

ASSICURAZIONE MULTIRISCHI DELLO SCIATORE

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: **Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA**, Italia - Iscr. Albo Imprese Ass. al n. 2.00002

Prodotto: Helvetia Easy Ski (versione tradizionale)

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

Che tipo di assicurazione è?

Helvetia Easy Ski garantisce la copertura contro le conseguenze economiche di infortuni e di danni cagionati a terzi durante lo svolgimento di attività sportive amatoriali sulla neve (sci alpino, snowboard e sci di fondo) praticate all'interno dell'area sciabile e in corrispondenza degli impianti di risalita connessi a quest'ultima; la garanzia è operante a condizione che gli impianti di risalita siano in funzione e le piste da sci siano aperte.

La copertura assicurativa può essere prestata a un singolo o a più persone, purché tutte facenti parte dello stesso nucleo familiare.



Che cosa è assicurato?

Helvetia Easy ski è una soluzione assicurativa multirischio che ti permette di scegliere tra tre combinazioni predefinite, Slalom Gigante e Discesa Libera; tali combinazioni si differenziano per garanzie prestate e premio secondo il seguente schema:

Combinazione	Garanzie prestate
Slalom	A. Assistenza B. Spese di cura da infortunio C. Responsabilità civile dello sciatore
Gigante	A. Assistenza B. Spese di cura da infortunio C. Responsabilità civile dello sciatore D. Morte e invalidità permanente E. Rimborso spese dello sciatore
Discesa libera	A. Assistenza B. Spese di cura da infortunio C. Responsabilità civile dello sciatore D. Morte e invalidità permanente E. Rimborso spese dello sciatore F. Tutela legale

Per ciascuna assicurazione prestata i massimali assicurati sono i medesimi a prescindere dalla combinazione prescelta:

✓ **Assicurazione Assistenza:** in caso di infortunio indennizzabile, sono erogate le seguenti prestazioni.

- **Consulto medico telefonico;**
- **Segnalazione di un medico specialista:** qualora, in seguito a consulto medico telefonico, l'Assicurato debba sottoporsi a una visita specialistica, sarà segnalato il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato;
- **Rientro dell'Assicurato convalescente al proprio domicilio:** qualora l'Assicurato in seguito alle dimissioni di ricovero non fosse obiettivamente in grado di rientrare alla propria residenza con il proprