.....	29
	Art. 60 – Pagamenti della Società in caso di decesso dell'Assicurato causato da infortunio.....	31
	Art. 61 – Pagamento della Società in caso di invalidità totale e permanente	31
	Art. 62 – Pagamento della Società in caso di malattia grave	31
	Modulo di richiesta per liquidazione sinistro.....	33
	Glossario	35
	Allegato: Condizioni di assicurazione "Pacchetto Assistenza" prestato da Europ Assistance Italia S.p.A.	

AVVERTENZA: all'interno delle Condizioni contrattuali sono presenti alcuni riquadri che si differenziano per colore e stile del bordo; gli stessi sono stati inseriti per facilitare la comprensione del testo e del funzionamento del prodotto (a norma di quanto previsto dalle Linee Guida per contratti semplici e chiari del Tavolo Tecnico dell'Associazione Nazionale Italiana Assicuratori – ANIA). Di seguito se ne riportano le logiche di utilizzo:

Questi riquadri contengono la spiegazione dei principali termini tecnici specifici del contratto.

Questi riquadri contengono i riferimenti alle norme di Legge.

Questi riquadri contengono un esempio dei calcoli previsti contrattualmente mediante formula matematica.

Inoltre le clausole contrattuali che prevedono oneri e obblighi di comportamento a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni delle garanzie, sono riportate in corrispondenza di un punto esclamativo rosso e/o in grassetto e sono da leggere con particolare attenzione.

Infine, le parole la cui definizione è riportata nel Glossario sono riportate in *corsivo*.

Condizioni contrattuali

Le presenti **Condizioni contrattuali** sono aggiornate al 19 Febbraio 2024, data dell'ultima revisione dei dati in esse inclusi.

Il presente *contratto* è disciplinato dalle CONDIZIONI CONTRATTUALI di seguito riportate e dalle NORME DI LEGGE, per quanto non espressamente disciplinato.

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

Modalità assuntive



Art. 1 – Modalità assuntive

Helvetia Futuro Protetto è un'assicurazione sulla vita, di tipo modulare, che prevede condizioni tariffarie diverse e di conseguenza premi differenziati, in base all'abitudine al fumo dell'*Assicurato* (di seguito stato tabagico).

Helvetia Futuro Protetto offre una *Garanzia Principale* consistente in una copertura temporanea per il caso di decesso dell'*Assicurato* prima della scadenza contrattuale, a capitale e a *premio annuo* costanti (ciò significa che il capitale che verrà liquidato dalla Società in caso si verifichi l'evento e il *premio annuo* previsto non cambiano nel corso della *durata contrattuale*). Il *contratto* prevede modalità assuntive differenti sulla base di quanto riportato di seguito:

	Fascia di età		
	Da 18 a 50 anni	Da 51 a 65 anni	Da 66 a 75 anni
Capitale assicurato da 50.000 fino a 150.000,00 Euro	Questionario semplificato	Questionario semplificato	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionario sanitario ▪ Questionario stile di vita ▪ Rapporto visita medica
Capitale assicurato da 150.000,01 Euro e 300.000,00 Euro		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionario sanitario ▪ Questionario sullo stile di vita 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionario sanitario ▪ Questionario stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Analisi completa urine ▪ Analisi completa sangue
Capitale assicurato da 300.000,01 Euro e 500.000,00 Euro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionario sanitario ▪ Questionario sullo stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Analisi completa urine ▪ Analisi completa sangue 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionario sanitario ▪ Questionario sullo stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Analisi completa urine ▪ Analisi completa sangue 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionario sanitario ▪ Questionario stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Analisi completa urine ▪ Analisi completa sangue ▪ Ecg a riposo ▪ PSA (solo per maschi con età superiore a 50 anni)
Capitale assicurato da 500.000,01 Euro e 750.000,00 Euro		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionario sanitario ▪ Questionario sullo stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Analisi completa urine ▪ Analisi completa sangue 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionario sanitario ▪ Questionario sullo stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Analisi completa urine ▪ Analisi completa sangue ▪ Ecg a riposo ▪ PSA (solo per maschi con età superiore a 50 anni)
Capitale assicurato da 750.000,01 Euro e 1.000.000,00 di Euro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionario sanitario ▪ Questionario sullo stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Analisi completa urine ▪ Analisi completa sangue ▪ Ecg a riposo ▪ PSA (solo per maschi con età superiore a 50 anni) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionario sanitario ▪ Questionario sullo stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Analisi completa urine ▪ Analisi completa sangue ▪ Ecg a riposo ▪ Ecg sotto sforzo ▪ PSA (solo per maschi con età superiore a 50 anni) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisi completa sangue ▪ Ecg a riposo ▪ Ecg sotto sforzo ▪ PSA (solo per maschi con età superiore a 50 anni)
Capitale assicurato oltre 1.000.000 di Euro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionario sanitario ▪ Questionario sullo stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Analisi completa urine ▪ Analisi completa sangue ▪ Ecg a riposo ▪ Ecg sotto sforzo ▪ PSA (solo per maschi con età superiore a 50 anni) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionario sanitario ▪ Questionario stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Analisi completa urine ▪ Analisi completa sangue ▪ Ecg a riposo ▪ Ecg sotto sforzo ▪ PSA (solo per maschi con età superiore a 50 anni) ▪ Eventuali ulteriori visite ed accertamenti da valutare caso per caso con la Società 	

- ! Per gli **Assicurati** con età compresa tra **51 e 65 anni** che scelgono capitali assicurati da **150.000,01** fino a **300.000,00 Euro**, in base agli esiti della compilazione dei **Questionari** (sanitario e stile di vita), la **Società** può richiedere comunque di sottoporsi a visita medica (con conseguente compilazione del Rapporto di Visita Medica) e ad eventuali accertamenti sanitari ritenuti necessari per una completa valutazione del rischio.
- ! In ogni caso, qualora dalla compilazione dei **Questionari** (semplificato o sanitario/stile di vita) si rilevino patologie di rilievo (ad eccezione delle patologie oncologiche da cui l'Assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di compilazione dei Questionari. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni) la **Società** può assumere il rischio con l'applicazione di **sovrappremi** o escludere specifici rischi, nonché rifiutare il rischio.
- ! Per determinare l'ammontare del **capitale assicurato** si considerano tutte le polizze temporanee caso morte – collettive comprese, con esclusione delle polizze del tipo PPI (Payment Protection Insurance) – che risultino:
 - in capo al medesimo **Assicurato**;
 - sottoscritte con la **Società** considerando tutti gli Intermediari della stessa;
 - in vigore e/o in corso di emissione all'atto della stipula del presente **contratto**.

Al momento della **sottoscrizione** del **contratto**, il **Contraente** può selezionare, in abbinamento alla **Garanzia Principale** in caso di decesso, una tra le **Garanzie Complementari facoltative** di seguito indicate, pagando apposito premio:

- per capitali assicurati da almeno **50.000,00 Euro** fino a **300.000,00 Euro**:
 - in caso di **Infortunio** dell'**Assicurato**;
- per capitali assicurati superiori a **300.000,00 Euro**:
 - in caso di **Invalidità Totale e Permanente** dell'**Assicurato**;
o alternativamente
 - in caso di **Malattia Grave** dell'**Assicurato**.

In abbinamento alle **Garanzie Complementari** in caso di **Invalidità Totale e Permanente** e in caso di **Malattia Grave** dell'**Assicurato** si attiva automaticamente la **Garanzia Complementare** di **Esonero Pagamento Premi** della **Garanzia Principale**.

Per maggiori dettagli in merito alle **Garanzie Complementari** si rinvia alle relative **Condizioni contrattuali** di seguito riportate (in particolare si vedano le sezioni: **Garanzia Complementare Infortunio**, **Esclusioni della Garanzia Complementare Infortunio**, **Garanzia Complementare in caso di Invalidità Totale e Permanente**, **Esclusioni della Garanzia Complementare in caso di Invalidità Totale e Permanente**, **Garanzia Complementare in caso di Malattia Grave**, **Limitazioni ed esclusioni della Garanzia Complementare in caso di Malattia Grave**, **Garanzia Complementare di Esonero Pagamento Premi**, **Limitazioni ed esclusioni della Garanzia Complementare di Esonero Pagamento Premi**).



Art. 2 – Stato tabagico

Definizione dello stato di non-fumatore dell'Assicurato ed eventuali modifiche dello stato tabagico

Ai fini del presente **contratto** si definisce non-fumatore l'**Assicurato** che non abbia mai fumato (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro) o che non fumi da almeno tre **anni** dalla **data di conclusione del contratto**.

- ! Lo stato di non-fumatore dell'**Assicurato** deve essere formalizzato mediante apposita **dichiarazione**, riportata in **Polizza**, sottoscritta dal **Contraente** e dall'**Assicurato** se persona diversa, poiché è uno degli elementi che incide sulla determinazione della tariffa comportando un premio inferiore rispetto a quello che sarebbe previsto in caso di **Assicurato** fumatore.
- ! In caso di **dichiarazione inesatta** circa lo stato di non-fumatore dell'**Assicurato** si applica quanto previsto al successivo **Art. 8 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato**.
- ! Si segnala in proposito che in caso di decesso dell'**Assicurato** nel corso della **durata contrattuale**, per la **liquidazione del capitale assicurato** la **Società** può verificare l'effettiva permanenza dello stato di non-fumatore dell'**Assicurato**, anche richiedendo la documentazione di carattere sanitario necessaria a tale verifica.
- ! Qualora nel corso della **durata contrattuale** l'**Assicurato** dichiaratosi inizialmente non-fumatore inizi o ricominci a fumare (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro), il **Contraente** è tenuto, unitamente all'**Assicurato** se persona diversa, a darne immediata comunicazione alla **Società** a mezzo lettera raccomandata A/R inviata al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano.

In tal caso la **Società** provvederà a rideterminare:

- il premio inizialmente pattuito
o alternativamente
- il **capitale assicurato**.

Il nuovo premio, o il nuovo **capitale assicurato**, verrà calcolato applicando le corrispondenti condizioni tariffarie relative ad **Assicurati Fumatori**, in base all'età dell'**Assicurato** alla decorrenza e alla **durata del contratto in essere**. In caso venga determinato un nuovo premio, questo sarà dovuto a partire dalla prima rata immediatamente successiva alla data di ricezione in **Società** della comunicazione di modifica dello stato di non-fumatore dell'**Assicurato**. In caso di riproporzionamento di capitale, quest'ultimo sarà immediatamente efficace.

Qualora nel corso della **durata contrattuale** l'**Assicurato** dichiaratosi inizialmente Fumatore abbia smesso di fumare, trascorsi almeno 3 **anni** da tale data può darne comunicazione alla **Società**, unitamente al **Contraente** se persona diversa, a mezzo lettera raccomandata A/R inviata all'indirizzo sopra riportato. In tale caso la **Società** provvederà a rideterminare il **premio annuo** e lo stesso sarà dovuto a partire dalla prima rata di premio immediatamente successiva alla data di ricezione della comunicazione di cambio di stato presso la **Società**. La **Società** stessa può verificare preventivamente l'effettivo stato di Non-Fumatore dell'**Assicurato**, anche a mezzo di accertamenti sanitari.

Garanzia Principale in caso di Decesso



Art. 3 – Prestazione assicurata, opzione Flash Benefit e Pacchetto Assistenza

Prestazione assicurata della Garanzia Principale

In base al presente *contratto*, in caso di decesso dell'*Assicurato* prima della *scadenza* contrattuale, la *Società* garantisce il pagamento ai *Beneficiari* designati di un importo pari al *capitale assicurato* indicato nella *Polizza*.

A tale proposito si segnala che il contratto prevede un *capitale assicurato* minimo almeno pari a 50.000 Euro.

Opzione di liquidazione Flash Benefit

Al momento della sottoscrizione del contratto è possibile attivare – senza costi aggiuntivi – l'**opzione di liquidazione Flash Benefit**, la quale prevede che in caso di decesso dell'*Assicurato* venga pagata una somma pari a 5.000,00 Euro, entro 5 giorni lavorativi dalla data di ricezione della specifica documentazione completa prevista al successivo Art. 59 – Pagamento della Società in caso di decesso dell'*Assicurato*.

Il pagamento sarà effettuato ad un *Beneficiario* nominativo, identificato dal Contraente in fase di sottoscrizione del contratto, selezionato tra quelli designati come *Beneficiari* della *Garanzia Principale* (o coincidente laddove selezionato un unico *Beneficiario* della *Garanzia Principale*) e se persona fisica deve essere maggiorenne.

Qualora il *Contraente* non designi in forma nominativa i *Beneficiari* della *Garanzia Principale* non sarà possibile attivare l'opzione Flash Benefit.

Si precisa inoltre che tale pagamento costituisce un anticipo della *liquidazione* del *capitale assicurato* previsto dalla *Garanzia Principale* in caso di decesso di spettanza del *Beneficiario* specificatamente individuato, che si riduce automaticamente di tale importo.

Si rimanda al successivo Art. 59 – Pagamento della Società in caso di decesso dell'*Assicurato* per maggiori informazioni in merito alle modalità di *liquidazione*.

Pacchetto Assistenza

Unitamente alla *Garanzia Principale* in caso di decesso viene automaticamente attivato, senza costi aggiuntivi, un **Pacchetto Assistenza** che prevede una serie di servizi prestati da Europ Assistance Italia S.p.A., società con la quale Helvetia Vita S.p.A. ha stipulato apposito Accordo. Per la richiesta dei suddetti servizi di assistenza sarà necessario contattare la Struttura Organizzativa di Europ Assistance ai numeri telefonici dedicati.

Per maggiori dettagli sui servizi e per reperire i numeri telefonici da contattare per ricevere le prestazioni si rimanda alle Condizioni di assicurazione del Pacchetto Assistenza, allegate alle presenti *Condizioni contrattuali*.

! Tutte le prestazioni assicurate sopra riportate possono essere richieste qualora il contratto sia in vigore ed in regola con il pagamento dei premi.

! In caso di sopravvivenza dell'*Assicurato* alla *scadenza* contrattuale, non è prevista alcuna prestazione dalla *Società* ed i premi pagati restano acquisiti dalla *Società* stessa.



Art. 4 – Premio

Il *contratto* prevede la corresponsione di un *premio annuo*, costante per tutta la *durata contrattuale* ed il cui ammontare è indicato nella *Polizza*.

L'importo del *premio annuo* viene determinato alla conclusione del *contratto*, in relazione allo stato tabagico ed all'età dell'*Assicurato*, al suo stato di salute ed alle attività professionali e/o sportive svolte, anche saltuariamente, alla *durata contrattuale*, al *capitale assicurato* ed all'eventuale abbinamento alla *Garanzia Principale* delle *Garanzie Complementari facoltative* attivabili.

Il pagamento del premio viene effettuato all'atto della conclusione del *contratto* e per tutta la *durata contrattuale* ad ogni *ricorrenza annuale* della *data di decorrenza*

Fermo restando che il premio relativo al primo *anno* è sempre dovuto per intero, in alternativa al pagamento del premio con periodicità *annuale*, il *Contraente* può scegliere una frequenza di pagamento: *semestrale*, *quadrimestrale*, *trimestrale*, *bimestrale* o *mensile*. In tal caso, il premio è gravato dagli *interessi di frazionamento* riportati nella seguente tabella:

FRAZIONAMENTO	INTERESSE DI FRAZIONAMENTO
Semestrale	1,00%
Quadrimestrale	1,25%
Trimestrale	1,50%
Bimestrale	1,75%
Mensile	2,00%

Non sono previsti importi minimi di premio.

! Resta inteso che la *Società* può applicare eventuali *sovrappremi* in ragione di una modifica delle attività lavorative e/o sportive praticate anche saltuariamente dall'*Assicurato*, intervenuta in corso di *contratto*, valutando la stessa rispetto alla *Garanzia* prestata (per maggiori informazioni si rinvia al successivo Art. 19 – Esclusioni).

Il pagamento dei premi avviene presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite:

- assegno non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario;

- bollettino postale sul conto corrente dell'Intermediario;
 - carta di debito presso l'Intermediario;
 - carta di credito se accettata dall'Intermediario, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente applicabile;
- fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente e sull'Intermediario rispettivamente per la parte di propria competenza determinata in ragione dello strumento di pagamento prescelto e dei relativi accordi con i prestatori del servizio.**

Il pagamento dei premi deve, invece, essere effettuato esclusivamente tramite bonifico direttamente a favore di Helvetia Vita S.p.A. sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT26F0306912711100000008137 e BIC BCITITMM (per i contratti distribuiti da Agenzie Helvetia Vita o da altri Intermediari) o sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT27H0200809292V00960000004 e BIC UNCRITMM (per i contratti distribuiti da Broker) **per importi di premio superiori ad Euro 50.000** (inserendo come causale il numero di polizza con cognome e nome del Contraente ed il nome del prodotto).

A richiesta del Contraente, i premi successivi a quello di perfezionamento possono essere corrisposti anche tramite SEPA Direct Debit Core, attivabile mediante compilazione di apposita modulistica fornita dalla Società, fermo restando che - nel caso sia stata scelta una periodicità di pagamento mensile o bimestrale - il SEPA Direct Debit Core sarà attivo rispettivamente a partire dalla terza o dalla quarta ricorrenza mensile della data di decorrenza successiva alla data di ricevimento della richiesta presso la Società. Si precisa inoltre che il SEPA potrà essere attivato solo qualora il premio annuo sia almeno pari a 600,00 Euro.

- ! È escluso il pagamento dei premi in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.
- ! Resta inteso che un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di premio.
- ! Nel caso in cui si verifichi il decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, non è più dovuto alcun premio da parte del Contraente. Il Contraente è inoltre esonerato dal pagamento del premio della **Garanzia Principale**, in caso di **liquidazione della prestazione assicurata** prevista rispettivamente dalla **Garanzia Complementare** in caso di Invalidità Totale e Permanente o dalla **Garanzia Complementare** in caso di Malattia Grave, laddove prestate, per effetto della **Garanzia Complementare** di Esonero Pagamento Premi.



Art. 5 – Conclusione, decorrenza, durata e limiti di età del contratto

Conclusione

Cosa si intende per conclusione?

È il momento a partire dal quale inizia ad esistere il contratto assicurativo.

Il *contratto* si intende concluso nel momento in cui vengono apposte sulla *Polizza* le firme della *Società* e del *Contraente* (nonché dell'Assicurato – se persona diversa dal *Contraente*) e quest'ultimo provvede contestualmente al pagamento della prima rata di premio.

Decorrenza

Cosa si intende per decorrenza?

È il momento a partire dal quale si attivano le coperture assicurative e le relative prestazioni.

A condizione che sia intervenuta la conclusione del *contratto*, la *prestazione assicurata* di cui all'Art. 3 – Prestazione assicurata, opzione Flash Benefit e Pacchetto Assistenza è operante dalle ore 24.00 del giorno indicato in *Polizza* quale data di decorrenza.

Durata

Per *durata* del *contratto* si intende l'arco di tempo intercorrente tra la *data di decorrenza* e quella di *scadenza*.

La *durata* di questo *contratto* può essere fissata a scelta del *Contraente* - al momento della *sottoscrizione* - **da un minimo di 1 anno ad un massimo di 30 anni**, fermi i limiti di età massima alla *scadenza* contrattuale di seguito riportati.

Limiti di età

L'età dell'Assicurato, **alla data di decorrenza del contratto**, deve essere almeno pari a **18 anni compiuti (età anagrafica) e comunque non superiore a 75 anni assicurativi**.

Per le Garanzie Complementari in caso di invalidità totale e permanente e in caso di malattia grave, l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto non potrà essere superiore a 65 anni assicurativi.

Alla scadenza contrattuale l'Assicurato non deve superare:

- **85 anni assicurativi**, qualora il *contratto* preveda la sola *Garanzia Principale* in caso di Decesso dell'Assicurato o l'abbinamento alla stessa della *Garanzia Complementare* in caso di Infortunio;
- **66 anni assicurativi**, qualora sul *contratto* sia attiva una tra le *Garanzie Complementari* in caso di Invalidità Totale e Permanente e in caso di Malattia Grave.

L'età *assicurativa* dell'Assicurato viene determinata come di seguito indicato: se dall'ultimo compleanno sono trascorsi meno di sei *mesi* o sei *mesi* esatti, l'età considerata è quella compiuta; se invece sono trascorsi più di sei *mesi*, l'età considerata è quella prossima da compiere.

Esempi di calcolo dell'età assicurativa dell'Assicurato:

Se alla data di decorrenza della Polizza l'Assicurato ha un'età compiuta pari a 35 anni e sono trascorsi 5 mesi dalla data del suo ultimo compleanno, la sua età assicurativa a tale data è pari a 35 anni (= età compiuta).

Se alla data di decorrenza della Polizza l'Assicurato ha un'età compiuta pari a 35 anni e sono trascorsi 7 mesi dalla data del suo ultimo compleanno, la sua età assicurativa a tale data è pari a 36 anni (= età prossima da compiere).



Art. 6 – Costi

Costi gravanti sul premio

Spese di emissione	25,00 Euro (trattenute solo in caso di recesso)				
Caricamento in % del premio (fisso e indipendentemente dall'età e dal sesso dell'Assicurato, dalla durata contrattuale, dall'importo e relativo frazionamento)	25,00%				
Interessi di frazionamento	Periodicità				
	Semestrale	Quadrimestrale	Trimestrale	Bimestrale	Mensile
	1,00%	1,25%	1,50%	1,75%	2,00%

Le spese per accertamenti sanitari, anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, sono a carico dell'Assicurato fino a capitali assicurati inferiori o pari a 500.000,00 Euro ed il relativo costo non è quantificabile a priori, in quanto dipende dalle tariffe applicate dalla struttura medica liberamente scelta dall'Assicurato.

Per capitali assicurati superiori ad Euro 500.000, invece, le relative spese sono a carico della Società, a condizione che gli stessi vengano svolti presso centri medici convenzionati.



Art. 7 – Recesso

Cos'è il recesso?

Mediante la richiesta di recesso il Contraente può sciogliere il contratto - ottenendo la restituzione del totale o di una parte del premio versato - a condizione che la richiesta venga effettuata entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto stesso.

Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto stesso, dandone comunicazione scritta alla Società con lettera raccomandata A/R, indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia). La Società, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto e pari ad **Euro 25,00**, con il limite del premio versato. La comunicazione di recesso deve essere corredata dai seguenti documenti:

- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato nel caso sia diverso dal Contraente, ovvero autocertificazione di esistenza in vita;
- coordinate bancarie del Contraente per le operazioni di accredito (Banca, codice IBAN del Contraente). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dal Contraente stesso;
- in caso di polizza a *pegno* o a *vincolo*, assenso scritto alla liquidazione da parte del creditore pignoratizio/vincolatario.

Il diritto di recesso libera il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.

! La Società può inoltre trattenere:

- la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto;
- le spese eventualmente sostenute per la visita medica o per gli ulteriori accertamenti sanitari, laddove richiesti.



Art. 8 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

! Le **dichiarazioni** del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete, diversamente la Società potrebbe sottovalutare il rischio che avrebbe accettato a condizioni di premio superiori o che avrebbe rifiutato.

! In caso di **dichiarazioni inesatte o incomplete**, la Società può valutare se la verità sia stata alterata o taciuta per malafede, colpa grave o negligenza, applicando le conseguenti disposizioni di Legge (Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile).

Riferimenti a norme di Legge

Articolo 1892 del Codice Civile "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave": disciplina che la Società può annullare il contratto per dichiarazioni inesatte e reticenze del Contraente relative a circostanze tali che non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, quando il Contraente stesso ha agito con dolo o con colpa grave. L'annullo del contratto può essere richiesto dalla Società entro 3 mesi dal giorno in cui la stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. In tale caso, la Società ha diritto ai premi relativi al periodo in corso al momento in cui ha richiesto l'annullamento ed in ogni caso, al premio versato per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine previsto per l'annullo del contratto, la stessa non è tenuta a pagare la somma assicurata.

Articolo 1893 del Codice Civile "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave": disciplina che la Società non può annullare il contratto per dichiarazioni inesatte e reticenze del Contraente, quando quest'ultimo ha agito senza dolo o colpa grave.

La Società può comunque recedere dal contratto nei termini previsti, indicati al precedente Articolo 1892. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società o prima che la stessa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio pagato e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Articolo 1894 del Codice Civile "Assicurazione in nome o per conto di terzi": disciplina che in tali tipologie di assicurazioni, se i terzi hanno conoscenza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, sono applicabili le disposizioni dei precedenti Articoli 1892 e 1893.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito www.gazzettaufficiale.it/anteprema/codici/codiceCivile.

- ! In ogni caso, l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica della *prestazione assicurata* in base all'età reale.
- ! Laddove nel corso della *durata contrattuale* il *Contraente* trasferisca la propria residenza in un altro Stato membro dell'Unione Europea, il *Contraente* stesso è tenuto a darne comunicazione alla Società tempestivamente e comunque entro il termine di 30 giorni dall'avvenuto trasferimento. Quanto sopra al fine di consentire alla Società di effettuare gli adempimenti relativi all'applicazione delle imposte indirette e degli oneri parafiscali gravanti sui premi eventualmente previsti in altri stati dell'Unione Europea.
- ! Resta inteso che, nel caso in cui il *Contraente* non effettui la suddetta comunicazione nei termini sopra riportati, sarà tenuto a rimborsare alla Società quanto la stessa sia stata eventualmente chiamata a pagare in conseguenza della mancata comunicazione (ad esempio rimborsi dovuti per effetto di contestazioni mosse dall'Amministrazione finanziaria dello Stato membro di nuova residenza).
- ! In ogni caso, il *Contraente* è tenuto ad avvisare tempestivamente la Società in relazione ad ogni eventuale cambio della propria residenza.
- ! Il *Contraente* è tenuto ad avvisare tempestivamente la Società, laddove nel corso della *durata contrattuale* si verificano modifiche alle circostanze che ne determinano la classificazione ai fini FATCA (cittadino statunitense o fiscalmente residente negli Stati Uniti) e/o CRS (cittadino avente ulteriore residenza fiscale in uno stato diverso da Italia e/o Stati Uniti). Analogo obbligo deve essere rispettato anche da quei soggetti che intervengono nel rapporto contrattuale con la sola qualifica di *titolari effettivi*.
In ogni caso, i soggetti di cui sopra sono tenuti ad avvisare tempestivamente la Società in relazione ad ogni eventuale cambio della propria residenza e/o residenza fiscale.
- ! Il *Contraente* dovrà inoltre dichiarare alla Società, per ogni singola operazione posta in essere sul contratto successiva al versamento della prima rata di premio, se la stessa sia effettuata per conto di *titolari effettivi* diversi da quelli indicati all'atto della sottoscrizione della Polizza e fornire tutti i dati necessari per la loro identificazione.



Art. 9 – Mancato pagamento del premio

- ! Il mancato pagamento del premio, trascorsi trenta giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la sospensione della *prestazione assicurata* di cui all'Art. 3 e dei servizi relativi al Pacchetto Assistenza prestati da Europ Assistance Italia S.p.A..
- ! Trascorsi dodici mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione (come definita al successivo Art. 10 – Ripresa del pagamento del premio: riattivazione), il contratto è risolto. In tal caso nulla è dovuto da parte della Società.

Cosa si intende per risoluzione del contratto?

È il diritto di una delle parti a far cessare il contratto in caso di mancato rispetto, da parte dell'altro soggetto, degli obblighi contrattuali a suo carico (nel caso specifico la Società scioglie il contratto a fronte del mancato pagamento del premio nei termini previsti per la riattivazione).



Art. 10 – Ripresa del pagamento del premio: riattivazione

Entro sei mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il *Contraente* può riattivare il contratto riprendendo il pagamento del premio in corrispondenza di una delle scadenze pattuite. La riattivazione è consentita a condizione che l'Assicurato sia in vita e previo pagamento di tutti i premi arretrati in unica soluzione.

Trascorsi sei mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, per altri sei mesi, la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda presentata per iscritto dal *Contraente* alla Società (inviata ad Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano), e **previa accettazione a proprio insindacabile giudizio di quest'ultima**, la quale può richiedere all'Assicurato di sottoporsi a visita medica e/o a nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del contratto, effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina la *prestazione assicurata* di cui all'Art. 3 – Prestazione assicurata, opzione Flash Benefit e Pacchetto Assistenza ed i servizi previsti dal Pacchetto Assistenza (prestato da Europ Assistance Italia S.p.A.), con effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

- ! Trascorsi dodici mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il contratto non può più essere riattivato.
- ! In assenza di riattivazione il contratto è risolto e nulla è dovuto da parte della Società.



Art. 11 – Cessione, pegno e vincolo

Cos'è la cessione?

La cessione consiste nel trasferimento dei diritti e doveri del contratto, dal Contraente ad un'altra persona che accetta di assumere, a partire da un determinato momento, il ruolo di Contraente del contratto stesso.

Cos'è il pegno?

Il Contraente può porre il prodotto a garanzia di un impegno finanziario sottoscritto con una parte terza (una banca o una finanziaria) che diventa creditore pignoratorio, ossia soggetto a favore del quale è stato istituito il pegno. A titolo di esempio, se il contratto risulta essere stato dato in pegno e si verifica il decesso dell'Assicurato, la Società privilegerà il creditore pignoratorio nel pagamento della relativa prestazione, fermi i limiti di spettanza di quest'ultimo e di capienza del contratto.

Cos'è il vincolo?

Il vincolo di una polizza è una particolare condizione contrattuale che assegna al vincolatario (soggetto in favore del quale è stato istituito il vincolo) privilegi e priorità nell'ottenimento delle prestazioni previste dal contratto rispetto ad altri Beneficiari. A titolo di esempio, se il contratto risulta soggetto a vincolo e si verifica il decesso dell'Assicurato, la Società privilegerà il vincolatario nel pagamento della relativa prestazione, fermi i limiti di spettanza di quest'ultimo e di capienza del contratto.

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o vincolare le prestazioni assicurate. Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui la Società accetti tale variazione annotandola sul contratto o emettendo apposita appendice di variazione, che diviene parte integrante del contratto.

! Nel caso di pegno o vincolo, eventuali liquidazioni necessiteranno l'assenso scritto del titolare del pegno o vincolo.



Art. 12 – Beneficiari e Referente Terzo

Ai sensi dell'Art. 1920 del Codice Civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Società. Ciò significa che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Al momento della sottoscrizione della Polizza il Contraente designa, preferibilmente in forma nominativa, i Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato e può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tale designazione.

Ai sensi dell'Art. 1921 del Codice Civile, la designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo il decesso del Contraente;
- dopo che, verificatosi il decesso dell'Assicurato, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

Nei primi due casi, le operazioni di pegno o vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari. Sono comunque salve le previsioni di cui all'Art. 1922 del Codice Civile.

La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere effettuate mediante comunicazione scritta, sottoscritta in originale dal Contraente, alla Società o mediante testamento. Tali atti avranno efficacia nei confronti della Società solo se a questa trasmessi al più tardi insieme alla documentazione utile all'avvio della procedura di liquidazione: in caso di mancata trasmissione entro tale termine, la designazione e le sue eventuali revoche o modifiche (in qualunque forma effettuata, anche testamentaria) non saranno opponibili alla Società.

Riferimenti a norme di Legge

Articolo 1920 del Codice Civile "Assicurazione a favore di un terzo": disciplina che è valida l'assicurazione sulla vita a favore di un terzo. La designazione del beneficiario può essere fatta nel contratto di assicurazione, o con successiva dichiarazione scritta comunicata alla Società, o per testamento; essa è efficace anche se il Beneficiario è determinato solo genericamente. Equivale a designazione l'attribuzione della somma assicurata fatta nel testamento a favore di una determinata persona.

Per effetto della designazione il terzo acquista un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

Articolo 1921 del Codice Civile "Revoca del beneficio": disciplina che la designazione del Beneficiario è revocabile con le forme con le quali può essere fatta a norma dell'articolo precedente. La revoca non può tuttavia farsi dagli eredi dopo la morte del Contraente, né dopo che, verificatosi l'evento, il Beneficiario ha dichiarato di voler profittare del beneficio.

Se il Contraente ha rinunciato per iscritto al potere di revoca, questa non ha effetto dopo che il Beneficiario ha dichiarato al Contraente di voler profittare del beneficio. La rinuncia del Contraente e la dichiarazione del Beneficiario devono essere comunicate per iscritto all'assicuratore.

Articolo 1922 del Codice Civile "Decadenza del beneficio": disciplina che la designazione del Beneficiario, anche se irrevocabile, non ha effetto qualora il Beneficiario attenti alla vita dell'assicurato. Se la designazione è irrevocabile ed è stata fatta a titolo di liberalità, essa può essere revocata nei casi previsti dall'Articolo 800 del Codice Civile.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito www.gazzettaufficiale.it/anteprema/codici/codiceCivile.

Nel caso di specifiche esigenze di riservatezza del Contraente, lo stesso – qualora abbia designato i Beneficiari in forma nominativa – può indicare un **Referente Terzo**. Il Referente Terzo è un soggetto (diverso dai Beneficiari) che la Società potrà contattare in caso di decesso dell'Assicurato per agevolare il pagamento delle prestazioni.



Art. 13 – Duplicato della Polizza

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione dell'esemplare della *Polizza*, l'*Assicurato*, il *Contraente* o gli aventi diritto possono ottenerne un duplicato **a proprie spese e sotto la propria responsabilità**.



Art. 14 – Valuta

Gli impegni contrattuali, premi e *prestazioni assicurate*, sono regolati in Euro.



Art. 15 – Tasse e imposte

Le eventuali tasse ed imposte relative al *contratto* sono a carico del *Contraente*, dei *Beneficiari* o degli aventi diritto.



Art. 16 – Foro competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia in materia di contratti assicurativi è tenuto inizialmente ad attivare il **procedimento di mediazione** previsto dalla *Legge 09/08/2013, n. 98* e s.m.i. presso un Organismo di Mediazione iscritto in apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia, che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia stessa.

Solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui alla sopra citata Legge, sarà possibile rivolgersi all'**Autorità Giudiziaria** competente, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o di domicilio del *Contraente* o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal *contratto*.

In ogni caso, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, è anche possibile ricorrere al **procedimento di negoziazione assistita** prevista ai sensi del *D. L. 132/2014*, convertito con modifiche dalla *L. 162/2014*, invitando l'altra parte a stipulare una convenzione di negoziazione tramite il proprio legale.

Si ricorda che in relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

Tramite il sito della *Società* (www.helvetia.it – Reclami) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione delle suddette procedure.

Riferimenti a norme di Legge

La Legge 9 agosto 2013, n. 98 contenente disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia, disciplina anche il procedimento di "mediazione civile", istituito stragiudiziale (ossia non si svolge in un'aula di tribunale) che mira alla risoluzione delle controversie in tempi brevi e con costi contenuti a fronte delle agevolazioni fiscali previste, il quale deve essere attivato obbligatoriamente in prima istanza nell'ambito di controversie su contratti bancari, assicurativi o finanziari.

La Legge 10 novembre 2014, n. 162, che ha convertito in Legge con modificazioni il Decreto Legge del 12 settembre 2014, n. 132 (c.d. "Decreto giustizia") disciplina anche il procedimento di "Negoziazione assistita", istituito stragiudiziale che mira alla risoluzione delle controversie in via amichevole, mediante invito a stipulare una convenzione in cui le parti si impegnano a risolvere bonariamente la controversia con l'assistenza dei rispettivi legali di fiducia.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito <https://www.gazzettaufficiale.it>.



Art. 17 – Non pignorabilità e non sequestrabilità delle prestazioni assicurate

Ai sensi dell'*Art. 1923 del Codice Civile*, le somme dovute dalla *Società* in relazione ai contratti di assicurazione sulla vita non sono *pignorabili né sequestrabili*. Sono salve, rispetto al premio pagato, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (*Art. 1923, comma 2 del Codice Civile*).

Riferimenti a norme di Legge

Articolo 1923 del Codice Civile "Diritti dei creditori e degli eredi": le somme dovute dalla *Società* al *Contraente* o al *Beneficiario* non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare. Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni.



Art. 18 – Informativa

La *Società* comunica al *Contraente* eventuali variazioni rilevanti rispetto alle informazioni contenute nelle *Condizioni contrattuali* che intervengano per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del *contratto*.

Inoltre, entro 60 giorni dalla chiusura di ogni *anno* solare la *Società* invia al *Contraente* il *Documento unico di Rendicontazione* della propria posizione assicurativa.

Esclusioni e carenze della Garanzia Principale in caso di Decesso



Art. 19 – Esclusioni

Cosa sono le esclusioni?

Le clausole di esclusione sono condizioni che limitano o escludono la copertura del rischio e la relativa liquidazione della prestazione in caso si verifichi l'evento assicurato.

- ! **Sempreché l'Assicurato abbia reso dichiarazioni corrette e veritiere, e abbia quindi consentito alla Società di valutare correttamente il rischio che si assume, il rischio di decesso è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo le esclusioni sotto riportate ed i periodi di carenza di cui ai successivi Artt. 20, 21 e 22.**
- ! **È escluso dalla Garanzia il decesso causato da:**
 - dolo del *Contraente* o dei *Beneficiari*;
 - partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
 - partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
 - incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
 - suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di decorrenza del contratto o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;
 - patologie derivanti da abuso d'alcool;
 - uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
 - decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.
- ! **È inoltre escluso dalla Garanzia il decesso causato da:**
 - pratica delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto alle forze armate se impiegato in missioni all'estero;
 - pratica delle seguenti attività sportive: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere.
- ! **In tutti i suddetti casi, ad eccezione del caso di decesso dell'Assicurato causato da dolo del *Contraente* e/o dei *Beneficiari*, la Società si impegna a corrispondere ai *Beneficiari* designati dal *Contraente* il solo importo della *riserva matematica* calcolato al momento del decesso al posto del *capitale assicurato*. In caso di decesso dell'Assicurato causato da dolo del *Contraente* e/o dei *Beneficiari* non è prevista la liquidazione di alcuna prestazione.**
- ! **La Società può tuttavia valutare le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente, dall'Assicurato e dichiarate prima della conclusione del contratto:**
 - includendo le medesime nella Garanzia, a fronte di un'eventuale applicazione di uno specifico *sovrappremio* aggiuntivo, risultante da specifica clausola riportata in *Polizza* o in apposita *appendice*. In tale caso è prevista la *liquidazione* del *capitale assicurato* indicato in *Polizza*, o in alternativa
 - escludendo dalla Garanzia il decesso causato dalla pratica di tali attività, risultante da specifica clausola riportata in *Polizza* o in apposita *appendice*. In tal caso è prevista la liquidazione della *riserva matematica* calcolata al momento del decesso.
- ! **Si precisa inoltre che per le polizze senza visita medica obbligatoria il decesso causato dalla pratica delle professioni e delle attività sportive sopra elencate è sempre escluso dalla presente Garanzia e prevede quindi la *liquidazione* dell'importo della *riserva matematica* calcolato al momento del decesso.**
- ! **Qualora nel corso della *durata contrattuale* l'Assicurato inizi a svolgere una delle attività lavorative/sportive ricomprese negli elenchi sopra riportati, il *Contraente* è tenuto, unitamente all'Assicurato se persona diversa, a darne immediata comunicazione alla Società a mezzo lettera raccomandata A/R inviata al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia). La Società può valutare di rideterminare il premio inizialmente pattuito, mediante l'applicazione di uno specifico *sovrappremio* aggiuntivo, o il *capitale assicurato*.**
- ! **Se l'Assicurato al momento della sottoscrizione della *Polizza* non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dal contratto, non è prevista alcuna prestazione.**

- ! La Società inoltre non fornisce alcuna copertura o altra prestazione nella misura in cui la copertura o la prestazione stessa possano esporre la Società al manifestarsi o al rischio di:
 - violazione di divieto, erogazione di sanzione o applicazione di restrizione derivante da Risoluzioni delle Nazioni Unite;
 - erogazione di sanzioni economiche o commerciali, derivanti dalla violazione di leggi o disposizioni dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera o degli Stati Uniti d'America.



Art. 20 – Clausola di carenza generale – polizza senza visita medica (valida se richiamata in polizza)

Cos'è la carenza?

È il periodo di tempo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto e l'effettiva decorrenza della garanzia. L'esistenza del periodo di carenza è giustificata dal fatto che la Società intende tutelarsi dalla possibilità di dover pagare la prestazione prevista dalla garanzia a clienti che al momento della stipula del contratto siano già in situazioni di salute precaria o siano già a conoscenza di problematiche da affrontare.

- ! Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla data di decorrenza del contratto e quest'ultimo sia in regola con il pagamento del premio, non sarà pagato il capitale assicurato di cui al precedente Art. 3 – Prestazione assicurata, Opzione Flash Benefit e Pacchetto Assistenza, ma verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.
- ! La Società non applicherà entro i primi sei mesi dalla data di decorrenza del contratto la limitazione sopra indicata e pertanto la prestazione assicurata dovuta sarà pari al capitale assicurato indicato in Polizza, qualora il decesso sia conseguenza diretta di:
 - una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
 - shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza;
 - infortunio - intendendosi per tale (fermo quanto disposto dall'Art. 19 – Esclusioni) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso - avvenuto dopo la data di decorrenza.
- ! Anche se non espressamente previsto dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il suo effettivo stato di salute (con onere a suo carico) ed eliminare il periodo di carenza sopra indicato.
- ! Inoltre qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dalla data di decorrenza del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, non sarà pagato il capitale assicurato di cui al precedente Art. 3 – Prestazione assicurata, opzione Flash Benefit e Pacchetto Assistenza, ma verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.



Art. 21 – Clausola di carenza ridotta – polizza senza visita medica (valida se richiamata in polizza)

- ! Nel caso in cui l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica, ma abbia fornito alla Società test HIV con esito negativo, il testo della clausola è analogo a quello di cui al precedente Art. 20 - Clausola di carenza generale, fatta eccezione per l'ultimo capoverso, che viene omissis e risulta pertanto non applicabile.



Art. 22 – Clausola di carenza settennale per decesso dovuto ad infezione da HIV – polizza con visita medica (valida se richiamata in polizza)

- ! Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica:
 - senza effettuare gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e di conseguenza non abbia fornito alla Società il test HIV con esito negativo,
 - o
 - abbia effettuato il suddetto accertamento, senza però consegnare alla Società il test HIV con esito negativo,qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sette anni dalla data di decorrenza del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, non sarà pagato il capitale assicurato di cui al precedente Art. 3 – Prestazione assicurata, opzione Flash Benefit e Pacchetto Assistenza, ma verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed abbia consegnato alla Società anche gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività con esito negativo, non sarà applicata alcuna carenza e pertanto in caso di decesso verrà liquidato il capitale assicurato.

Garanzia Complementare in caso di decesso da Infortunio



Art. 23 – Prestazioni assicurate

In abbinamento alla *prestazione assicurata* relativa alla *Garanzia Principale*, per capitali assicurati almeno pari a 50.000 Euro e fino a 300.000,00 Euro è possibile attivare la *Garanzia Complementare Infortunio*.

Tale Garanzia prevede il pagamento ai *Beneficiari* di un ulteriore capitale che si aggiunge a quello previsto dalla *Garanzia Principale*, determinato come segue:

- in caso di decesso dell'*Assicurato* causato da infortunio, sarà liquidato un capitale aggiuntivo di importo pari a quello previsto dalla *Garanzia Principale*;
- in caso di decesso dell'*Assicurato* causato da infortunio conseguente ad incidente stradale, sarà liquidato un capitale aggiuntivo di importo pari al doppio del capitale della *Garanzia Principale*.

Ad esempio: in presenza di un contratto con capitale assicurato della Garanzia Principale pari a 100.000,00 Euro sul quale è stata attivata la Garanzia Complementare Infortunio, se il decesso dell'*Assicurato* avviene nel corso della durata contrattuale a causa di:

- infortunio, sarà liquidata una prestazione assicurata complessiva pari a 200.000,00 Euro (= 100.000,00 Euro della Garanzia Principale + 100.000,00 Euro della Garanzia Complementare Infortunio);
- infortunio conseguente ad incidente stradale, sarà liquidata una prestazione assicurata complessiva pari a 300.000,00 Euro (= 100.000,00 Euro della Garanzia Principale + 200.000,00 Euro della Garanzia Complementare Infortunio).

! La *prestazione assicurata* può essere richiesta qualora il *contratto* sia in vigore ed in regola con il pagamento dei premi.

! In caso di sopravvivenza dell'*Assicurato* alla *scadenza contrattuale*, non è prevista alcuna prestazione della *Società* ed i premi pagati restano acquisiti dalla *Società* stessa.



Art. 24 – Definizione di infortunio

Agli effetti della *Garanzia Complementare Infortunio*, s'intende per:

- **infortunio**, un evento - *avvenuto dopo la data di decorrenza* - dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso dell'*Assicurato*;
- **infortunio conseguente ad incidente stradale**, quell'infortunio cagionato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione - esclusi quelli ferroviari - che avvenga, **dopo la data di decorrenza**, su strade d'uso pubblico o su aree a queste equiparate nonché su aree private in cui l'*Assicurato* rimane vittima, che produca all'*Assicurato* lesioni fisiche obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza diretta il suo decesso.

! La presente *Garanzia Complementare* sarà efficace anche qualora il decesso non sia immediato rispetto all'infortunio, **purché avvenga entro dodici mesi dall'infortunio stesso e la causa del decesso sia provata anatomopatologicamente**.

Sono compresi in Garanzia:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da inalazione, ingestione e assorbimento, per errore, di sostanze velenose;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento, l'assideramento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le infezioni che siano diretta conseguenza di un infortunio;
- gli infortuni conseguenti a stati di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'*Assicurato* per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa nonché quelli sofferti dallo stesso - sempreché involontariamente coinvolto - in occasione di tumulti popolari, di aggressioni o di atti violenti, anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale;
- gli infortuni che colpiscono l'*Assicurato* durante voli effettuati in qualità di passeggero su aeromobili, compresi gli elicotteri, da trasporto pubblico di imprese di linee aeree regolari anche durante i viaggi straordinari e speciali.



Art. 25 – Premio e costi

Le *prestazioni assicurate* di cui all'Art. 23 – Prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento di un premio da parte del *Contraente* alla *Società*, comprensivo delle imposte, da versarsi in via anticipata ed alle scadenze pattuite.

Il pagamento del premio viene effettuato:

- all'atto della conclusione del *contratto*, congiuntamente al pagamento del premio della *Garanzia Principale* in caso di Decesso;
- per tutta la *durata contrattuale*, con la medesima periodicità di pagamento stabilita per il premio relativo alla *Garanzia Principale*.

Il premio relativo al primo *anno* è dovuto per intero.

Nel caso in cui si verifichi il decesso dell'*Assicurato* dovuto ad infortunio prima della *scadenza* contrattuale, non è più dovuto alcun premio da parte del *Contraente*.

Per le informazioni relative al caricamento gravante sul premio, si rimanda al precedente Art. 6 – Costi - Costi gravanti sul premio, della sezione *Garanzia Principale* in caso di decesso.



Art. 26 – Mancato pagamento del premio e riattivazione

Il mancato pagamento del premio relativo alla presente *Garanzia Complementare*, **trascorsi trenta giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la sospensione delle prestazioni assicurate** di cui all'Art. 23 – Prestazioni assicurate.

Il mancato pagamento del premio relativo alla presente *Garanzia Complementare* non determina la decadenza della *Garanzia Principale* in caso di decesso, a condizione che il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto.

Entro sei mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, in corrispondenza di una delle scadenze pattuite, il *Contraente* può riattivare la presente *Garanzia* riprendendo il pagamento del premio, a condizione che l'*Assicurato* sia in vita e previo pagamento di tutti i premi arretrati in unica soluzione.

Trascorsi sei mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, per altri sei mesi, la riattivazione può avvenire solo previa accettazione espressa della *Società*, che può richiedere all'*Assicurato* nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione, effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina le *prestazioni assicurate* di cui all'Art. 23 – Prestazioni assicurate, con effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

! Trascorsi dodici mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione, la presente Garanzia si estingue. In tal caso nulla è dovuto dalla Società.



Art. 27 – Rinuncia al diritto di surroga

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

Riferimenti a norme di Legge

Articolo 1916 del Codice Civile "Diritto di surrogazione dell'assicuratore": disciplina che la *Società* che ha pagato l'indennità è surrogata, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'*Assicurato* verso i terzi responsabili.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito www.gazzettaufficiale.it/anteprema/codici/codiceCivile.



Art. 28 – Estinzione della Garanzia

La presente *Garanzia Complementare* si estingue:

- alla *scadenza* contrattuale;
- in caso di mancato pagamento del premio, trascorsi dodici *mesi* senza che vi sia stata la ripresa del pagamento del premio stesso;
- in caso di decesso dell'*Assicurato*.



Art. 29 – Rinvio

Per quanto concerne la disciplina di:

- conclusione del *contratto*;
- *recesso*;
- entrata in vigore e *durata*;
- *dichiarazioni* del *Contraente* e dell'*Assicurato*;
- *beneficiari*;
- tasse e imposte;
- foro competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie;

si rinvia al contenuto degli specifici articoli delle *Condizioni contrattuali* della *Garanzia Principale* in caso di Decesso, fermo restando che la designazione dei *Beneficiari* della *Garanzia Principale* è valida anche per la presente *Garanzia Complementare* Infortunio.

Esclusioni della Garanzia Complementare in caso di decesso da Infortunio



Art. 30 – Esclusioni

- ! La presente *Garanzia Complementare* non è operante quando l'infortunio mortale dipenda, direttamente o indirettamente, da:
- dolo del *Contraente* o dei *Beneficiari*;
 - partecipazione attiva dell'*Assicurato* a delitti dolosi;
 - atti temerari intrapresi dall'*Assicurato*;
 - partecipazione attiva dell'*Assicurato* a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
 - incidente di volo, se l'*Assicurato* viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
 - stati di ubriachezza dell'*Assicurato* nel caso questi rimanga vittima come conducente di veicoli o natanti a motore;
 - uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
 - decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'*Assicurato* si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.
- ! In tutti i suddetti casi non è prevista la liquidazione di alcuna prestazione.
- ! È inoltre escluso dalla presente *Garanzia Complementare* anche l'infortunio mortale che derivi dalla pratica delle professioni o delle attività sportive indicate all'Art. 19 - Esclusioni, salvo diversa valutazione della *Società*, da effettuarsi prima della conclusione del *contratto* ed attestata da specifica clausola riportata in *Polizza* o in apposita *appendice*.
- ! Si precisa inoltre che per le polizze senza visita medica obbligatoria l'infortunio mortale causato dalla pratica delle professioni e delle attività sportive sopra citate è sempre escluso dalla presente Garanzia e non prevede alcuna prestazione.
- ! La *Società* inoltre non fornisce alcuna copertura o altra prestazione nella misura in cui la copertura o la prestazione stessa possano esporre la *Società* al manifestarsi o al rischio di:
- violazione di divieto, erogazione di sanzione o applicazione di restrizione derivante da Risoluzioni delle Nazioni Unite;
 - erogazione di sanzioni economiche o commerciali, derivanti dalla violazione di leggi o disposizioni dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera o degli Stati Uniti d'America.

Garanzia Complementare in caso di Invalidità Totale e Permanente



Art. 31 – Prestazioni assicurate

In abbinamento alla *prestazione assicurata* relativa alla *Garanzia Principale* in caso di Decesso, per capitali assicurati superiori a 300.000,00 Euro è possibile attivare la *Garanzia Complementare* in caso di Invalidità Totale e Permanente. In caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato manifestatasi prima della *scadenza* contrattuale, la *Società* garantisce il pagamento ai *Beneficiari* designati di un importo pari al **50% del capitale assicurato previsto dalla Garanzia Principale**.

! **La liquidazione di detto importo non può in ogni caso eccedere l'ammontare di 250.000,00 Euro e costituisce una forma di anticipazione del capitale assicurato della Garanzia Principale che, per effetto dell'anticipazione, si riduce automaticamente dell'importo liquidato.**

Nel caso in cui successivamente intervenga anche il decesso dell'Assicurato prima della *scadenza* contrattuale, sarà liquidato un *capitale assicurato* della *Garanzia Principale* pari a 200.000,00 Euro (= 400.000,00 Euro – 200.000,00 Euro già anticipato per la *Garanzia Complementare* intervenuta).

Invece in presenza di un *contratto* con *capitale assicurato* iniziale della *Garanzia Principale* pari a 600.000,00 Euro, la *prestazione assicurata* della *Garanzia Complementare* sarà pari a 250.000,00 Euro, perché il 50% del *capitale assicurato* della *Garanzia Principale* supera il limite di 250.000,00 Euro previsto (infatti 600.000,00 Euro – 300.000,00 Euro = 300.000,00 Euro).

Nel caso in cui successivamente intervenga anche il decesso dell'Assicurato prima della *scadenza* contrattuale, sarà liquidato un *capitale assicurato* della *Garanzia Principale* pari a 350.000,00 Euro (= 600.000,00 Euro – 250.000,00 Euro già anticipato per la *Garanzia Complementare* intervenuta).

! **La prestazione assicurata può essere richiesta qualora il contratto sia in vigore ed in regola con il pagamento dei premi.**

! **In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale senza che si sia manifestata alcuna invalidità totale e permanente, non è prevista alcuna prestazione a carico della Società ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società stessa.**

! **In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la suddetta Garanzia Complementare decade automaticamente ed i premi pagati per la medesima restano acquisiti dalla Società.**

In caso di selezione della *Garanzia Complementare* in caso di Invalidità Totale e Permanente si attiva automaticamente la *Garanzia Complementare* di Esonero Pagamento premi della *Garanzia Principale*, la quale esonera il *Contraente* dal pagamento del premio relativo alla *Garanzia Principale* in caso di Decesso, a partire dalla data di accertamento dell'invalidità totale e permanente.

Per maggiori dettagli sulla *Garanzia Complementare* di Esonero Pagamento Premi si rinvia alle relative *Condizioni contrattuali*.



Art. 32 – Premio e costi

La *prestazione assicurata* di cui all'Art. 31 – Prestazioni assicurate è garantita previo pagamento di un premio da parte del *Contraente* alla *Società*, comprensivo delle imposte, da versarsi in via anticipata ed alle scadenze pattuite.

Il pagamento del premio viene effettuato:

- all'atto della conclusione del *contratto*, congiuntamente al pagamento del premio della *Garanzia Principale* in caso di Decesso;
- per tutta la *durata contrattuale*, con la medesima periodicità di pagamento stabilita per il premio relativo alla *Garanzia Principale*.

Il premio relativo al primo *anno* è dovuto per intero.

Nel caso in cui si attivi la *Garanzia Complementare* di Esonero Pagamento Premi anche il premio relativo alla *Garanzia Complementare* in caso di Invalidità Totale e Permanente non sarà più dovuto.

Per le informazioni relative al caricamento gravante sul premio, si rimanda al precedente Art. 6 – Costi - Costi gravanti sul premio, della sezione *Garanzia Principale* in caso di decesso.



Art. 33 – Mancato pagamento del premio e riattivazione

Il mancato pagamento del premio relativo alla presente *Garanzia Complementare*, trascorsi trenta giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la sospensione della *prestazione assicurata* di cui all'Art. 31 – Prestazioni assicurate.

Entro sei mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il *Contraente* può riattivare la *Garanzia* riprendendo il pagamento del premio in corrispondenza di una delle scadenze pattuite.

La riattivazione è ammessa previo pagamento di tutti i premi arretrati in unica soluzione ed a condizione che l'Assicurato sia in vita e che allo stesso non sia stata diagnosticata una invalidità totale e permanente.

Trascorsi sei mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, per altri sei mesi, la riattivazione può avvenire solo previa accettazione espressa della *Società*, che può richiedere all'Assicurato nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione, effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina la *prestazione assicurata* di cui all'Art. 31 – Prestazioni assicurate, con effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

! Trascorsi dodici mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione, la Garanzia si estingue. In tal caso nulla è dovuto dalla Società.

Il mancato pagamento del premio relativo alla presente *Garanzia Complementare* (unitamente a quello previsto per la Garanzia di Esonero Pagamento Premi ad essa collegata) non determina l'interruzione della *Garanzia Principale*, a condizione che il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto.



Art. 34 – Definizione di invalidità totale e permanente

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa (capacità lavorativa generica), indipendentemente da quella effettivamente svolta dall'*Assicurato*, sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66%.

L'invalidità totale e permanente deve essere stata causata, **indipendentemente dalla volontà dell'Assicurato, da una malattia organica o da un infortunio che risultino oggettivamente accertabili.**

Per la determinazione del grado di invalidità, resta inteso che la Società adotterà le percentuali riportate nella Tabella INAIL, di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche.



Art. 35 – Denuncia dell'invalidità e obblighi conseguenti

Al manifestarsi della malattia o al verificarsi dell'infortunio che, secondo parere medico, comporti una invalidità totale e permanente, il *Contraente* o l'*Assicurato* devono darne avviso scritto alla *Società* entro **quindici giorni dalla data di insorgenza della malattia o di accadimento dell'infortunio, ovvero dal momento in cui i medesimi o i propri aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.**

! L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurata di cui all'Art. 31 – Prestazioni assicurate.

La denuncia deve essere corredata da adeguata certificazione medica (copia di esami specialistici, copia integrale di tutte le cartelle cliniche relative agli eventuali ricoveri subiti, ecc.) relativa alla natura, decorso, conseguenze della malattia o dell'infortunio e allo stato di invalidità permanente derivante dalla malattia o dall'infortunio.

Per il solo caso di infortunio la denuncia deve anche contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'infortunio, nonché delle cause che lo hanno determinato.

La Società può sottoporre l'Assicurato ad eventuali ulteriori accertamenti sanitari e controlli medici, mentre quest'ultimo si impegna a fornire alla *Società* ogni possibile informazione a completamento della documentazione già acquisita, nonché ad inviare i certificati medici sul decorso della malattia o dell'infortunio per tutta la durata del periodo di cura e sino a quando la situazione non è stabilizzata.

Il Contraente e/o i Beneficiari e/o eventuali altri aventi diritto sono tenuti a dare immediata comunicazione alla Società dell'eventuale successivo decesso dell'Assicurato.



Art. 36 – Accertamenti dell'invalidità totale permanente

L'accertamento dell'invalidità totale e permanente spetta alla *Società* ed è concordato direttamente da quest'ultima - o da un perito appositamente incaricato - con il *Contraente* o con persona da questi designata.

La valutazione dell'invalidità totale e permanente viene effettuata, secondo i criteri di cui agli Artt. 37 – Criteri di valutazione dell'Invalidità da malattia e 38 – Criteri di valutazione dell'Invalidità da infortunio, non appena vi sia il consolidamento dei postumi invalidanti derivanti dalla malattia o dall'infortunio e comunque dopo che sia trascorso un periodo convenzionale massimo di sei mesi, a partire dalla data di ricevimento della denuncia. Al termine di tale periodo convenzionale la *Società* avvia la fase di accertamento dell'invalidità totale e permanente, che dovrà concludersi entro un arco temporale massimo di tre mesi.

In caso di controversia, sulla natura della malattia o dell'infortunio, sulle conseguenze degli stessi o sul grado dell'invalidità permanente, la *Società* ed il *Contraente* possono risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più arbitri da nominarsi con apposito atto.

Resta inteso che l'arbitrato si svolgerà nella località in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino all'*Assicurato*.

Fino a quando lo stato di invalidità totale permanente non sia stato accertato, il Contraente è tenuto al pagamento del premio di cui all'Art. 32 – Premio e costi, nonché al premio della Garanzia Principale in caso di Decesso.

Una volta accertato lo stato di invalidità, la *Società* si impegna a restituire al *Contraente* un importo pari ai premi pagati successivamente alla data della denuncia, al netto delle imposte.

L'accertamento dell'invalidità effettuato anche successivamente alla *scadenza* contrattuale non fa venir meno la *prestazione assicurata* di cui all'Art. 31 – Prestazioni assicurate, a condizione che l'invalidità totale e permanente sia dovuta a malattie insorte o ad infortuni occorsi entro la *scadenza* contrattuale.



Art. 37 – Criteri di valutazione dell'Invalidità da malattia

La *Società* valuta le conseguenze dirette ed esclusive dell'invalidità derivante da malattia, senza tenere in considerazione maggiori pregiudizi riconducibili a situazioni patologiche o infermità preesistenti alla *data di decorrenza del contratto* e/o a menomazioni o difetti fisici congeniti dell'*Assicurato*.

Resta inoltre inteso che, nel caso in cui l'Assicurato non intenda sottoporsi ad un adeguato trattamento terapeutico che - a giudizio della Società - possa modificare positivamente lo stato di invalidità, la valutazione

di quest'ultima viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che sarebbero residuati se l'Assicurato stesso si fosse sottoposto a detto trattamento terapeutico e, dunque, senza tenere in considerazione il maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione del trattamento medesimo.

Art. 38 – Criteri di valutazione dell'Invalidità da infortunio

La Società valuta le conseguenze dirette ed esclusive dell'invalidità derivante da infortunio, senza tenere in considerazione maggiori pregiudizi riconducibili a situazioni patologiche o infermità preesistenti alla *data di decorrenza del contratto* e/o a menomazioni o difetti fisici congeniti dell'Assicurato. Agli effetti dell'invalidità permanente sono considerate dunque le sole conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, il grado dell'invalidità permanente, ai fini della operatività della prestazione assicurata di cui all'Art. 31 – Prestazioni assicurate, viene diminuito tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive la Società procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Qualora l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, la Società procederà alla valutazione dell'invalidità con criteri aritmetici fino a raggiungere, come massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso. La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione.

Art. 39 – Estinzione della Garanzia

La presente *Garanzia Complementare* si estingue:

- alla scadenza contrattuale;
- in caso di mancato pagamento del premio, trascorsi dodici mesi senza che vi sia stata la ripresa del pagamento del premio stesso;
- in caso di decesso dell'Assicurato;
- a seguito della liquidazione della prestazione assicurata di cui all'Art. 31 – Prestazioni assicurate.

Art. 40 – Rinvio

Per quanto concerne la disciplina di:

- conclusione del contratto;
- recesso;
- entrata in vigore e durata;
- dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato;
- beneficiari;
- tasse e imposte;
- foro competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie;

si rinvia al contenuto degli specifici articoli delle *Condizioni contrattuali* della *Garanzia Principale* in caso di Decesso, fatta salva la possibilità per il Contraente di designare, limitatamente alla presente *Garanzia Complementare*, Beneficiari diversi da quelli designati per la *Garanzia Principale*.

Esclusioni della Garanzia Complementare in caso di Invalidità Totale e Permanente



Art. 41 – Esclusioni

- ! La *prestazione assicurata* di cui all'Art. 31 – Prestazioni assicurate non opera se l'invalidità totale e permanente è stata causata da:
- malattie preesistenti alla *data di decorrenza del contratto* o che siano espressione o conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente a tale data (si precisa che non saranno invece considerate, ai fini della presente esclusione, le patologie oncologiche da cui l'Assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di decorrenza del contratto. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni);
 - infortuni occorsi anteriormente alla *data di decorrenza del contratto*.
- ! Inoltre sono esclusi dalla Garanzia i casi di invalidità totale e permanente causati da:
- dolo del *Contraente* o dei *Beneficiari*;
 - dolo, atti dolosi o qualsiasi atto intenzionale dell'Assicurato che induca pregiudizi fisici;
 - partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
 - partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
 - incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
 - tentato suicidio;
 - patologie derivanti da abuso d'alcool;
 - uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
 - guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di patente scaduta da non più di sei *mesi*;
 - sindrome d'immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
 - volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
 - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).
- ! Restano anche esclusi dalla Garanzia i casi di invalidità totale e permanente causati da:
- pratica delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto alle forze armate se impiegato in missioni all'estero;
 - pratica delle seguenti attività sportive: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere;
 - malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali.
- ! In tutti i suddetti casi, ad eccezione dei casi di invalidità totale e permanente causati da dolo del *Contraente*, dei *Beneficiari* e/o dell'Assicurato, la Società si impegna a corrispondere ai *Beneficiari* designati dal *Contraente* il solo importo della *riserva matematica* calcolato al momento dell'accertamento dell'invalidità totale e permanente al posto del *capitale assicurato*. In caso di invalidità dell'Assicurato causata da dolo del *Contraente*, dei *Beneficiari* e/o dell'Assicurato non è prevista la liquidazione di alcuna prestazione.
- La Società può tuttavia valutare le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente, dall'Assicurato e dichiarate prima della conclusione del contratto:
- includendo le medesime nella Garanzia, a fronte di un'eventuale applicazione di uno specifico *sovrappremio* aggiuntivo, risultante da specifica clausola riportata in *Polizza* o in apposita *appendice*. In tale caso è prevista la *liquidazione* del *capitale assicurato* indicato in *Polizza*, o in alternativa
 - escludendo dalla Garanzia l'invalidità totale e permanente causata dalla pratica di tali attività, risultante da specifica clausola riportata in *Polizza* o in apposita *appendice*. In tal caso è prevista la *liquidazione* della *riserva matematica* calcolata al momento dell'accertamento dell'invalidità totale e permanente.
- ! La Società inoltre non fornisce alcuna copertura o altra prestazione nella misura in cui la copertura o la prestazione stessa possano esporre la Società al manifestarsi o al rischio di:
- violazione di divieto, erogazione di sanzione o applicazione di restrizione derivante da Risoluzioni delle Nazioni Unite;
 - erogazione di sanzioni economiche o commerciali, derivanti dalla violazione di leggi o disposizioni dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera o degli Stati Uniti d'America.

Garanzia Complementare in caso di Malattia Grave



Art. 42 – Prestazione assicurata

In abbinamento alla *prestazione assicurata* relativa alla *Garanzia Principale* in caso di Decesso, per capitali assicurati superiori a 300.000,00 Euro è possibile attivare la *Garanzia Complementare* in caso di Malattia Grave.

Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una malattia grave – come definita al successivo Art. 46 - prima della scadenza contrattuale, la Società garantisce il pagamento ai *Beneficiari* designati di un importo pari al 50% del capitale assicurato previsto dalla *Garanzia Principale*.

! La liquidazione di detto importo non può in ogni caso eccedere l'ammontare di 250.000,00 Euro e costituisce una forma di anticipazione del capitale assicurato della *Garanzia Principale* che, per effetto dell'anticipazione, si riduce automaticamente dell'importo liquidato.

Ad esempio: in presenza di un contratto con capitale assicurato iniziale della *Garanzia Principale* pari a 400.000,00 Euro sul quale è stata attivata la *Garanzia Complementare* in caso di Malattia Grave, in caso venga diagnosticata una malattia grave all'Assicurato nel corso della durata contrattuale, sarà liquidata una prestazione assicurata di importo pari a 200.000,00 Euro (= 50% di 400.000,00 Euro).

Nel caso in cui successivamente intervenga anche il decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, sarà liquidato un capitale assicurato della *Garanzia Principale* di importo pari a 200.000,00 Euro (= 400.000,00 Euro – 200.000,00 Euro già anticipato per la *Garanzia Complementare* intervenuta).

Invece in presenza di un contratto con capitale assicurato iniziale della *Garanzia Principale* pari a 600.000,00 Euro, la prestazione assicurata della *Garanzia Complementare* sarà pari a 250.000,00 Euro, perché il 50% del capitale assicurato della *Garanzia Principale* supera il limite di 250.000,00 Euro previsto (infatti 600.000,00 Euro – 300.000,00 Euro = 300.000,00 Euro).

Nel caso in cui successivamente intervenga anche il decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, sarà liquidato un capitale assicurato della *Garanzia Principale* di importo pari a 350.000,00 Euro (= 600.000,00 Euro – 250.000,00 Euro già anticipato per la *Garanzia Complementare* intervenuta).

! La *prestazione assicurata* può essere richiesta qualora il contratto sia in vigore ed in regola con il pagamento dei premi.

! In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale senza che sia stata diagnosticata alcuna malattia grave, non è prevista alcuna prestazione a carico della Società ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società stessa.

! In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la suddetta *Garanzia Complementare* decade automaticamente ed i premi pagati per la medesima restano acquisiti dalla Società.

In caso di selezione della *Garanzia Complementare* in caso di Malattia Grave si attiva automaticamente la *Garanzia Complementare* di Esonero Pagamento premi della *Garanzia Principale*, la quale esonera il Contraente dal pagamento del premio relativo alla *Garanzia Principale* in caso di Decesso, a partire dalla data di accertamento della malattia grave. Per maggiori dettagli sulla *Garanzia Complementare* di Esonero Pagamento Premi si rinvia alle relative *Condizioni contrattuali*.



Art. 43 – Premio e costi

La *prestazione assicurata* di cui all'Art. 42 – Prestazione assicurata è garantita previo pagamento di un premio da parte del Contraente alla Società da versarsi in via anticipata ed alle scadenze pattuite.

Il pagamento del premio viene effettuato:

- all'atto della conclusione del contratto, congiuntamente al pagamento del premio della *Garanzia Principale* in caso di Decesso;
- per tutta la *durata contrattuale*, con la medesima periodicità di pagamento stabilita per il premio relativo alla *Garanzia Principale*.

Il premio relativo al primo anno è dovuto per intero.

Nel caso in cui si attivi la *Garanzia Complementare* di Esonero Pagamento Premi anche il premio relativo alla *Garanzia Complementare* in caso di Malattia Grave non sarà più dovuto.

Per le informazioni relative al caricamento gravante sul premio, si rimanda al precedente Art. 6 – Costi - Costi gravanti sul premio, della sezione *Garanzia Principale* in caso di decesso.



Art. 44 – Mancato pagamento del premio e riattivazione

Il mancato pagamento del premio relativo alla presente *Garanzia Complementare*, trascorsi trenta giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la sospensione della *prestazione assicurata* di cui all'Art. 42 – Prestazione assicurata.

Entro sei mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, in corrispondenza di una delle scadenze pattuite, il Contraente può riattivare la *Garanzia* riprendendo il pagamento del premio. La riattivazione è ammessa previo pagamento di tutti i premi arretrati in unica soluzione ed a condizione che l'Assicurato sia in vita e che allo stesso non sia stata diagnosticata una malattia grave.

Trascorsi sei mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, per altri sei mesi, la riattivazione può avvenire **solo previa accettazione espressa della Società, che può richiedere all'Assicurato nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.**

La riattivazione, effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina la *prestazione assicurata* di cui all'Art. 42 – Prestazione assicurata, con effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

! Trascorsi dodici mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione, la Garanzia si estingue. In tal caso nulla è dovuto dalla Società.

Il mancato pagamento del premio relativo alla presente *Garanzia Complementare* (unitamente a quello previsto per la Garanzia di Esonero Pagamento Premi ad essa collegata) non determina l'interruzione della *Garanzia Principale*, a condizione che il relativo premio venga regolarmente corrisposto.



Art. 45 – Modifica del premio a seguito di scostamenti delle basi statistiche o deviazioni nell'andamento del portafoglio

! Trascorsi cinque anni dalla data di decorrenza del contratto, la Società può modificare l'importo del premio, di cui al precedente Art. 43 – Premio e costi, in ragione di scostamenti significativi nelle rilevazioni statistiche o nella diagnostica in materia di malattie gravi, quali mutate dall'esperienza, rispetto alle basi statistiche ed alla definizione di malattia grave utilizzate per la determinazione del premio stesso, od ancora in ragione di deviazioni rilevanti nell'effettivo andamento del portafoglio in essere presso la Società stessa.

In relazione a quanto sopra, la Società comunicherà al *Contraente* il nuovo importo del premio con un preavviso di almeno sei mesi rispetto all'anniversario della *data di decorrenza del contratto* a partire dal quale il nuovo premio sarà dovuto. Indicazioni in merito all'accettazione del nuovo importo di premio, di ricalcolo della prestazione o di interruzione della Garanzia Complementare dovranno essere inviate con lettera raccomandata A/R, entro 90 giorni rispetto all'anniversario della *data di decorrenza del contratto* a partire dal quale il nuovo premio sarà dovuto, al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano.

In assenza di indicazioni del Contraente nel suddetto termine, la Società procederà in via automatica all'applicazione del nuovo importo di premio.

! Qualora il Contraente voglia mantenere attiva la copertura della Garanzia Complementare ma non voglia provvedere al pagamento del nuovo importo del premio fissato dalla Società, lo stesso può comunicare tale volontà alla Società stessa che procederà al ricalcolo della prestazione assicurata della Garanzia Principale in caso di Decesso, da cui si determina il nuovo ammontare della prestazione assicurata relativa alla presente Garanzia Complementare, dandone comunicazione al Contraente stesso.

! Resta inteso che, a seguito del ricalcolo della prestazione assicurata stessa, l'importo di questa ultima si intenderà rettificato rispetto a quello indicato in Polizza e corrisponderà al nuovo importo comunicato dalla Società con effetto dall'anniversario della data di decorrenza del contratto immediatamente successivo.

! Rimane fermo l'obbligo per il Contraente di provvedere al pagamento del premio nella misura precedentemente pattuita.

! Qualora il Contraente non voglia provvedere al pagamento del nuovo importo di premio fissato dalla Società ma allo stesso tempo non voglia neanche che venga riproporzionato l'importo della prestazione assicurata della Garanzia Principale, lo stesso può comunicare alla Società la volontà di interrompere il pagamento del premio relativo alla Garanzia Complementare, che pertanto decade.

! Successivamente alla prima modifica, la Società può modificare nuovamente l'importo del premio ad intervalli non inferiori a cinque anni ed alle condizioni sopra stabilite.



Art. 46 – Definizione di malattia grave

Per malattia grave s'intende una delle seguenti patologie:

- **cancro;**
- **ictus;**
- **infarto miocardico;**

per le quali, ai fini della presente Garanzia, valgono le definizioni di seguito riportate.

Cancro: tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale. La patologia include leucemia, linfoma, mieloma multiplo e la malattia di Hodgkin. Il cancro richiede l'intervento chirurgico, la radioterapia o la chemioterapia. Anche il cancro terminale, che può essere trattato solamente mediante terapia palliativa, è incluso nella presente Garanzia.

! Diversamente, sono escluse le seguenti tipologie di cancro:

- **tutti i tumori che siano istologicamente descritti come benigni, premaligni o non invasivi;**
- **qualsiasi lesione descritta come carcinoma in situ;**
- **qualsiasi forma di cancro in presenza del virus da immunodeficienza acquisita (HIV);**
- **tutti i tumori della pelle ad eccezione del melanoma maligno;**
- **tutti i tumori prostatici classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla classificazione TNM sesta edizione del 2002 come stadio inferiore rispetto a T2N0M0 o stadio equivalente descritto da altro sistema di valutazione;**
- **policitemia rubra vera;**
- **trombocitemia essenziale;**

- melanomi che all'esame istologico presentino un livello di Clark inferiore al III o inferiore a 1.0 mm secondo Breslow;
- tumori della tiroide in stadio precoce che misurino meno di 1 cm di diametro e istologicamente descritti come T1 dalla AJCC sesta edizione della classificazione TNM, in assenza di metastasi;
- leucemia linfocitica cronica (LLC) inferiore allo stadio RAI 3;
- tumori precoci e localizzati della vescica istologicamente descritti come stadio Ta dalla AJCC sesta edizione della classificazione TNM o equivalente in assenza di metastasi;
- tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante i primi sei mesi dalla *data di decorrenza del contratto*.

! I casi di tumore sopra indicati pertanto non rientrano tra le tipologie per le quali è possibile richiedere la *prestazione assicurata*.

! Ai fini dell'operatività della presente Garanzia, è necessario che la diagnosi del cancro sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo, supportata da una valida relazione medica della patologia esistente.

Ictus: accidente cerebrovascolare insorto successivamente alla *data di decorrenza del contratto*, che produca la morte irreversibile del tessuto del cervello a causa di un'emorragia cerebrale, embolia cerebrale, trombosi cerebrale o emorragia subaracnoidea. La suddetta patologia deve contribuire ad un significativo indebolimento della funzione neurologica riscontrabile attraverso chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali e/o motorie all'esame obiettivo, eseguito da un neurologo, dopo almeno tre mesi dalla data d'insorgenza della patologia medesima. La diagnosi dovrà essere, altresì, confermata da esami strumentali quali R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) o T.A.C. (tomografia assiale computerizzata) o da un esame del liquido cerebro-spinale.

! Sono escluse dalla Garanzia le seguenti forme patologiche:

- attacco ischemico transitorio (T.I.A.);
- danni cerebrali a causa di infortunio, infezione virale o batterica, vasculite, malattia infiammatoria demielinizzante, emicrania;
- disturbi vascolari che coinvolgano gli occhi, compresa la necrosi del nervo ottico o della retina;
- disturbi ischemici del sistema vestibolare;
- ictus silente asintomatico riscontrato solo su R.M.N. o T.A.C..

! Le forme patologiche sopra indicate pertanto non rientrano tra le tipologie per le quali è possibile richiedere la *prestazione assicurata*.

Infarto miocardico: necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da insufficiente apporto di sangue alla regione interessata, non dipendente da patologie pregresse rispetto alla *data di decorrenza del contratto*.

! La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e deve attestare che trattasi di infarto miocardico acuto non riconducibile ad eventi precedenti la *data di decorrenza del contratto*:

- sintomatologia clinicamente costante di infarto miocardico acuto;
- nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia;
- tipico aumento dei "markers" biochimici cardiaci.

! Sono escluse dalla Garanzia le seguenti forme patologiche:

- scompenso cardiaco;
- collasso cardiaco;
- dolore toracico non cardiaco;
- angina e angina instabile;
- miocardite, pericardite e lesione traumatica miocardica.

! Le forme patologiche sopra indicate pertanto non rientrano tra le tipologie per le quali è possibile richiedere la *prestazione assicurata*.

! Resta inoltre inteso che laddove l'infarto si verifichi entro un periodo di 14 giorni da un qualsiasi intervento sulle arterie coronarie (ad esempio, fra gli altri, angioplastica coronarica o bypass coronarico), la patologia sarà inclusa nella presente Garanzia solo a condizione che vi sia stato lo sviluppo di nuove onde Q risultanti da elettrocardiogramma o nuove alterazioni permanenti alla motilità delle pareti cardiache riscontrabile su imaging cardiaco 30 giorni dopo la procedura coronarica.



Art. 47 – Denuncia dell'insorgenza della malattia grave e obblighi conseguenti

Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una malattia grave, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso scritto alla Società, a mezzo lettera raccomandata, allegando la documentazione necessaria alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato. Tale documentazione dovrà comprendere un certificato medico attestante la natura della malattia e l'epoca di insorgenza (data di diagnosi).

! La denuncia deve essere effettuata entro quindici giorni dall'epoca di insorgenza (data di diagnosi) della malattia grave o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla *prestazione assicurata* di cui all'Art. 42 – Prestazione assicurata.

! Resta inteso che, al fine di consentire alla Società la verifica della diagnosi della malattia grave, l'Assicurato dovrà:

- fornire alla *Società* una relazione scritta del medico che ha certificato la diagnosi della malattia grave, corredata dall'ulteriore documentazione, indicata al precedente Art. 46 – Definizione di malattia grave, in relazione alla malattia grave diagnosticata;
- sottoporsi agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari e controlli medici disposti dalla *Società* stessa, nonché produrre copia della cartella clinica completa;
- fornire alla *Società* ogni possibile informazione necessaria alla valutazione delle proprie condizioni di salute.

! Fino a quando lo stato di malattia grave non sia stato accertato dalla Società, il Contraente è tenuto al pagamento del premio di cui all'Art. 43 – Premio e costi, nonché al premio della Garanzia Principale in caso di Decesso.

Una volta accertata la diagnosi di malattia grave, la *Società* si impegna a restituire al *Contraente* un importo pari agli eventuali premi pagati successivamente alla data della denuncia.

La verifica da parte della *Società* della diagnosi della malattia grave effettuata anche successivamente alla scadenza contrattuale non fa venir meno la *prestazione assicurata* di cui all'Art. 42 – Prestazione assicurata, **a condizione che la malattia grave sia stata diagnosticata entro la scadenza contrattuale.**



Art. 48 – Estinzione della Garanzia

La presente *Garanzia Complementare* si estingue:

- alla *scadenza* contrattuale;
- in caso di mancato pagamento del premio, trascorsi dodici *mesi* senza che vi sia stata la ripresa del pagamento del premio stesso;
- in caso di decesso dell'*Assicurato*;
- a seguito della *liquidazione* della *prestazione assicurata* di cui all'Art. 42 – Prestazione assicurata.



Art. 49 – Rinvio

Per quanto concerne la disciplina di:

- conclusione del *contratto*;
- *recesso*;
- entrata in vigore e *durata*;
- *dichiarazioni* del *Contraente* e dell'*Assicurato*;
- *beneficiari*;
- tasse e imposte;
- foro competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie;

si rinvia al contenuto degli specifici articoli delle *Condizioni contrattuali* della *Garanzia Principale* in caso di Decesso, fatta salva la facoltà del *Contraente* di designare, limitatamente alla presente *Garanzia Complementare*, *Beneficiari* diversi da quelli designati per la *Garanzia Principale*.

Limitazioni ed esclusioni della Garanzia Complementare in caso di Malattia Grave



Art. 50 – Limitazioni

- ! La *prestazione assicurata* di cui all'Art. 42 – Prestazione assicurata non opera nel caso in cui il cancro insorga o venga diagnosticato durante i primi sei *mesi* dalla *data di decorrenza del contratto* o dal momento della riattivazione della presente Garanzia.
- ! In tal caso la Garanzia si estingue e la *Società* si impegna a corrispondere, al posto della *prestazione assicurata* di cui all'Art. 42 – Prestazione assicurata, un importo pari alla *riserva matematica* calcolata al momento della diagnosi di cancro.



Art. 51 – Esclusioni

- ! La *prestazione assicurata* di cui all'Art. 42 – Prestazione assicurata non opera se la malattia grave era stata già diagnosticata anteriormente alla data di decorrenza del contratto (si precisa che non saranno invece considerate, ai fini della presente esclusione, le patologie oncologiche da cui l'Assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di decorrenza del contratto. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni).
 - ! Sono altresì esclusi dalla Garanzia i casi di malattia grave che insorgono in seguito a:
 - dolo del *Contraente* o dei *Beneficiari*;
 - dolo, atti dolosi o qualsiasi atto intenzionale dell'*Assicurato* che induca pregiudizi fisici;
 - patologie derivanti da abuso d'alcool;
 - uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
 - sindrome d'immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
 - volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
 - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).
 - ! Restano comunque esclusi dalla Garanzia i casi di malattia grave causati da:
 - pratica delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto alle forze armate se impiegato in missioni all'estero;
 - pratica delle seguenti attività sportive: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere.
 - ! In tutti i suddetti casi, ad eccezione dei casi di malattia grave causata da dolo del *Contraente*, dei *Beneficiari* e/o dell'*Assicurato*, la *Società* si impegna a corrispondere ai *Beneficiari* designati dal *Contraente* il solo importo della *riserva matematica*, calcolato al momento dell'accertamento della malattia grave, al posto del *capitale assicurato*. In caso di malattia grave dell'*Assicurato* causata da dolo del *Contraente*, dei *Beneficiari* e/o dell'*Assicurato* non è prevista la liquidazione di alcuna prestazione.
- La *Società* può tuttavia valutare le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente, dall'*Assicurato* e dichiarate prima della conclusione del *contratto*:
- includendo le medesime nella Garanzia, a fronte di un'eventuale applicazione di uno specifico *sovrappremio* aggiuntivo, risultante da specifica clausola riportata in *Polizza* o in apposita *appendice*. In tale caso è prevista la *liquidazione* del *capitale assicurato* indicato in *Polizza*, o in alternativa
 - escludendo dalla Garanzia la malattia grave causata dalla pratica di tali attività, risultante da specifica clausola riportata in *Polizza* o in apposita *appendice*. In tal caso è prevista la *liquidazione* della *riserva matematica* calcolata al momento dell'accertamento della malattia grave.
- ! La *Società* inoltre non fornisce alcuna copertura o altra prestazione nella misura in cui la copertura o la prestazione stessa possano esporre la *Società* al manifestarsi o al rischio di:
 - violazione di divieto, erogazione di sanzione o applicazione di restrizione derivante da Risoluzioni delle Nazioni Unite;
 - erogazione di sanzioni economiche o commerciali, derivanti dalla violazione di leggi o disposizioni dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera o degli Stati Uniti d'America.

Garanzia Complementare di Esonero Pagamento Premi



Art. 52 – Prestazione assicurata

In caso di selezione di una tra le *Garanzie Complementari* in caso di Invalidità Totale e Permanente o in caso di Malattia Grave si attiva automaticamente la *Garanzia Complementare* di Esonero Pagamento premi della *Garanzia Principale*.

Tale Garanzia prevede che in caso di *liquidazione* della prestazione pattuita rispettivamente per le suddette *Garanzie Complementari*, la *Società* esoneri il *Contraente* dal pagamento del premio relativo alla *Garanzia Principale* in caso di Decesso, a partire dalla data di accertamento dell'invalidità totale e permanente o della malattia grave.

! Si precisa che la presente *Garanzia Complementare* non è attivabile singolarmente ma è prestata solamente in abbinamento ad una delle *Garanzie Complementari* in caso di Invalidità Totale e Permanente o in caso di Malattia Grave previste dal contratto.



Art. 53 – Premio e costi

La *prestazione assicurata* di cui all'Art. 52 – Prestazione assicurata è garantita previo pagamento di un premio da parte del *Contraente* alla *Società*, comprensivo delle imposte, da versarsi in via anticipata ed alle scadenze pattuite.

Il pagamento del premio viene effettuato all'atto della conclusione del *contratto* e per tutta la *durata contrattuale*, congiuntamente al pagamento del premio della *Garanzia Principale* in caso di Decesso e del premio della *Garanzia Complementare* abbinata.

Il premio relativo al primo *anno* è dovuto per intero.

Non è più dovuto alcun premio a seguito dell'accertamento dell'invalidità totale e permanente o della malattia grave.

Per le informazioni relative al caricamento gravante sul premio, si rimanda al precedente Art. 6 – Costi - Costi gravanti sul premio, della sezione *Garanzia Principale* in caso di decesso.



Art. 54 – Mancato pagamento del premio e riattivazione

! Il pagamento del premio della presente *Garanzia Complementare* non può essere sospeso autonomamente, bensì è conseguenza automatica dell'interruzione del pagamento dei premi dell'altra *Garanzia Complementare* abbinata al contratto.

Qualora venga ripreso il pagamento dei premi della suddetta *Garanzia Complementare*, effettuato nei termini e secondo le modalità indicate nelle rispettive *Condizioni contrattuali*, automaticamente si deve riprendere il pagamento del premio della presente Garanzia. Ciò comporta la riattivazione delle *Garanzie Complementari* originariamente previste dal *contratto* dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo complessivamente dovuto.



Art. 55 – Modifica del premio a seguito di scostamenti delle basi statistiche o deviazioni nell'andamento del

portafoglio

! Qualora il contratto preveda che venga prestata la *Garanzia Complementare* in caso di malattia grave la *Società*, trascorsi cinque anni dalla data di decorrenza del contratto, può rivedere l'importo del premio di tale Garanzia, ai sensi delle rispettive *Condizioni contrattuali*, e con esso anche il premio pattuito per la presente *Garanzia Complementare* quale previsto al precedente Art. 53 – Premio e costi.

Ciò a condizione che sussista almeno una delle seguenti condizioni:

- scostamenti significativi nelle rilevazioni statistiche o nella diagnostica in materia di malattie gravi, quali mutate dall'esperienza, rispetto alle basi statistiche ed alla definizione di malattia grave utilizzate per la determinazione del premio della relativa *Garanzia Complementare*;
- deviazioni rilevanti nell'effettivo andamento del portafoglio in essere presso la *Società* stessa.

In relazione a quanto sopra, la *Società* comunicherà al *Contraente* il nuovo importo del premio della *Garanzia Complementare* in caso di malattia grave e della presente *Garanzia Complementare*, con un preavviso di almeno sei mesi rispetto all'anniversario della *data di decorrenza* a partire dal quale il nuovo premio sarà dovuto. Si rimanda al precedente Art. 45 in merito alle modalità e tempistiche previste per una risposta alla *Società*.

! Qualora il *Contraente* voglia mantenere attiva la copertura della *Garanzia Complementare* in caso di Malattia Grave, ma non intenda provvedere al pagamento del nuovo importo di premio fissato dalla *Società* per la *Garanzia Complementare* in caso di Malattia Grave, è previsto il **ricalcolo della prestazione assicurata, ai sensi delle rispettive *Condizioni contrattuali*. In questa circostanza anche il premio della presente *Garanzia Complementare* rimane automaticamente invariato, **fermo l'obbligo per il *Contraente* di provvedere al relativo pagamento secondo le modalità stabilite al precedente Art. 53 – Premio e costi.****

! Qualora il *Contraente* non voglia provvedere al pagamento del nuovo importo di premio fissato dalla *Società* ma allo stesso tempo non voglia neanche che venga riproporzionato l'importo delle *prestazioni assicurate*, lo stesso può comunicare alla *Società* la volontà di interrompere il pagamento del premio relativo alla *Garanzia Complementare* in caso di Malattia Grave e di conseguenza anche quello relativo alla presente Garanzia. In tal modo entrambe le *Garanzie Complementari* decadono.

! Successivamente alla prima modifica, la *Società* può modificare nuovamente l'importo del premio ad intervalli non inferiori a cinque anni ed alle condizioni sopra stabilite.



Art. 56 – Estinzione della Garanzia

La presente *Garanzia Complementare* si estingue:

- alla *scadenza* contrattuale;
- in caso di mancato pagamento del premio, trascorsi dodici *mesi* senza che vi sia stata la ripresa del pagamento del premio stesso;
- in caso di decesso dell'*Assicurato*.



Art. 57 – Rinvio

Per quanto concerne la disciplina di:

- conclusione del *contratto*;
- *recesso*;
- entrata in vigore e *durata*;
- *dichiarazioni* del *Contraente* e dell'*Assicurato*;
- tasse e imposte;
- foro competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie;

si rinvia al contenuto degli specifici articoli delle *Condizioni contrattuali* della *Garanzia Principale* in caso di Decesso, precisando che, limitatamente alla presente *Garanzia Complementare*, il *Beneficiario* è il *Contraente*.

Limitazioni ed esclusioni della Garanzia Complementare di Esonero Pagamento Premi



Art. 58 – Limitazioni della Garanzia e rischi esclusi

! Alla presente *Garanzia Complementare* si applicano le limitazioni previste rispettivamente dalle *Condizioni contrattuali* della *Garanzia Complementare* in caso di Invalidità Totale e Permanente e dalle *Condizioni contrattuali* della *Garanzia Complementare* in caso di Malattia Grave.

Allo stesso modo sono esclusi dalla presente *Garanzia Complementare* i rischi espressamente esclusi rispettivamente dalle *Condizioni contrattuali* della *Garanzia Complementare* in caso di Invalidità Totale e Permanente e dalle *Condizioni contrattuali* della *Garanzia Complementare* in caso di Malattia Grave.

Cosa fare per richiedere la liquidazione delle prestazioni



Art. 59 – Pagamento della Società in caso di decesso dell'Assicurato

La richiesta di *liquidazione* dovrà essere consegnata in forma scritta all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il *contratto* o inviata direttamente alla *Società* al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo allegato alle presenti *Condizioni contrattuali*), a mezzo lettera raccomandata A/R corredata dai documenti di seguito riportati.

Si precisa che il suddetto modulo viene messo a disposizione da parte della *Società* al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela.

In particolare, i documenti da presentare **per la liquidazione del capitale assicurato in caso di decesso sono:**

- denuncia di *sinistro*, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato;
- consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto in caso di decesso (*Reg. UE 679/2016*);
- dati anagrafici fiscali degli aventi diritto e loro coordinate bancarie per le operazioni di accredito (nome, cognome, codice fiscale, Banca e coordinate bancarie - codice IBAN - di ciascun avente diritto). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale da ciascun avente diritto;
- copia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale di ciascun avente diritto;
- certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico attestante la causa del decesso o Scheda di Morte ISTAT emesso dall'ASL;
- documentazione attestante la designazione dei *Beneficiari* quale:

- **in caso di designazione effettuata facendo riferimento alla qualità di eredi legittimi o testamentari**, atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio, al Sindaco (o un suo incaricato a ricoprire il ruolo di pubblico ufficiale) o presso il Tribunale, sul quale viene indicato:
 - se il *Contraente* ha lasciato o meno testamento (solo qualora il *Contraente* stesso coincida con l'Assicurato). In caso di esistenza di testamento, deve esserne inviata copia autenticata e l'atto di notorietà deve riportarne gli estremi precisando che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
 - quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire.

Per capitali non superiori a Euro 50.000,00, determinati anche considerando la somma delle prestazioni dovute dalla *Società* a fronte di più contratti aventi il medesimo Assicurato, potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;

- **in caso di designazione effettuata con riferimento a un soggetto specificamente individuato:**
 - se è presente un testamento:
 - copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà;
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria piena responsabilità, quali sono i *Beneficiari* e che il *Beneficiario* ha effettuato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni relative al testamento o ai testamenti, che oltre ai *Beneficiari* menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e che nel testamento non sono presenti revoche o modifiche della designazione dei *Beneficiari*. Nella dichiarazione sostitutiva è necessario inoltre indicare quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
 - se non è presente un testamento:
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria piena responsabilità, che il *Beneficiario* ha effettuato ogni tentativo ed ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie, nonché l'indicazione di tutte le persone nominate come *Beneficiari*. Nella dichiarazione sostitutiva è necessario inoltre indicare quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
- qualora gli aventi diritto risultino minorenni o incapaci, Decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo al Legale Rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della *Società* da ogni responsabilità relativa al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
- in caso di polizza sottoposta a *pegno* o a *vincolo*, assenso scritto del creditore pignoratorio/vincolatario;
- relazione del medico curante redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla *Società* e, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
- copia di un articolo di giornale (se disponibili) che riporti le circostanze dell'accaduto e – appena possibile – copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti in caso di decesso conseguente ad infortunio, omicidio o suicidio.

In caso di attivazione dell'opzione Flash Benefit, i documenti da presentare per la *liquidazione* della somma anticipativa del *capitale assicurato* in caso di decesso (pari a 5.000,00 Euro) sono:

- richiesta di liquidazione della prestazione dell'opzione Flash Benefit, da inviare entro 30 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato;
- consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dal *Beneficiario* nominativo dell'opzione Flash Benefit (*Reg. UE 679/2016*);
- coordinate bancarie del suddetto *Beneficiario* per le operazioni di accredito (codice IBAN). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dal *Beneficiario* stesso;

- copia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale del suddetto *Beneficiario*;
- certificato di decesso dell'*Assicurato* (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice.
- ! **La Società potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.**
- ! **Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.**
- ! **ATTENZIONE: le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.**

Con riferimento ai documenti sopra riportati, a norma dell'*articolo 8, comma 3 del Regolamento IVASS n. 41/2018*, sarà cura della *Società* non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e **sempreché risulti ancora in corso di validità**.

Verificata la sussistenza dell'obbligo al pagamento, la *Società* esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta completa di tutta la documentazione sopra riportata (ovvero alla data di ricevimento presso l'Intermediario interessato, se anteriore).

Per quanto riguarda l'opzione di liquidazione Flash Benefit, verificata la sussistenza delle condizioni per la *liquidazione* in base alla documentazione ricevuta, la *Società* esegue il pagamento della somma prevista (pari a 5.000,00 Euro, quale anticipo della liquidazione del capitale della *Garanzia Principale*) entro 5 giorni lavorativi dalla data di ricezione in *Società* della richiesta completa di tutta la documentazione sopra riportata. La parte residua della *prestazione assicurata* della *Garanzia Principale* sarà liquidata presentando la documentazione per la *liquidazione* del *capitale assicurato* in caso di decesso sopra riportata che non sia già stata inviata per l'opzione Flash Benefit.

La somma prevista dall'opzione Flash Benefit deve essere richiesta dal suo Beneficiario entro il termine di 30 giorni dalla data di decesso dell'Assicurato, trascorsi i predetti termini non sarà più possibile richiederne la liquidazione. Se l'opzione non viene esercitata nei tempi previsti, la *Società* procederà alla *liquidazione* del *capitale assicurato* della *Garanzia Principale* ai rispettivi *Beneficiari* designati, rispettando le specifiche percentuali di spettanza stabilite dal *Contraente* per tale *Garanzia* e secondo le modalità sopra indicate.

Laddove, a seguito del pagamento della *prestazione assicurata* della *Garanzia Complementare* in caso di Invalidità Totale e Permanente o in caso di Malattia Grave, il *capitale assicurato* della *Garanzia Principale* di spettanza del *Beneficiario* in caso di decesso/dell'opzione Flash Benefit risultasse inferiore a 5.000,00 Euro, la somma liquidabile per l'opzione Flash Benefit sarà pari all'importo del suddetto *capitale assicurato*.

Decorsi i termini sopra riportati sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto. Gli interessi sono calcolati, nella misura degli interessi legali in vigore, a partire dal giorno in cui la *Società* o l'Intermediario è entrata/o in possesso della documentazione completa.

- ! Si ricorda che il *Codice Civile (Art. 2952)* dispone che i **diritti derivanti dal contratto di assicurazione si estinguono dopo dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (prescrizione)**. Qualora i *Beneficiari* non richiedano gli importi dovuti entro il suddetto termine di *prescrizione*, questi ultimi sono devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, come previsto in materia di rapporti dormienti dalla *Legge n. 266/2005* e successive modifiche ed integrazioni.

Cos'è la prescrizione?

È l'estinzione di un diritto nel caso in cui il relativo titolare non lo eserciti nei tempi stabiliti dalla Legge.

Riferimenti a norme di Legge

Il Regolamento UE 679/2016: contiene le norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito: <https://www.garanteprivacy.it/il-testo-del-regolamento>.

Articolo 8, comma 3 del Regolamento IVASS n. 41/2018: "Le imprese, al fine di ridurre gli oneri a carico dei contraenti, adottano modalità di gestione della documentazione idonee a evitare che venga richiesta, in fase di assunzione di nuovi contratti o gestione dei sinistri, documentazione non necessaria o di cui già dispongano, avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti con il medesimo contraente, e che risulti ancora in corso di validità".

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito:

https://www.ivass.it/normativa/nazionale/secondaria-ivass/regolamenti/2018/n41/Regolamento_IVASS_41_2018.pdf

Articolo 2952 del Codice Civile "Prescrizione in materia assicurativa": disciplina i diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito www.gazzettaufficiale.it/anteprema/codici/codiceCivile.

La Legge 23 dicembre 2005, n. 266 ("Legge finanziaria 2006") all'Art.1, comma 345, disciplina che il Fondo per le vittime delle frodi bancarie, di cui al comma 343 della medesima Legge, è alimentato dall'importo dei conti correnti e dei rapporti bancari definiti come dormienti all'interno del sistema bancario nonché del comparto assicurativo e finanziario. I rapporti dormienti del comparto assicurativo sono polizze le cui prestazioni non sono state rimosse dai Beneficiari e che giacciono presso le imprese in attesa che ne venga richiesta la liquidazione dagli aventi diritto o, in caso contrario, della prescrizione.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito <https://www.gazzettaufficiale.it>.



Art. 60 – Pagamenti della Società in caso di decesso dell'Assicurato causato da infortunio

La richiesta di *liquidazione* dovrà essere consegnata in forma scritta all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il *contratto* o inviata direttamente alla *Società* al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo allegato alle presenti *Condizioni contrattuali*), a mezzo lettera raccomandata A/R corredata dai documenti di seguito riportati.

Si precisa che il suddetto modulo viene messo a disposizione da parte della *Società* al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela.

In particolare, devono essere consegnati sia i documenti previsti in riferimento alla *liquidazione* della prestazione della *Garanzia Principale*, indicati all'Art. 59 – Pagamento della *Società* in caso di decesso dell'Assicurato, sia quelli di seguito indicati:

- luogo, giorno e ora dell'infortunio, nonché cause, circostanze ed eventuali testimoni dell'infortunio stesso al fine di comprovare che il decesso è conseguente a quell'infortunio;
- certificazione medica (copia di esami specialistici, copia integrale di tutte le cartelle cliniche relative agli eventuali ricoveri subiti, ecc.) relativa alla natura, decorso, conseguenze dell'infortunio che attesti che il decesso sia conseguenza diretta all'infortunio stesso.

! Qualora l'esame della suddetta documentazione dovesse evidenziare situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto, **la Società può richiedere tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie che sarà individuata e comunicata caso per caso dalla stessa.**

! **Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.**

! **Gli aventi diritto dovranno consentire alla Società lo svolgimento delle indagini ed autorizzare i medici, intervenuti dopo l'infortunio, a dare le informazioni che fossero richieste.**

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento della presente *Garanzia Complementare*, la *Società* provvede alla *liquidazione* dell'importo dovuto entro un termine di trenta giorni dalla data di ricevimento della richiesta completa di tutta la documentazione sopra indicata (ovvero dalla data di ricevimento presso l'Intermediario interessato, se anteriore). Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto. Gli interessi sono calcolati, nella misura degli interessi legali in vigore, a partire dal giorno in cui la *Società* o l'Intermediario è entrata/o in possesso della documentazione completa.



Art. 61 – Pagamento della Società in caso di invalidità totale e permanente

La richiesta di *liquidazione* dovrà essere consegnata in forma scritta all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il *contratto* o inviata direttamente alla *Società* al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo di seguito allegato), a mezzo lettera raccomandata A/R corredata dai documenti di seguito riportati.

Si precisa che il suddetto modulo viene messo a disposizione da parte della *Società* al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela.

In particolare, i documenti da presentare sono:

- copia leggibile del codice fiscale e di un valido documento di identità di ciascun avente diritto;
- consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto (*Reg. UE 679/2016*);
- dati anagrafico fiscali degli aventi diritto e loro coordinate bancarie per le operazioni di accredito (nome, cognome, codice fiscale, Banca e coordinate bancarie – codice IBAN – di ciascun avente diritto). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale da ciascun avente diritto;
- documentazione medica ai fini dell'accertamento dell'invalidità totale e permanente, quale prevista dal precedente Art. 35;
- qualora gli aventi diritto risultino minorenni o incapaci, decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo al legale rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della *Società* da ogni responsabilità relativa al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
- in caso di polizza a *pegno* o a *vincolo*, assenso scritto del creditore pignoratorio/vincolatario.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento la *Società* provvede alla *liquidazione* dell'importo dovuto entro un termine di trenta giorni dalla data di accertamento dell'invalidità totale e permanente a condizione che la *Società* (o l'Intermediario interessato) abbia ricevuto la richiesta completa di tutta la documentazione sopra indicata.

Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto. Gli interessi sono calcolati, nella misura degli interessi legali in vigore, a partire dal giorno in cui la *Società* ha concordato l'accertamento dell'invalidità totale e permanente, a condizione che la *Società* (o l'Intermediario interessato) abbia ricevuto la richiesta completa di tutta la documentazione sopra indicata.



Art. 62 – Pagamento della Società in caso di malattia grave

La richiesta di *liquidazione* dovrà essere consegnata in forma scritta all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il *contratto* o inviata direttamente alla *Società* al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo di seguito allegato), a mezzo lettera raccomandata A/R corredata dai documenti di seguito riportati.

Si precisa che il suddetto modulo viene messo a disposizione da parte della *Società* al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela.

In particolare, i documenti da presentare sono:

- copia leggibile del codice fiscale e di un valido documento di identità di ciascun avente diritto;
- consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto (*Reg. UE 679/2016*);
- dati anagrafici fiscali degli aventi diritto e loro coordinate bancarie per le operazioni di accredito (nome, cognome, codice fiscale, Banca e coordinate bancarie – codice IBAN – di ciascun avente diritto). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale da ciascun avente diritto;
- documentazione attestante la diagnosi della malattia grave, quale prevista dall'Art. 47;
- qualora gli aventi diritto risultino minorenni o incapaci, decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo al legale rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della *Società* da ogni responsabilità relativa al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
- in caso di polizza a *pegno* o a *vincolo*, assenso scritto del creditore pignoratorio/vincolatario.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento la *Società* provvede alla *liquidazione* dell'importo dovuto entro un termine di trenta giorni dalla data di accertamento della malattia grave a condizione che la *Società* (o l'Intermediario interessato) abbia ricevuto la richiesta completa di tutta la documentazione sopra indicata.

Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto. Gli interessi sono calcolati, nella misura degli interessi legali in vigore, a partire dal giorno in cui la *Società* ha concordato l'accertamento della malattia grave, a condizione che la *Società* (o l'Intermediario interessato) abbia ricevuto la richiesta completa di tutta la documentazione sopra indicata.

Modulo di richiesta per liquidazione sinistro

Il presente modulo viene messo a disposizione al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela

Spedire a: Helvetia Vita S.p.A.
Gestione Operativa – Canali Tradizionali
Via G.B. Cassinis 21 - 20139 Milano (MI)

Polizza n.: _____ **Helvetia Futuro Protetto**

Intermediario: _____ **Codice:** _____

Contraente: _____

Modalità di pagamento

Bonifico sul conto corrente n° _____ intestato a: _____

presso: _____ IBAN: _____

BIC: _____

assegno di traenza intestato agli aventi diritto

altro (specificare) _____

A. Con la presente si chiede il pagamento della prestazione assicurata relativa alla polizza in oggetto per:
barrare la casella prescelta

DECESSO DELL'ASSICURATO

DECESSO CAUSATO DA INFORTUNIO

DECESSO CAUSATO DA INFORTUNIO CONSEGUENTEMENTE AD INCIDENTE STRADALE

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

MALATTIA GRAVE

Si allegano i documenti (necessari quelli per i quali, in base al tipo di prestazione richiesta, è riportata nel prospetto la voce "SI", che deve essere barrata per ogni documento che viene allegato) di cui agli Artt. 59, 60, 61 e 62 delle Condizioni contrattuali	Decesso*	Decesso da infortunio*	ITP*	Malattia Grave*
Dati anagrafico fiscali degli aventi diritto (nome, cognome e codice fiscale di ciascun avente diritto)	SI	SI	SI	SI
Certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice	SI	SI		
Certificato Ente che certifica grado dell'invalidità/Certificato medico attestante la natura della malattia e la data di diagnosi			SI	SI
Certificato medico attestante la causa del decesso o Scheda di Morte ISTAT emessa dall'ASL	SI	SI		
Copia leggibile del codice fiscale e di un valido documento di identità degli aventi diritto e consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto	SI	SI	SI	SI
In caso di aventi diritto minorenni o incapaci, copia autenticata del Decreto del Giudice Tutelare contenente l'autorizzazione in capo al legale rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Società da ogni responsabilità relativa al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa	SI	SI	SI	SI
Denuncia, tramite lettera raccomandata, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato o, con riferimento alle coperture complementari ITP e malattia grave, entro 15 giorni dall'epoca di insorgenza della malattia o di accadimento dell'infortunio o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità	SI	SI	SI	SI
Atto di notorietà (ovvero dichiarazione sostitutiva a norma di quanto previsto dalle Condizioni contrattuali) per l'individuazione degli aventi diritto (da cui risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento) o testamento dell'Assicurato	SI	SI		
Relazione del medico curante dell'Assicurato circa le cause del decesso ed eventuali precedenti patologici	SI	SI		
Copia integrale cartella clinica relativa ad eventuali ricoveri dell'Assicurato presso Ospedali e/o Case di Cura	SI	SI		
Copia integrale degli atti della Polizia Giudiziaria intervenuta se il decesso è connesso a causa violenta	SI	SI		
Certificazione medica (copia di esami specialistici, copia integrale di tutte le cartelle cliniche relative agli eventuali ricoveri subiti, ecc.) relativa alla natura, decorso, conseguenze dell'infortunio ai fini dell'accertamento del decesso dovuto all'infortunio stesso		SI		
Luogo, giorno e ora dell'infortunio, nonché cause, circostanze ed eventuali testimoni dell'infortunio stesso al fine di comprovare che il decesso è conseguente a quell'infortunio		SI		
In caso di polizza sottoposta a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario	SI	SI	SI	SI

* Con riferimento ai documenti sopra riportati sarà cura della Società non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e sempreché risulti ancora in corso di validità.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

La Società potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

ATTENZIONE: le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

Luogo e data

Firme degli aventi diritto

Firma dell'Intermediario
(per autenticità delle firme degli aventi diritto)

Firme degli aventi diritto

B. Con la presente si chiede il pagamento relativo all'opzione FLASH BENEFIT

Si allegano i documenti necessari, di cui all' Art. 59 delle Condizioni contrattuali	Decesso (Flash Benefit)*
Certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice	SI
Copia leggibile del codice fiscale e di un valido documento di identità del Beneficiario designato	SI
Denuncia, tramite lettera raccomandata, da inviare a seguito del verificarsi del decesso dell'Assicurato	SI

* Con riferimento ai documenti sopra riportati sarà cura della Società non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e sempreché risulti ancora in corso di validità.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sul Beneficiario.

La Società potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

ATTENZIONE: le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

Luogo e data

Firme del Beneficiario

Firma dell'Intermediario
(per autenticità della firma del Beneficiario)

PRIVACY

Per una lettura del testo dell'informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 si rimanda al testo riportato all'interno della Polizza.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 6 E 9 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, ed in particolare "i dati relativi alla salute":

dà nega

il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità di cui all'informativa, compresa la loro comunicazione.

Data _____

Firma di ogni Interessato

Avvertenza: negando o comunque non prestando il proprio consenso al trattamento dei dati non si consentirà l'esecuzione della richiesta.

Glossario

Anno/i (annuo): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile). In relazione agli anni riferiti al contratto di assicurazione (anno assicurativo) è il periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile) a partire dalla data di decorrenza del contratto stesso.

Annuale (durata): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile).

Appendice: documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.

Assicurato/i: persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario.

Beneficiario/i: persona fisica o giuridica, designata nel contratto o con successiva dichiarazione scritta comunicata alla Società o per testamento (art. 1920 p.p.cc), che può coincidere o no con il contraente stesso e con l'assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Bimestre (bimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

Capitale assicurato: somma che sarà liquidata al/i Beneficiario/i in caso si verifichi l'evento assicurato previsto dalle singole Garanzie prestate nel corso della durata contrattuale.

Carenza: è il periodo durante il quale non sono efficaci le coperture assicurative. Il periodo di carenza decorre dal momento di decorrenza delle coperture assicurative stesse.

Cessione, Pegno e Vincolo: condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

Condizioni contrattuali (o di assicurazione): insieme delle norme e delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi: insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

Conto corrente (del Contraente): è il conto corrente di cui è titolare o contitolare il Contraente.

Contraente: persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

Contratto (di assicurazione): è il documento emesso dalla Società concernente le garanzie assicurative prestate e volto a disciplinare il rapporto giuridico tra le Parti.

Costi (o spese): oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati.

CRS (Common Reporting Standard o Scambio Automatico di Informazioni): è il quadro di riferimento sviluppato dall'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e Sviluppo Economico) che individua una normativa basata su accordi multilaterali tra i Paesi partecipanti (Europei ed Extraeuropei), che ha lo scopo di combattere l'evasione fiscale internazionale attraverso lo scambio multilaterale di informazioni. In virtù di tale normativa, gli intermediari finanziari (banche, assicurazioni vita, ecc.) dei Paesi aderenti sono tenuti ad identificare i soggetti (contraenti, beneficiari, titolari effettivi) aventi una o più residenze fiscali diverse da quella italiana e/o statunitense.

Data di conclusione del contratto: è la data di perfezionamento del contratto assicurativo.

Data di decorrenza (del contratto): è la data a partire dalla quale sono efficaci le coperture assicurative previste e le relative prestazioni.

Dichiarazioni (precontrattuali): informazioni fornite dal Contraente 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 fornisce dati o notizie inesatti od omette 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 sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

DIP Vita: documento informativo pre-contrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi. Fornisce le principali informazioni, diverse da quelle pubblicitarie, per consentire al Contraente di valutare il prodotto e di compararlo con gli altri prodotti aventi caratteristiche analoghe.

DIP Aggiuntivo Vita: documento informativo pre-contrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi. Fornisce le informazioni integrative e complementari rispetto a quelle contenute nel DIP Vita, diverse da quelle pubblicitarie, necessarie affinché il Contraente possa acquisire piena coscienza del prodotto.

Documento Unico di Rendicontazione: riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione.

Durata contrattuale: è il periodo durante il quale le coperture assicurative hanno efficacia.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Età assicurativa: è l'età (dell'Assicurato) ad una data epoca calcolata maggiorando di un anno l'età compiuta in anni interi se la frazione di anno trascorsa dall'ultimo compleanno all'epoca di computo è almeno pari ai sei mesi. In caso contrario è pari all'età esatta all'epoca di computo stessa.

FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act): normativa statunitense finalizzata a contrastare l'evasione fiscale da parte dei contribuenti americani detentori di investimenti all'estero. I Governi di Italia e Stati Uniti hanno sottoscritto un accordo bilaterale per l'applicazione della normativa FATCA in data 10.01.2014. In virtù di tale accordo, a partire dal 01.07.2014, gli intermediari finanziari stranieri (banche, assicurazioni vita, ecc.) saranno tenuti ad identificare e segnalare alla propria autorità fiscale i Clienti aventi residenza fiscale statunitense. Lo scambio di informazioni potrà avvenire automaticamente tra le rispettive autorità fiscali e riguarderà gli investimenti detenuti in Italia da cittadini e residenti americani e quelli detenuti negli Stati Uniti da soggetti residenti in Italia.

Garanzia/e Complementare/i: sono le garanzie che possono essere abbinate, facoltativamente, alla Garanzia Principale, per il presente contratto sono: Infortunio, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave e Esonero Pagamento Premi della Garanzia Principale.

Garanzia Principale: garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato; ad essa possono essere abbinate altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari.

Interessi di frazionamento: in caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire l'adeguata protezione degli assicurati perseguendo la sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione e riassicurazione e la loro trasparenza e correttezza nei confronti della clientela.

Limiti territoriali: spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

Liquidazione: pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Mese (mensile): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

Non pignorabilità e non sequestrabilità: principio secondo cui le somme dovute dalla Società al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Pegno: vedi: "Cessione, Pegno e Vincolo".

Persone Politicamente Esposte: ai sensi dell'art.1 del D. Lgs. n. 90/2017 e s.m.i. e delle disposizioni regolamentari, emanate dall'Autorità di Vigilanza di settore, sono le persone fisiche residenti sul territorio nazionale, in altri stati comunitari o extra comunitari, che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari diretti e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

- 1) per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono:
 - a) Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - b) deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - c) membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
 - d) giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - e) membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
 - f) ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
 - g) componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
 - h) direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
 - i) direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
- 2) per familiari diretti si intendono il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili, i genitori;
- 3) ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al punto 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al punto 1; qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al punto 1;
- 4) senza pregiudizio dell'applicazione, in funzione del rischio, di obblighi rafforzati di adeguata verifica della clientela, quando una persona ha cessato di occupare importanti cariche pubbliche da un periodo di almeno un anno, i soggetti destinatari del decreto non sono tenuti a considerare tale persona come politicamente esposta.

Polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio: il premio rappresenta il prezzo che il Contraente paga per acquistare la prestazione offerta dall'assicuratore. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della prestazione. I premi possono essere: unici, periodici (o anche detti annui), unici ricorrenti. I premi unici ricorrenti e periodici possono essere rateizzati (o frazionati). Per il presente prodotto i premi sono annui, ossia il Contraente si impegna a corrisponderli per tutta la durata di pagamento dei premi prevista dal contratto.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.

Prestazione/i assicurata/e: somma/e pagabile/i sotto forma di capitale che la Società garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi: prodotti emessi da imprese di assicurazione nell'esercizio delle attività rientranti nei rami vita definiti dall'articolo 2, comma 1, del D. Lgs. 7/09/2005, n. 209, recante il Codice delle Assicurazioni Private, qualora le prestazioni siano dovute soltanto in caso di decesso o per incapacità dovuta a lesione, malattia o infermità.

Quadrimestre (quadrimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

Quinquennio (quinquennale): periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo).

Questionari (semplificato, sanitario e stile di vita): moduli costituiti da domande sullo stato di salute e/o sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Recesso (o ripensamento): diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Reclamo: per reclamo si intende una dichiarazione di insoddisfazione, in forma scritta, nei confronti di un'impresa di assicurazione, di un intermediario assicurativo iscritto al registro Unico degli Intermediari (RUI) o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso al RUI e relativa ad un contratto o ad un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Ricorrenza annuale: l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Rischio demografico: rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita; infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Società di erogare la prestazione assicurata.

Riserva matematica: importo che deve essere accantonato dalla Società per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle Compagnie particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Semestre (semestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

SEPA Direct Debit Core: disposizione automatica di addebito in Euro dei premi sul conto corrente del Contraente, attivata dalla Società (creditore) in virtù di un mandato sottoscritto dal Contraente stesso (debitore).

Set Informativo: insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale Contraente, prima della sottoscrizione del contratto e pubblicata nel sito internet della Società. Il Set Informativo è composto dal Dip Vita, dal DIP Aggiuntivo Vita, dalle Condizioni contrattuali comprensive di Glossario e dalla Polizza in fac-simile.

Settimana (settimanale): periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.

Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Società: compagnia autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione. Per questo contratto la Società è Helvetia Vita S.p.A.

Sovrappremio: maggiorazione di premio richiesta dalla Società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario), nel caso in cui l'Assicurato adotti abitudini/pratiche che possano incidere significativamente sul rischio (sovrappremio stile di vita), oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

Titolare effettivo: ai sensi dell'Art. 20 del D. Lgs. n. 90/2017 e s.m.i. e delle disposizioni regolamentari emanate dall'Autorità di Vigilanza di settore, si intende:

- 1) in caso di società:
 - a) la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedano o controllino un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica (tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale sia superiore al 25% di partecipazione al capitale sociale). Qualora l'applicazione dei criteri suddetti non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione dell'entità giuridica;
- 2) in caso di entità giuridiche quali le fondazioni e di istituti giuridici quali i trust e le società fiduciarie, che amministrano e distribuiscono fondi, sono cumulativamente individuati come titolari effettivi:
 - a) i fondatori, ove in vita;
 - b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
 - c) se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;
 - d) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.

Trimestre (trimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

Valuta (di denominazione): valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

Vincolo: vedi "Cessione, Pegno e Vincolo".

“Helvetia Vita S.p.A.”

Condizioni di Assicurazione relative alla Polizza stipulata tra

Europ Assistance Italia S.p.A. con sede in Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI) – Impresa autorizzata all’esercizio delle assicurazioni, con decreto del Ministero dell’Industria del Commercio e dell’Artigianato n. 19569 del 2 giugno 1993 (Gazzetta Ufficiale del 1° luglio 1993 n. 152) – Iscritta alla sezione I dell’Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108 – Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all’Albo dei Gruppi assicurativi – Società soggetta alla direzione e al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A.
(di seguito per brevità – Europ Assistance)

e

Helvetia Vita S.p.A. con sede legale in Milano, via G.B. Cassinis, n. 21, società autorizzata all’esercizio dell’attività assicurativa con Provv. Isvap n. 1979 del 4/12/2001 – pubblicato su G.U. del 12/12/2001 n. 288, sottoposta alla vigilanza dell’Ivass, iscritta all’Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00142 ed all’Albo dei Gruppi Assicurativi n. 031, nel Registro delle Imprese di Milano R.E.A. n. 1882793, Partita IVA 03215010962, capitale sociale € 47.594.000,00 i.v., società con socio unico soggetta a direzione e coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d’Assicurazioni SA – Rappresentanza Generale e Direzione per l’Italia

(di seguito per brevità – Contraente)

nell’interesse dei clienti della Contraente e a favore dei Beneficiari della Garanzia Principale in caso di decesso dei prodotti Helvetia LoroDomani e/o Helvetia Futuro Protetto

PARTE II – Condizioni di Assicurazione Mod. 20028

INDICE

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE PER L'AVENTE DIRITTO.....	2
COME RICHIEDERE ASSISTENZA	7
RECLAMI	7
COSA SONO I DATI PERSONALI E COME VENGONO UTILIZZATI DA EUROP ASSISTANCE ITALIA S.P.A.....	1
ALLEGATO A – GLOSSARIO	1

PARTE II – Condizioni di Assicurazione Mod. 20028

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE PER L'AVENTE DIRITTO

La presente Assicurazione viene prestata da Europ Assistance in virtù di una polizza collettiva a favore di terzo stipulata tra Europ Assistance stessa e la Compagnia Helvetia Vita S.p.A. L'assicurazione viene inclusa, senza costi aggiuntivi, nella polizza vita di Helvetia Vita S.p.A. denominata Helvetia LoroDomani e/o Helvetia Futuro Protetto (la "Polizza Vita").

Art. 1. - ALTRE ASSICURAZIONI

Per lo stesso Rischio puoi essere assicurato con diverse compagnie di assicurazione.

Se si verifica un Sinistro, devono essere informate tutte le compagnie di assicurazione con cui è presente un'assicurazione per lo stesso Rischio e, tra queste, Europ Assistance, dell'esistenza delle altre compagnie di assicurazione che coprono lo stesso Rischio. In questo caso si applica l'art. 1910 del Codice Civile.

L'art. 1910 del Codice Civile italiano vuole evitare il caso in cui vi siano più assicurazioni per lo stesso Rischio con diverse compagnie, e si riceva complessivamente una somma superiore al danno che subito. Per questo motivo o, in caso di sinistro, si deve informare ogni compagnia di tutte le assicurazioni sottoscritte con le altre, per lo stesso Rischio.

Art. 2. - LEGGE REGOLATRICE E GIURISDIZIONE

Le Condizioni di Assicurazione sono regolate dalla legge italiana.

Per tutto quello che non è previsto dalle Condizioni di Assicurazione e per tutte le regole di giurisdizione e/o competenza del giudice, si applica la legge italiana.

Art. 3. - TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ogni tuo diritto nei confronti di Europ Assistance si prescrive entro il termine di due anni dal giorno del Sinistro. Nell'assicurazione della responsabilità civile i due anni iniziano dal giorno in cui la persona danneggiata ti ha fatto causa per ottenere il risarcimento o te lo ha chiesto senza farti causa. In questo caso si applica l'art. 2952 del Codice Civile.

In caso di apertura del sinistro vige l'obbligo di interrompere i termini prescrizionali in forma scritta.

Es: denuncia un Sinistro oltre il termine massimo di due anni stabiliti dal Codice Civile, non si avrà diritto all'Indennizzo.

Art. 4. - VALUTA DI PAGAMENTO

In Italia ricevi l'Indennizzo in Euro. Se chiedi l'Indennizzo di spese avute in paesi che non fanno parte dell'Unione Europea o appartenenti all'Unione Europea, ma che non hanno l'Euro come moneta, Europ Assistance calcola il rimborso convertendo in Euro l'importo delle spese che hai avuto. Europ Assistance calcola l'indennizzo in base al valore dell'Euro in rapporto alla moneta del paese in cui hai sostenuto le spese nel giorno di emissione della fattura.

Art. 5. - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Europ Assistance quando ti fornisce le Garanzie potrebbe venire a conoscenza e utilizzare i dati personali di altre persone. Devi far conoscere a queste persone l'Informativa sul trattamento dei dati e farti dare il loro consenso scritto al trattamento dei loro dati per finalità assicurative. Il trattamento potrebbe anche riguardare informazioni relative al loro stato di salute o a reati da loro commessi/condanne penali. Puoi usare la seguente formula di consenso: "Ho letto l'Informativa sul trattamento dei dati e acconsento al trattamento dei miei dati personali ivi inclusi dati sanitari e/o relativi a reati e condanne penali necessari alla gestione delle Garanzie da parte di Europ Assistance Italia e dei soggetti indicati nell'informativa."

PARTE II – Condizioni di Assicurazione Mod. 20028

SEZIONE I – DESCRIZIONE DELLE GARANZIE



Che cosa è assicurato?

Art. 6. - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A) GARANZIA ASSISTENZA

Vengono qui descritte le prestazioni, i termini e i soggetti Aveni Diritto delle medesime.

- **INFORMAZIONI LEGALI**

(valida per Contraenti della Polizza Vita)

Se hai bisogno di ricevere informazioni legali in merito alle norme sulle disposizioni testamentarie potrai contattare la Struttura Organizzativa che ti fornirà attraverso il proprio consulente legale le informazioni richieste. Tale prestazione può essere richiesta fino ad un massimo di 3 volte per anno solare. (Le informazioni legali sono accessorie alle prestazioni di polizza a titolo gratuito)

- **CONSULENZA FISCALE/LEGALE**

(valida per i Beneficiari della Polizza Vita)

Quando dopo il decesso della persona assicurata con la Polizza Vita uno o più dei beneficiari ha bisogno di consulenza fiscale/legale in materia testamentaria e successoria può contattare la Struttura organizzativa e richiedere la consulenza. La prestazione può essere richiesta 1 volta per anno solare per ogni beneficiario. La prestazione verrà fornita dal lunedì al venerdì dalle 09 alle 18.

- **CONSULENZA BUROCRATICA/AMMINISTRATIVA**

(Valida per Beneficiari della Polizza Vita)

Quando dopo il decesso della persona assicurata con la Polizza Vita ed uno dei beneficiari ha bisogno di consulenza burocratica in merito alle pratiche amministrative necessarie, potrà contattare la Struttura organizzativa e richiedere la consulenza. La prestazione può essere richiesta 1 volta per anno solare per ogni beneficiario. La prestazione verrà fornita dal lunedì al venerdì dalle 09 alle 18.

- **TRASPORTO DELLA SALMA**

(valida per i Beneficiari della Polizza Vita)

Qualora l'Assicurato della Polizza Vita deceda fuori dal comune di residenza, su richiesta di uno dei Beneficiari della Polizza Vita la Struttura Organizzativa organizzerà ed eseguirà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, in accordo con le disposizioni degli eredi (unici soggetti ad avere la titolarità per legge su tali decisioni) o la volontà testamentaria espressa dall'Assicurato prima del decesso.

Massimale

Europ Assistance terrà a proprio carico i costi fino ad un massimo di Euro 3.000,00.

- **ORGANIZZAZIONE ESEQUIE**

(valida per Beneficiari della Polizza Vita)

Se, a seguito della prestazione di Rientro Salma/ Trasporto Salma, si manifesti la necessità di supporto nell'organizzazione delle esequie, su richiesta di uno dei Beneficiari della Polizza Vita la Struttura Organizzativa provvede all'organizzazione di quanto necessario allo svolgimento del servizio funebre limitatamente alle seguenti prestazioni:

- cofano Funebre,
- carro funebre e personale per il trasporto,
- fiori,
- gestione pratiche amministrative.

La Struttura Organizzativa segnala la società che verrà incaricata della esecuzione delle esequie a tariffe agevolate.

PARTE II – Condizioni di Assicurazione Mod. 20028

- **BABY SITTER DURANTE L'ESEQUIE PER PRENDERSI CURA DEI FIGLI MINORI DELL'ASSICURATO (valida per i Beneficiari Polizza Vita)**
Qualora dopo il decesso dell'Assicurato della Polizza Vita sorga il bisogno di una Baby-sitter per prendersi cura dei figli minori dell'Assicurato, su richiesta di uno dei Beneficiari della Polizza Vita la Struttura Organizzativa indicherà e segnalerà, in base alle disponibilità, una Baby-sitter.
Europ Assistance terrà a proprio carico i costi fino ad un massimo di 4 ore continuative.
- **PET SITTER DURANTE L'ESEQUIE PER PRENDERSI CURA DEGLI ANIMALI DOMESTICI DELL'ASSICURATO (valida per i Beneficiari Polizza Vita)**
Qualora dopo il decesso dell'Assicurato della Polizza Vita sorga il bisogno di un Pet Sitter per prendersi cura degli animali domestici del defunto stesso, su richiesta di uno dei Beneficiari della Polizza Vita la Struttura Organizzativa indica e segnala, in base alle disponibilità, un Pet Sitter.
Europ Assistance terrà a proprio carico i costi fino ad un massimo di 4 ore continuative.
- **SORVEGLIANTE DELLA CASA DELL'ASSICURATO DURANTE L'ESEQUIE (valida per i Beneficiari Polizza Vita)**
Qualora dopo il decesso dell'Assicurato della Polizza Vita sorga il bisogno di un Sorvegliante che vigili sulla casa dell'Assicurato, su richiesta di uno dei Beneficiari della Polizza Vita la Struttura Organizzativa invierà un Sorvegliante.
Europ Assistance terrà a proprio carico i costi fino ad un massimo di 4 ore continuative.
- **SUPPORTO PSICOLOGICO (valida per i Beneficiari della Polizza Vita)**
Quando dopo il decesso dell'Assicurato della Polizza Vita, i beneficiari abbiano bisogno di supporto psicologico, possono contattare la Struttura Organizzativa che provvede all'organizzazione di una consulenza di supporto psicologico o al rimborso di analoghe sedute di supporto psicologico eseguite da un medico specialista di fiducia del paziente. La prestazione verrà erogata in misura proporzionale a tutti i beneficiari che ne faranno richiesta, ovvero solo ad alcuni di essi a condizione che gli stessi dimostrino per iscritto la rinuncia alla prestazione da parte degli altri beneficiari. La prestazione può essere richiesta entro 1 anno dalla data di decesso dell'Assicurato e purché sia in vigore la presente polizza
Europ Assistance terrà a proprio carico i costi fino ad un massimo di 6 sedute con il limite complessivo per evento di Euro 1.000,00.
- **RIENTRO DELLA SALMA DALL'ESTERO (valida per i Beneficiari della Polizza Vita)**
A richiesta di uno dei Beneficiari della Polizza Vita, dopo il decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero, la Struttura Organizzativa organizza ed esegue il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia in accordo con le disposizioni degli eredi (unici soggetti ad avere la titolarità per legge su tali decisioni) o la volontà testamentaria espressa dall'Assicurato prima del decesso.
Massimale
Europ Assistance terrà a proprio carico i costi fino ad un massimo di Euro 5.000,00.
- **VIAGGIO DI UN BENEFICIARIO PER ACCOMPAGNARE LA SALMA (valida per i Beneficiari della Polizza Vita)**
Quando si verifica il decesso dell'Assicurato della Polizza Vita in Italia oltre 50 km dalla residenza o all'Estero, la Struttura Organizzativa fornisce un biglietto ferroviario di prima classe o uno per aereo di classe economica, di andata e ritorno, per permettere ad uno dei beneficiari, residente in Italia, di raggiungere la salma per accompagnarla al luogo prescelto per la cerimonia funebre.
La Struttura Organizzativa provvederà all'eventuale prenotazione di un albergo in loco.
Europ Assistance terrà a proprio carico i costi del biglietto ferroviario di prima classe o del biglietto aereo di classe economica, di andata e ritorno.
- **INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO (valida per i Beneficiari della Polizza Vita)**
Quando dopo il decesso dell'Assicurato della Polizza Vita, purché avvenuto all'estero, il beneficiario che è in viaggio per accompagnare la salma ha difficoltà a comunicare con le autorità locali, può contattare la Struttura Organizzativa che provvede ad inviare un interprete sul posto.
Massimale
Europ Assistance terrà a proprio carico i costi per un massimo di 8 ore lavorative.

PARTE II – Condizioni di Assicurazione Mod. 20028

- **BABY SITTER PER PRENDERSI CURA DEI FIGLI MINORI DELL'ASSICURATO**

(valida per i Beneficiari Polizza Vita)

Quando dopo il decesso dell'Assicurato della Polizza Vita, sorga il bisogno di una Baby-sitter per prendersi cura dei figli minori del defunto, a richiesta di uno dei Beneficiari della Polizza Vita, la Struttura Organizzativa individuerà e segnalerà, in base alle disponibilità, una baby-sitter.

Europ Assistance terrà a proprio carico i costi fino ad un massimo di 8 ore consecutive.

- **VIAGGIO DI UN FAMILIARE PER PRENDERSI CURA DEI FIGLI MINORI DELL'ASSICURATO**

(valida per i Beneficiari Polizza Vita)

In alternativa alla prestazione Invio di una Baby-sitter, a richiesta di uno dei Beneficiari della Polizza Vita, la Struttura Organizzativa fornisce, con spese a proprio carico un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica per il viaggio di un familiare dell'Assicurato che possa prendersi cura dei figli minori del defunto.



Dove valgono le garanzie?

Art. 7. - ESTENSIONE TERRITORIALE

La garanzia è valida in tutto il Mondo, salve le limitazioni espresse al successivo art. 10.



Quando cominciano le coperture e quando finiscono?

Art. 8. - DECORRENZA E DURATA

Le garanzie decorrono dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza della polizza vita, purché tale data sia compresa nel periodo di validità della presente polizza collettiva stipulata dalla Contraente.

La durata dell'assicurazione nei confronti di ogni singolo Assicurato sarà pari a 365 giorni dalla data di decorrenza.

È si rinnoverà tacitamente di anno in anno purché sia in vigore la presente polizza collettiva e purché siano pagati i relativi premi da parte della contraente

SEZIONE II – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLE GARANZIE



Che cosa non è assicurato?

Art. 9. - ESCLUSIONI

- **ESCLUSIONI DI CARATTERE GENERALE VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE**

Sono esclusi i sinistri provocati o dipendenti da:

- dolo dell'Assicurato della Polizza vita e/o dei Beneficiari;
- da alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- da guerra e insurrezioni;
- scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

- **ESCLUSIONI RELATIVE ALLE SINGOLE GARANZIE**

A) GARANZIA ASSISTENZA

- **TRASPORTO DELLA SALMA**

Sono esclusi dalla prestazione i costi della cerimonia funebre e dell'eventuale ricerca e recupero della salma.

PARTE II – Condizioni di Assicurazione Mod. 20028

- **ORGANIZZAZIONE ESEQUIE**
Sono esclusi dalla prestazione i costi delle esequie che dovranno essere pagati direttamente alla società incaricata.
- **RIENTRO DELLA SALMA DALL'ESTERO**
Sono esclusi dalla prestazione i costi della cerimonia funebre e dell'eventuale ricerca e recupero della salma.



Ci sono limiti di copertura?

Art. 10. - SANZIONI INTERNAZIONALI

Le "Sanzioni Internazionali" indicano l'insieme delle disposizioni nazionali e internazionali che regolano gli embarghi, gli individui e le entità sanzionate, il finanziamento del terrorismo e le restrizioni commerciali adottate da: i) Nazioni Unite; (ii) Unione Europea; (iii) Stati Uniti d'America, principalmente attraverso l'Office of Foreign Assets Control del Dipartimento del Tesoro degli Stati Uniti; (iv) Regno Unito e (v) giurisdizioni nazionali che disciplinano le presenti Condizioni di Assicurazione. Europ Assistance Italia S.p.A. non è tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, né a liquidare sinistri, né a fornire prestazioni o servizi descritti nelle Condizioni di Assicurazione se questo la espone a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite o delle sanzioni commerciali o economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o di giurisdizioni nazionali applicabili che disciplinano le presenti Condizioni di Assicurazione.

Questa clausola prevarrà su qualsiasi clausola contraria eventualmente contenuta in queste Condizioni di Assicurazione.

Per ulteriori dettagli puoi di visitare:

<https://www.europassistance.it/contenuti-utili/international-regulatory-information-links>

La copertura assicurativa non è operante nei seguenti Paesi: **Siria, Corea del Nord, Iran, Venezuela, Bielorussia, Russia, Birmania (Myanmar), Afghanistan** e nelle seguenti Regioni: **Crimea, Donetsk, Lugansk, Zaporizhzhia, Kherson.**

Attenzione!

Se sei una "United States Person" e sei a Cuba, per poter avere l'assistenza, Indennizzi/Risarcimenti previsti in Polizza devi dimostrare ad Europ Assistance Italia S.p.A. di essere a Cuba rispettando le leggi USA.

Senza l'autorizzazione al tuo soggiorno a Cuba Europ Assistance Italia S.p.A. non può fornire l'assistenza e riconosciuti Indennizzi/Risarcimenti.

Art. 11. - LIMITAZIONI DELLE GARANZIE

A) GARANZIA ASSISTENZA

- **LIMITAZIONE DI RESPONSABILITA'**
Europ Assistance non è responsabile dei danni:
 - causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza;
 - conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.

SEZIONE III – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO/DEGLI AVENTI DIRITTO E DI EUROP ASSISTANCE



Che obblighi hai e che obblighi ha l'impresa?

Art. 12. - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO E DEGLI AVENTI DIRITTO ALLA PRESTAZIONE IN CASO DI SINISTRO

A) GARANZIA ASSISTENZA

In caso di Sinistro, devi telefonare subito alla Struttura Organizzativa ai numeri:

PARTE II – Condizioni di Assicurazione Mod. 20028

800 046456 valido per telefonate dall'Italia
02 58246006 valido per telefonate dall'Italia e dall'estero

Se non puoi telefonare subito alla Struttura Organizzativa perché non ne hai la possibilità, devi chiamare appena possibile e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale.

Se non chiami la Struttura Organizzativa, Europ Assistance può decidere di non fornirti le Prestazioni di assistenza.

Art. 1915 Codice Civile italiano: l'articolo spiega cosa succede se non si denuncia il sinistro all'assicuratore nei tempi in cui lo ha richiesto.

COME RICHIEDERE ASSISTENZA

Per ricevere le prestazioni di Assistenza, puoi telefonare alla Struttura Organizzativa di Europ Assistance che è in funzione 24 ore su 24, La Struttura Organizzativa ti darà tutte le informazioni per intervenire o ti indicherà le procedure più idonee per risolvere nel migliore dei modi qualsiasi tipo di problema oltre ad autorizzare eventuali spese.

IMPORTANTE: non prendere alcuna iniziativa senza avere prima interpellato telefonicamente la Struttura Organizzativa al numero:

800 046456 - 02 58246006

Dovrai dare le seguenti informazioni:

- Tipo di intervento/garanzia richiesto/da attivare;
- nome e cognome;
- indirizzo del luogo in cui ci si trova;
- recapito telefonico;
- n. Polizza Vita e nome e cognome dell'Assicurato della Polizza stessa
- eventuali ulteriori informazioni richieste dalla Struttura Organizzativa a fronte della tipologia di intervento/garanzia richiesto/da attivare.

Se non puoi telefonare alla Struttura Organizzativa, puoi inviare: un fax al numero 02.58477201

Europ Assistance per poter fornire le Garanzie previste nelle Condizioni di Assicurazione deve trattare i tuoi dati personali. Ove necessiti trattare i tuoi dati personali appartenenti alle "categorie particolari" Europ Assistance avrà bisogno del tuo consenso, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali.

RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: Europ Assistance Italia S.p.A. – Ufficio Reclami – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI); fax: 02.58.47.71.28 – pec: reclami@pec.europassistance.it - e-mail: ufficio.reclami@europassistance.it.

Se non sei soddisfatto dell'esito del reclamo o se non ricevi riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrai rivolgerti all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax: 06.42.13.32.06, pec: ivass@pec.ivass.it, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da Europ Assistance. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore da presentarsi direttamente all'IVASS, nel reclamo devi indicare:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;

PARTE II – Condizioni di Assicurazione Mod. 20028

- copia del reclamo presentato ad Europ Assistance Italia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per la presentazione del reclamo ad IVASS può essere scaricato dal sito www.ivass.it.

Prima di interessare l'Autorità giudiziaria, puoi rivolgerti a sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

- **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 ad Europ Assistance Italia S.p.A.

Controversie in materia assicurativa sulla determinazione e stima dei danni nell'ambito delle polizze contro il rischio di danno (ove previsto dalle Condizioni di Assicurazione).

In caso di controversie relative alla determinazione e stima dei danni, è necessario ricorrere alla perizia contrattuale ove prevista dalle Condizioni di Assicurazione per la risoluzione di tale tipologia di controversie. La domanda di attivazione della perizia contrattuale o di arbitrato dovrà essere indirizzata a: Ufficio Liquidazione Sinistri – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI), a mezzo Raccomandata A.R. oppure pec: all'indirizzo sinistri@pec.europassistance.it.

Se si tratta di controversie nell'ambito di polizze contro il rischio di danno nelle quali sia già stata espletata la perizia contrattuale oppure non attinenti alla determinazione e stima dei danni, la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita.

Controversie in materia assicurativa su questioni mediche (ove previsto dalle Condizioni di Assicurazione).

In caso di controversie relative a questioni mediche relative a polizze infortuni o malattie, è necessario ricorrere all'arbitrato ove previsto dalle Condizioni di Assicurazione per la risoluzione di tale tipologia di controversie. La domanda di attivazione della perizia contrattuale o di arbitrato dovrà essere indirizzata a: Ufficio Liquidazione Sinistri – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI), a mezzo Raccomandata A.R. oppure pec: all'indirizzo sinistri@pec.europassistance.it. L'arbitrato si svolgerà presso la sede dell'Istituto di medicina legale più vicino al tuo luogo di residenza.

Se si tratta di controversie nell'ambito di polizze contro gli infortuni o malattie nelle quali sia già stato espletato l'arbitrato oppure non attinenti a questioni mediche, la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere puoi presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/finnet/index_en.htm).

INFORMATIVA PRIVACY

COSA SONO I DATI PERSONALI E COME VENGONO UTILIZZATI DA EUROP ASSISTANCE ITALIA S.P.A.

Informativa sul trattamento dei dati per finalità assicurative
(ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali)

I **Dati personali** sono le informazioni che riguardano una persona e che permettono di riconoscerla tra altre persone. Sono Dati personali ad esempio il nome e cognome, il numero di carta di identità o di passaporto, le informazioni relative allo stato di salute, come la malattia o l'infortunio, le informazioni relative a reati e condanne penali.

Esistono norme^[1] che tutelano i Dati personali per proteggerli da utilizzi non corretti. Europ Assistance Italia rispetta queste norme e, anche per questo motivo, desidera informarla su cosa fa dei Suoi Dati personali^[2].

Se quanto è descritto in questa Informativa non è sufficiente o desidera far valere un diritto previsto dalla normativa, può scrivere al **Responsabile della protezione dei dati** presso Europ Assistance Italia - Ufficio Protezione Dati - Via del Mulino n.4 20057 Assago (MI) o via mail a UfficioProtezioneDati@europassistance.it

Perché Europ Assistance Italia utilizza i tuoi Dati personali e cosa succede se tu non li fornisce o non autorizzi ad usarli

Europ Assistance Italia utilizza i tuoi Dati personali, se necessario anche quelli relativi allo stato di salute o relativi a reati e condanne penali, per le seguenti *finalità assicurative*:

- svolgere l'attività che è prevista dalla polizza ovvero per fornire le PRESTAZIONI e le GARANZIE; svolgere l'attività assicurativa ovvero ad esempio proporre e gestire la polizza, raccogliere i premi, riassicurarsi, fare attività di controllo e statistiche: i tuoi Dati comuni, che potrebbero essere anche relativi alla tua posizione se le PRESTAZIONI e le GARANZIE prevedono la geolocalizzazione, vengono trattati per adempimento contrattuale; per trattare, laddove necessario, i tuoi Dati relativi allo stato di salute o relativi a reati o condanne penali dovrà fornire il tuo consenso;
- svolgere l'attività assicurativa, prevenire e individuare le frodi, intraprendere azioni legali e comunicare alle Autorità possibili reati, recuperare i crediti, effettuare comunicazioni infragruppo, tutelare la sicurezza degli edifici e degli strumenti informatici: i tuoi Dati, anche quelli relativi allo stato di salute o relativi a reati e condanne penali per i quali hai prestato consenso, vengono trattati per interesse legittimo della compagnia e di terzi;
- svolgere l'attività che è prevista dalla legge, come ad esempio la conservazione dei documenti di polizza e di sinistro; rispondere alle richieste delle autorità, come ad esempio dei Carabinieri, dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS): i tuoi Dati, inclusi quelli relativi allo stato di salute o relativi a reati e condanne penali, vengono trattati per adempimento di legge o regolamentari.

Se tu non fornisci i tuoi Dati personali e/o non acconsenti ad usarli, Europ Assistance Italia non potrà svolgere l'attività per le *finalità assicurative* e quindi non potrà neppure fornire le GARANZIE e le PRESTAZIONI.

Come Europ Assistance Italia utilizza i tuoi Dati personali e a chi li comunica

Europ Assistance Italia, attraverso suoi dipendenti, collaboratori ed anche soggetti/società esterni,^[3] utilizza i Dati personali che ha ottenuto da te o da altre persone (come, ad esempio, dal contraente di polizza, da un suo parente o dal medico che l'ha curata, da un compagno di viaggio o da un fornitore) sia su carta sia con il computer o app.

Per le *finalità assicurative* Europ Assistance Italia potrà comunicare i tuoi Dati personali, se necessario, a soggetti privati e pubblici che operano nel settore assicurativo ed altri soggetti che svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa^[4].

Europ Assistance Italia, in base alla attività che deve svolgere, potrà usare i tuoi Dati personali in Italia e all'estero e comunicarli anche a soggetti con sede in Stati che si trovano al di fuori dell'Unione Europea e che potrebbero non garantire un livello di

^[1] Il Regolamento Europeo sul Trattamento dei Dati personali UE 2016/679 (di seguito Regolamento Privacy) e la normativa italiana primaria e secondaria

^[2] Europ Assistance Italia opera in qualità di Titolare del trattamento secondo quanto previsto dal Regolamento Privacy

^[3] Questi soggetti, ai sensi del Regolamento Privacy, vengono designati Responsabili e/o persone autorizzate al trattamento, o operano quali Titolari autonomi o Contitolari, e svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa. Sono ad esempio: agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, soccorsi stradali, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri ed altri erogatori convenzionati di servizi, società del Gruppo Generali ed altre società che svolgono servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.

^[4] Al Contraente di polizza, altre filiali di Europ Assistance, Società del Gruppo Generali e altri soggetti quali ad esempio intermediari assicurativi (agenti, brokers, subagenti, banche); compagnie di coassicurazione o di riassicurazione; avvocati, medici, consulenti e altri professionisti; fornitori come carrozzerie, soccorritori, demolitori, strutture sanitarie, società che gestiscono i sinistri, altre società che forniscono servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di mailing, di profilazione e che rilevano il grado di soddisfazione dei clienti.

INFORMATIVA PRIVACY

protezione adeguato secondo la Commissione Europea. In questi casi, il trasferimento dei tuoi Dati personali verso soggetti al di fuori dell'Unione Europea avverrà con le opportune ed adeguate garanzie in base alla legge applicabile. Tu hai il diritto di ottenere le informazioni e, se opportuno, una copia delle garanzie adottate per trasferire i tuoi Dati personali fuori dalla Unione Europea contattando l'Ufficio Protezione Dati.

Europ Assistance Italia non renderà accessibili al pubblico i tuoi Dati personali.

Per quanto tempo Europ Assistance Italia conserva i tuoi Dati personali

Europ Assistance Italia conserva i tuoi Dati personali per tutto il tempo necessario alla gestione delle finalità sopra indicate secondo quanto previsto dalla normativa o, se mancante, in base ai tempi che di seguito vengono riportati.

- I Dati personali contenuti nei contratti di assicurazione, trattati di assicurazione e contratti di coassicurazione, fascicoli di sinistro e contenzioso, vengono conservati per 10 anni dalla ultima registrazione ai sensi delle disposizioni del Codice Civile o per ulteriori 5 anni ai sensi delle disposizioni regolamentari assicurative.
- I Dati personali comuni raccolti in qualsiasi occasione (ad esempio stipula di una polizza, richiesta di un preventivo.) accompagnati da consenso/rifiuto del consenso per le promozioni commerciali e la profilazione vengono conservati senza scadenza, così come le evidenze delle relative modifiche da Lei apportate nel corso del tempo al consenso/rifiuto. Rimane fermo il suo diritto ad opporsi in ogni momento a tali trattamenti e a richiedere la cancellazione dei suoi dati laddove non sussistano condizioni contrattuali o normative che prevedano la necessaria conservazione.
- I Dati personali raccolti a seguito dell'esercizio dei diritti degli interessati vengono conservati per 10 anni dall'ultima registrazione ai sensi delle disposizioni del Codice Civile
- I Dati personali di soggetti che hanno frodato o tentato di frodare vengono conservati anche oltre il termine di 10 anni.

In generale, per tutto quanto non espressamente specificato, si applica il termine di conservazione decennale previsto dall'articolo 2220 del Codice Civile o altro specifico termine previsto dalla normativa in vigore.

Ricordiamo che:

- È tua facoltà caricare i tuoi Dati personali¹, anche sanitari, all'interno della tua cartella medica e renderli visibili in caso di attivazione del consulto medico selezionando l'opzione nella sezione dati medici di base. In tal caso i tuoi Dati, ivi inclusi dati sanitari, se da te caricati, saranno visibili al medico e ad Europ Assistance Italia. È inoltre sua facoltà condividere tali dati rendendoli visibili a soggetti di tua scelta tramite la funzione Passaporto Sanitario
- Alla scadenza del Contratto, in caso di mancato rinnovo, avrai la possibilità per ulteriori novanta giorni, accedendo alla tua area riservata di scaricare i Dati inseriti. Decorso tale termine, i Dati personali caricati sulla tua cartella medica, verranno cancellati.

Quali sono i tuoi diritti a tutela dei tuoi Dati personali

In relazione al trattamento dei tuoi Dati personali tu hai i seguenti diritti: accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità, revoca, opposizione che potrà far valere con le modalità riportate nel successivo paragrafo "Come può fare per far valere i tuoi diritti a tutela dei tuoi dati personali". Tu hai il diritto di presentare un reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali e puoi trovare maggiori informazioni sul sito www.garanteprivacy.it.

Come puoi fare per far valere i tuoi diritti a tutela dei tuoi dati personali

- Per conoscere quali sono i tuoi Dati personali utilizzati da Europ Assistance Italia (diritto di accesso);
- per chiedere di rettificare (aggiornare, modificare) o, se possibile, cancellare, limitare ed esercitare il diritto di portabilità sui tuoi Dati personali trattati presso Europ Assistance Italia;
- per opporsi al trattamento dei tuoi Dati personali basato sull'interesse legittimo del titolare o di un terzo salvo che il titolare o il terzo dimostri la prevalenza di detti interessi legittimi rispetto ai tuoi oppure tale trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria; per opporsi al trattamento dei tuoi Dati personali per finalità di marketing diretto

puoi scrivere a:

Ufficio Protezione Dati - Europ Assistance Italia SpA - Via del Mulino n.4 20057 Assago (MI),
anche via mail: UfficioProtezioneDati@europassistance.it

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, Europ Assistance Italia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet

¹ Laddove avesse una versione nucleo, potrà caricare anche i dati relativi ai minori su cui esercita potestà genitoriale creando i rispettivi profili

INFORMATIVA PRIVACY

www.europassistance.it dove potrà anche trovare maggiori informazioni sulle politiche in materia di protezione dei dati personali adottate da Europ Assistance Italia.

ALLEGATO A - GLOSSARIO

ALLEGATO A – GLOSSARIO

ASSICURATO: la persona fisica sulla cui vita viene stipulata la Polizza Vita (TCM).

BENEFICIARIO: persona fisica o giuridica designata nella Polizza Vita che riceve il capitale della Garanzia Principale in caso di decesso (quando si verifica l'evento morte) e che può attivare le Garanzie di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE: clausole della Polizza che contengono le Condizioni Generali di Assicurazione per, la descrizione delle Garanzie, le esclusioni e le limitazioni delle Garanzie e gli obblighi dell'Assicurato/Avente diritto/Beneficiario e di Europ Assistance.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE PER LA CONTRAENTE: Clausole della Polizza che disciplinano, tra l'altro, il pagamento del premio, la durata della polizza e gli obblighi a carico della Contraente e di Europ Assistance.

CONTRAENTE: Helvetia Vita S.p.A. con sede in Milano, Via G.B. Cassinis, n° 21, C.F. 03215010962 - P.I.V.A. 03215010962 che ha sottoscritto con Europ Assistance la Polizza a favore dei propri clienti.

CONTRAENTE DELLA POLIZZA VITA: la persona fisica che contrae la polizza TCM

EUROP ASSISTANCE: la Compagnia di Assicurazione con Sede sociale, Direzione e Uffici in Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI) – Indirizzo posta elettronica certificata (PEC): EuropAssistancelItaliaSpA@pec.europassistance.it - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni, con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato N. 19569 del 2 giugno 1993 (Gazzetta Ufficiale del 1° luglio 1993 N. 152) - Iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108 - Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi - Società soggetta alla direzione e al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A.

GARANZIA: la copertura assicurativa descritta nelle Condizioni di Assicurazione.

GARANZIA PRINCIPALE IN CASO DI DECESSO: copertura della Polizza Vita che prevede la liquidazione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato ai Beneficiari designati.

MASSIMALE: somma massima che Europ Assistance paga direttamente al fornitore del servizio in caso di sinistro.

POLIZZA/POLIZZA COLLETTIVA: il contratto assicurativo tra Europ Assistance e la Contraente, stipulato nell'interesse dei clienti della Contraente e a favore dei Beneficiari della Garanzia Principale in caso di decesso, come indicati nelle singole garanzie, avente per oggetto le Garanzie descritte nelle Condizioni di Assicurazione. La Polizza è composta dalle Condizioni Generali di Assicurazione che regolano i rapporti tra Europ Assistance e la Contraente e dalle Condizioni di Assicurazione che regolano i rapporti tra Europ Assistance, il Contraente della Polizza Vita e i Beneficiari.

POLIZZA VITA: il contratto assicurativo sulla vita stipulato tra il Contraente della Polizza Vita e la Contraente della Polizza Collettiva (Helvetia Vita S.p.A.). E' il documento che attesta l'esistenza di un contratto legato ai prodotti Helvetia LoroDomani e/o Helvetia Futuro Protetto.

PRESTAZIONE: l'aiuto materiale dato ai Beneficiari e/o al Contraente della Polizza Vita nel momento del bisogno dalla Struttura Organizzativa di Europ Assistance per un sinistro previsto dalle Garanzie di assistenza.

RISCHIO: la probabilità che si verifichi il sinistro.

SIMPLIO: documento che prova l'esistenza della Polizza/Polizza Collettiva e che disciplina i rapporti tra Europ Assistance e la Contraente.

SINISTRO: l'attivazione, da parte dei Beneficiari e/o del Contraente della Polizza Vita di una o più delle garanzie di cui all'art. 6 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, che provvede al contatto telefonico con i Beneficiari e/o il Contraente della Polizza Vita, all'organizzazione ed erogazione delle Prestazioni di assistenza previste nelle Condizioni di Assicurazione.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Polizza N.

Helvetia Futuro Protetto

Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, di tipo temporaneo in caso di decesso, a capitale e premio annuo costanti (Tariffa : Assicurato) con Garanzie Complementari abbinabili.

La presente Polizza è stata aggiornata al 19 Febbraio 2024, data dell'ultima revisione dei dati in essa inclusi.

Contraente:

Intermediario:

Copia per Cliente

Polizza

Informazioni per il Contraente

Mezzi di pagamento

Il pagamento dei premi avviene presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite:

- assegno non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario;
- bollettino postale sul conto corrente dell'Intermediario;
- carta di debito presso l'Intermediario;
- carta di credito se accettata dall'Intermediario, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente applicabile;

fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente e sull'Intermediario rispettivamente per la parte di propria competenza determinata in ragione dello strumento di pagamento prescelto e dei relativi accordi con i prestatori del servizio.

Il pagamento dei premi deve, invece, essere effettuato esclusivamente tramite bonifico direttamente a favore di Helvetia Vita S.p.A. sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT26F0306912711100000008137 e BIC BCITITMM (per i contratti distribuiti da Agenzie Helvetia Vita o da altri Intermediari) o sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT27H0200809292V00960000004 e BIC UNCRITMM (per i contratti distribuiti da Broker) per importi di premio superiori ad Euro 50.000 (inserendo come causale il numero di polizza con cognome e nome del Contraente ed il nome del prodotto).

A richiesta del Contraente, i premi successivi a quello di perfezionamento possono essere corrisposti anche tramite SEPA Direct Debit Core, attivabile mediante compilazione di apposita modulistica, fornita dalla Società fermo restando che - nel caso sia stata scelta una periodicità di pagamento mensile o bimestrale - il SEPA Direct Debit Core sarà attivo rispettivamente a partire dalla terza o dalla quarta ricorrenza mensile della data di decorrenza successiva alla data di ricevimento della richiesta presso la Società.

È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.

Clausola di ripensamento

Entro il termine di 30 giorni dalla conclusione del contratto il Contraente può esercitare il diritto di recesso inviando comunicazione scritta, **con lettera raccomandata A/R**, indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano (Italia), contenente gli elementi identificativi del contratto (numero di polizza, nome e cognome del Contraente).

La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle eventuali imposte e delle spese sostenute per l'emissione del contratto pari ad **Euro 25,00**, con il limite del premio versato.

La Società può inoltre trattenere:

- la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto;
- le spese eventualmente sostenute per la visita medica e per gli ulteriori accertamenti sanitari, laddove richiesti.

HOME INSURANCE - INFORMATIVA

Si ricorda che sulla home page del sito internet www.helvetia.it è disponibile la sezione riservata My Helvetia attraverso la quale ciascun Contraente potrà accedere alla propria posizione assicurativa. L'accesso è consentito gratuitamente al Contraente mediante credenziali identificative personali che potranno essere richieste in fase di registrazione. Accedi o registrati a My Helvetia per consultare le tue polizze e/o effettuare in autonomia alcune operazioni. Per maggiori informazioni visita il sito www.helvetia.it.

Dati generali di Polizza

Contraente

Data di nascita: _____ Codice Fiscale: _____
 Residente in: _____
 Cap: _____ Città: _____ Nazione: _____
 Indirizzo di corrispondenza: _____
 Cap: _____ Città: _____ Nazione: _____
 Telefono: _____

Assicurato

Data di nascita: _____ Et : _____ Sesso: _____
 Luogo di nascita: _____ Codice Fiscale: _____
 Professione: _____ Fumatore: _____

Forma assicurativa, Prestazioni, Efficacia del contratto

Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, di tipo temporaneo in caso di decesso, a capitale e premio annuo costanti con Garanzie Complementari abbinabili.
 (Tariffa: _____ Assicurato _____)

■ Garanzia Principale in caso di Decesso con/senza opzione di liquidazione Flash Benefit

Capitale assicurato in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato, l'opzione Flash Benefit prevede il pagamento - al Beneficiario in caso di opzione Flash Benefit riportato nella successiva sezione "Beneficiari" - di un importo pari a 5.000,00 Euro in tempi brevi, quale anticipo della liquidazione del capitale in caso di decesso di sua spettanza, il quale si riduce automaticamente di tale importo.

*La Garanzia Principale in caso di Decesso prevede l'attivazione senza costi aggiuntivi del Pacchetto Assistenza prestato da Europ Assistance Italia S.p.A.. Per maggiori dettagli si rinvia alle relative Condizioni di assicurazione allegate al Set Informativo.
 (l'importo sopra indicato   espresso in Euro)*

Clausola di carenza applicabile

Garanzie Complementari operanti

(gli importi sopra indicati sono espressi in Euro)

Garanzie Complementari non operanti

Durata: _____ **anni** **Decorrenza:** _____ **Scadenza:** _____

Premio

Premio annuo costante

da pagarsi _____ fino alla rata del _____ compresa

(gli importi sopra indicati, espressi in Euro, sono comprensivi di eventuali: imposte, interessi di frazionamento e sovrappremi)

Premio di rata

di cui:

- Premio per la Garanzia Principale in caso di Decesso dell'Assicurato

(gli importi sopra indicati, espressi in Euro, sono comprensivi di eventuali: imposte, interessi di frazionamento e sovrappremi)

Dati generali di Polizza

Fermo restando l'importo massimo di detrazione su base annua fissato dalla normativa in vigore, la componente del premio rilevante ai fini della detraibilità fiscale IRPEF è pari a Euro
(*maggiori dettagli al riguardo sono contenuti nella sezione "Regime fiscale" del DIP Aggiuntivo Vita*)

Beneficiari**In caso di Decesso dell'Assicurato****1) %**

Data di nascita

Cod.Fisc.:

Indirizzo di recapito:

Cap:

Città:

Nazione:

Tel.:

In mancanza di

Data di nascita

Cod.Fisc.:

Indirizzo di recapito:

Cap:

Città:

Nazione:

Tel.:

Avvertenza: in caso di mancata compilazione dei campi relativi ai Beneficiari designati in forma nominativa la Società potrà incontrare, in caso di decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari. La modifica e la revoca di questi ultimi deve essere comunicata alla Società.

Referente terzo (*da compilare in caso di particolari esigenze di riservatezza*)

Cod.Fisc.:

Indirizzo di recapito:

Cap:

Città:

Nazione:

Tel.:

Identificazione ai fini della normativa antiriciclaggio, Accordo FATCA e Disposizioni CRS**Contraente**

Luogo di nascita:

Sesso:

Cittadinanza:

Professione:

Sottogruppo Attività Economica:

Documento di riconoscimento:

Rilasciato da:

Data rilascio:

Indirizzo di corrispondenza:

Il Contraente dichiara di

Il Contraente dichiara di

Il Contraente dichiara di

Origine dei fondi utilizzati per il pagamento dei premi relativi al contratto:

Reddito/Fatturato del Contraente:

Numero:

di:

Data scadenza:

U.S. Person soggetta alla normativa FATCA

ulteriori domicili fiscali

persona politicamente esposta

Titolare effettivo

Di seguito si riporta il legame tra il Contraente e i Beneficiari designati.

Beneficiari**In caso di decesso dell'Assicurato**

Il Contraente, sotto la propria responsabilità, dichiara la veridicità dei dati sopra riportati rilevanti ai seguenti fini: normativa in materia di antiriciclaggio (D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), Accordo FATCA sottoscritto in data 10/01/2014 tra Italia e Stati Uniti, Disposizioni CRS (Common Reporting Standard per lo scambio automatico di informazioni aventi valenza fiscale tra i Paesi aderenti all'accordo OCSE) in vigore dall'01.01.2016.

➔ **Contraente** (o Delegato)

Questionari Assuntivi

Questionario Stile di Vita dell'Assicurato

- 1 L'assicurato fa uso, anche saltuariamente, o ha fatto uso di tabacco (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro) negli ultimi 3 anni?

- 2 L'Assicurato assume abitualmente bevande alcoliche?

- 3 L'Assicurato ha mai assunto o fa uso di sostanze stupefacenti o droghe?

- 4 L'Assicurato effettua viaggi, anche saltuariamente, in paesi pericolosi per il clima o situazioni politico-militari (non sono considerati a rischio viaggi effettuati dall'assicurato per turismo e organizzati da primarie agenzie se soggiorna in villaggi turistici e viaggi effettuati per lavoro nelle aree più frequenti: Europa, America del Nord, Australia, Giappone, Cina continentale/Tibet escluso)?

- 5 L'assicurando pratica una delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto alle forze armate se impiegato in missioni all'estero.

- 6 L'Assicurato pratica altra professione che lo espone anche saltuariamente a pericoli?

- 7 L'Assicurato pratica una delle seguenti attività sportive: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere?

- 8 In precedenza le è stata rifiutata o offerta con aggravamento del premio, un'assicurazione sulla vita o di malattia?

- 9 L'Assicurato ha in essere altre assicurazioni sulla vita o proposte concomitanti la somma delle quali supera € 500.000?

Questionario Sanitario dell'Assicurato

ATTENZIONE: Non sono da dichiarare le patologie oncologiche da cui l'Assicurando sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di compilazione del presente Questionario. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni.

- 10 Nella parentela consanguinea dell'Assicurato (madre, padre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di malattia di Alzheimer, malattie del cuore o della circolazione, ictus, diabete, malattie renali o tumori prima dell'età di 65 anni?
- 11 Ha mai ricevuto una diagnosi per, o sofferto di, o si è sottoposto a cure per uno dei seguenti disturbi? (selezioni tutte le risposte valide)
- 12 Negli ultimi 10 anni, ha dovuto (o le è stato consigliato di) sottoporsi a esami clinici, visite mediche o cure da parte di un medico per via di una delle seguenti motivazioni? (selezioni tutte le risposte valide)
- 13 Negli ultimi 12 mesi, l'Assicurato si è sottoposto ad indagini diagnostiche particolari (quali ad esempio risonanza magnetica, TAC, ecografia, scintigrafia, elettroencefalogramma, mammografia, biopsie) al di fuori dei controlli a puro scopo preventivo, che abbiano dato esito fuori dalla norma e per malattie o disturbi NON ancora dichiarati?
- 14 L'Assicurato è mai stato ricoverato in ospedali o case di cura/cliniche o si è mai sottoposto ad interventi chirurgici (esclusi ricoveri o interventi per appendectomia, tonsillectomia, parto, interventi di chirurgia estetica, fratture non ricorrenti e senza complicazioni ne postumi, safenectomia, meniscectomia) per malattie o disturbi NON ancora dichiarati?
- 15 Sta seguendo delle cure per malattie o disturbi che NON ha ancora dichiarato?
- 16 L'Assicurato è titolare di una pensione di invalidità o inabilità oppure ha fatto domanda per averla?
- 17 Si prega di indicare la sua altezza in (cm)
- 18 Si prega di indicare il suo peso (kg)

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole, che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, e nello specifico "i dati relativi ad eventuali infezioni da HIV, all'uso di sostanze stupefacenti, psicotrope e/o di alcool", esprime i seguenti consensi/dinioghi:

Il Contraente e l'Assicurato (se diverso dal Contraente) danno il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi ad eventuali infezioni da HIV, all'uso di sostanze stupefacenti, psicotrope e/o di alcool, per le finalità di cui all'informativa, compresa la loro comunicazione.

➡ **Interessato/Contraente** (o Delegato)

➡ **Assicurato** (se diverso dal Contraente)

QUESTIONARIO DI COERENZA

Di seguito è riportato il Questionario per la coerenza del contratto compilato sulla base delle dichiarazioni fornite dal Contraente.

FEAC-SIMILE

Privacy

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016

Helvetia Vita S.p.A. rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali, forniamo di seguito le informazioni essenziali relative al trattamento e le modalità per esercitare agevolmente ed in modo consapevole i diritti previsti dalla vigente normativa.

1. Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano, Telefono: 02 53.51.1; Email Pec: helvetiavita@actaliscertymail.it.

2. Dati di contratto del Responsabile per la Protezione dei Dati

Per qualsiasi informazione o per l'esercizio dei Suoi diritti potrà rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati, inviando una comunicazione scritta all'indirizzo della Compagnia: via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano, o tramite mail al recapito: privacy@helvetia.it.

3. Finalità del trattamento dei dati

Il Titolare tratta¹ i Suoi dati personali - inclusi quelli appartenenti alle "categorie particolari", come i dati relativi alla salute - che Lei comunica direttamente (es. tramite siti internet, portali, social media) o raccolti tramite la rete di intermediari, **per svolgere le attività necessarie alla gestione del Suo rapporto assicurativo (finalità assicurativa).**

Rientrano tra le finalità assicurative: la preventivazione dei premi, la stipula di polizze assicurative, la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni, la riassicurazione, la coassicurazione.

Il Titolare tratterà i Suoi dati personali altresì per adempiere a specifici **obblighi di legge**, quali a titolo esemplificativo: prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; prevenzione del riciclaggio di denaro e finanziamento del terrorismo; prevenzione e individuazione delle frodi fiscali - garantendo l'adempimento degli obblighi di comunicazione alle autorità fiscali.

La informiamo, inoltre, che Lei potrà autorizzare il Titolare a trattare i Suoi dati personali, non appartenenti alle "categorie particolari" per le **finalità commerciali e di marketing** (ossia: invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale, partecipazione a concorsi a premi), **e di profilazione connessa al marketing** (ossia: trattamento automatizzato di dati personali per analizzare o prevedere aspetti riguardanti la situazione economica, le preferenze personali, gli interessi, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti).

4. Base del trattamento

La base giuridica del trattamento è:

- l'adempimento di **obblighi precontrattuali e contrattuali** (e di legge², ove previsti);
- il **consenso esplicito**, nel trattamento delle "categorie particolari" di dati personali.

Per la finalità commerciale e di marketing, e di profilazione connessa al marketing, sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è la **manifestazione del consenso** dell'interessato al trattamento dei propri dati personali per tale specifica finalità.

Il Suo rifiuto in tal caso non comporta alcuna conseguenza sui contratti in essere o in corso di costituzione, ma preclude di usufruire dei servizi sopra descritti e di svolgere attività commerciali e di marketing.

5. Modalità d'uso dei dati personali

I Suoi dati personali sono trattati dal Titolare mediante operazioni - manuali o anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati - strettamente necessari per fornirLe le prestazioni, i servizi e i prodotti assicurativi richiesti.

6. Destinatari dei dati

Per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nell'informativa i Suoi dati sono trattati e/o possono essere comunicati a:

- dipendenti e collaboratori del Titolare nell'ambito delle rispettive funzioni;
- soggetti (o categorie di soggetti) a titolo esemplificativo di seguito elencati (c.d. catena assicurativa³):
 - soggetti del settore assicurativo (assicuratori, coassicuratori e riassicuratori);
 - intermediari di vendita (agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione); banche e SIM;
 - fornitori terzi (legali, medici legali, cliniche; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri, il recupero dei crediti, il controllo delle frodi, le indagini sul grado di soddisfazione della clientela, nonché società di servizi informatici, di factoring, di revisione contabile e certificazione del bilancio, di archiviazione o di imbustamento e/o smistamento della corrispondenza);
 - organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dello sviluppo economico, MEF, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, CONSOB, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, INPS, INAIL ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario centrale infortuni, Ministero delle Infrastrutture – Motorizzazione Civile);
- altre Società del gruppo Helvetia che, in qualità di autonomi titolari, hanno un interesse legittimo a trattare i Suoi dati personali per finalità amministrative;
- altre Società del gruppo Helvetia Italia ed alla relativa rete di intermediari o a società esterne di promozione e/o sviluppo commerciale incaricate a supportare le Compagnie nei trattamenti, per finalità commerciale e di marketing.

Una lista completa ed aggiornata dei terzi destinatari dei dati può essere da Lei ottenuta inviando una mail a privacy@helvetia.it.

In ogni caso, i Suoi dati personali NON saranno diffusi.

¹ *Trattamento: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con, o senza, l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali, o a insieme di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.*

² *A titolo esemplificativo, la normativa antiriciclaggio e la normativa IDD (dati necessari per la valutazione delle esigenze e dei bisogni del cliente-interessato, nonché dell'adeguatezza o appropriatezza del prodotto).*

³ *La c.d. catena assicurativa è il complesso tessuto di rapporti contrattuali tra le imprese di assicurazione e numerosi soggetti (persone fisiche e giuridiche, operanti in Italia e all'estero), che cooperano nel gestire un medesimo rischio assicurativo. Tale pluralità di rapporti è peculiare dell'attività assicurativa e necessaria per la fornitura dei servizi assicurativi. Si articola in una pluralità di fasi (dalla c.d. fase assuntiva a quella liquidativa), che possono interessare più soggetti, i quali devono necessariamente trattare i dati personali di diversi interessati (ad esempio contraente, assicurato, beneficiario e, a certe condizioni, terzo danneggiato).*

Privacy

7. Trasferimento dei dati verso paesi terzi

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi terzi che garantiscono un adeguato livello di protezione sostanzialmente equivalente a quello assicurato all'interno dell'Unione, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea.

8. Periodo di conservazione dei dati

I dati personali vengono conservati:

- per il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato (di regola non oltre i 20 anni dalla cessazione del rapporto contrattuale), fatti salvi eventuali obblighi di conservazione previsti dalla legge o da specifici termini prescrizionali;
- per dodici mesi dalla raccolta dei dati utilizzati ai soli fini commerciali e di marketing, e profilazione connessa al marketing.

9. Diritti dell'interessato

Il Regolamento Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di chiedere al Titolare del trattamento:

- la conferma che sia in corso un trattamento di Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso), ex art. 15 del Regolamento;
- la rettifica dei dati personali inesatti, o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica), ex art. 16 del Regolamento;
- la cancellazione dei dati stessi, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento (diritto all'oblio), ex art. 17 del Regolamento;
- la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione), ex art. 18 del Regolamento;
- di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali da Lei forniti al Titolare e di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità), ex art. 20 del Regolamento.

Lei ha, inoltre, il diritto di revocare il consenso al trattamento dei Suoi dati, in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca ex art. 21 del Regolamento.

La revoca del consenso prestato, comporta l'inevitabile blocco del trattamento da parte della Compagnia, con i conseguenti effetti sulla normale esecuzione del contratto.

Potrà, inoltre, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale.

10. Comunicazione dei dati e conseguenze del rifiuto

La comunicazione dei Suoi dati personali al Titolare è strettamente necessaria allo svolgimento delle attività descritte nell'informativa. L'eventuale Suo rifiuto di fornire i dati personali comporta l'impossibilità di concludere il contratto, adempiere, prima della conclusione del contratto, a Sue specifiche richieste, concludere nuovi contratti di assicurazione, eseguire i relativi obblighi e gestire e liquidare gli eventuali sinistri.

Impegno a fornire l'informativa

L'Interessato si impegna a fornire, in nome e per conto del Titolare e conformemente al testo ricevuto, l'informativa prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, agli eventuali altri Interessati di cui lo stesso abbia comunicato o comunicherà al Titolare i dati personali.

➡ Interessato/Contraente (o Delegato)

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole, che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, ed in particolare "i dati relativi alla salute", esprime i seguenti consensi/dineghi:

Il Contraente e l'Assicurato (se diverso dal Contraente) danno/negano il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità di cui all'informativa, compresa la loro comunicazione;

Il Contraente dà/nega il consenso al trattamento dei propri dati personali per finalità di profilazione connessa al marketing;

Il Contraente dà/nega il consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità commerciali di cui all'informativa, compresa la loro comunicazione ai soggetti indicati al punto 6 della stessa informativa.

➡ Interessato/Contraente (o Delegato)

➡ Assicurato (se diverso dal Contraente)

Il sottoscritto dichiara di:

- **essere al corrente** che non sono ammessi mezzi e modalità di pagamento diversi da quelli riportati nel presente documento;
- **aver scelto di ricevere il Set Informativo** composto da: **DIP Vita Mod. C-SI-FP-0 Ed. 06/2023**, **DIP Aggiuntivo Vita Mod. C-SI-FP-0 Ed. 02/2024** e **Condizioni contrattuali** comprensive di **Glossario Mod. SI-FP-0 Ed. 02/2024** in formato **cartaceo/tramite e-mail** all'indirizzo _____, di averlo ricevuto e di aver preso visione del relativo contenuto.

La suddetta documentazione è comunque disponibile anche sul sito internet di Helvetia Vita S.p.A. (www.helvetia.it) e può essere richiesta in qualsiasi momento in formato cartaceo presso gli Intermediari della Società.

➡ **Contraente** (o Delegato)

Il sottoscritto

- esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile;
- dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le Condizioni contrattuali nonché le clausole contenute nel presente documento di Polizza e che lo stesso non contiene cancellature e di non averne ricevuti altri ad integrazione dello stesso;
- è consapevole, ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Società, che le notizie e i dati di ordine sanitario e informativo forniti costituiscono elemento fondamentale per la stipulazione della polizza e pertanto dichiara, ad ogni effetto di legge, di aver risposto con esattezza e veridicità, di non aver taciuto o alterato alcuna circostanza in relazione alle domande dei Questionari Assuntivi, assumendosi quindi ogni responsabilità in merito alle stesse, anche se le risposte sono state scritte da altri;
- libera dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni si è ricorso o dovesse ricorrere, prima e dopo la sottoscrizione del presente documento di Polizza, nonché gli ospedali, le case di cura, le cliniche, gli enti e istituti in genere, pubblici e privati, in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino e ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società e/o gli aventi diritto ritenessero opportuno rivolgersi, autorizzandoli ed invitandoli espressamente a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione;
- dichiara che la sottoscrizione del presente contratto non viene posta come condizione obbligatoria all'ottenimento di un mutuo immobiliare o altro credito al consumo.

Il sottoscritto infine prende atto che:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti del soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del contratto, il soggetto di cui sopra deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni relative allo stato di salute e allo stile di vita dell'Assicurato, riportate in polizza all'interno della sezione "Questionari Assuntivi";
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute sostenendone direttamente i costi, non quantificabili a priori in quanto dipendenti dalla tariffa applicata dalla struttura medica liberamente scelta dall'Assicurato stesso.

Il presente documento è composto da N. 14 pagine.

Helvetia Vita S.p.A.

➡ **Contraente** (o Delegato)

➡ **Assicurato** (se diverso dal Contraente)

Il sottoscritto dichiara di aver preso conoscenza e di approvare specificamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, quanto di seguito indicato:

➔ **Contraente** (o Delegato)

Questo documento è stato emesso in _____ il _____
Intermediario: _____

Dichiarazione di perfezionamento

(la data di incasso del premio deve essere sempre valorizzata e deve essere coerente con la data registrata a sistema)

Dichiaro che il premio di perfezionamento di Euro _____ è stato incassato in data _____ salvo buon fine.

Incaricato alla riscossione

(da compilare/firmare sempre in tutte le sue parti)

Cognome e Nome _____

Qualifica _____

Codice Fiscale _____

➔ **Incaricato alla riscossione**

➔ **Intermediario**

(se diverso dall'incaricato alla riscossione)

Incaricato alla rilevazione dei dati *(ai sensi del D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni)*

(da sottoscrivere sempre)

Attesto di aver effettuato la rilevazione dei dati - ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni e di aver verificato l'autenticità delle firme che precedono e in caso di presenza di un soggetto Delegato ad operare per conto del Contraente di averne verificato i poteri di delega.

Cognome e Nome _____

Qualifica _____

➔ **Incaricato alla rilevazione dei dati**

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Helvetia Vita S.p.A.
Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni
sulla Vita S.p.A.

Via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
Tel 02 5351 1 – Fax 02 537289

PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it – www.helvetia.it

Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA,
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia – Capitale Sociale € 47.594.000 i.v. – Società con Socio Unico
N° iscrizione Reg. Imprese di Milano, C.F. e P.I. 03215010962 – R.E.A. n° 1882793
Imp. Autor. all'eser. delle ass. sulla Vita con Provv. ISVAP n° 1979 del 4/12/2001
(G.U. n° 288 del 12/12/2001)

Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n° 1.00142 - Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n° d'ordine 031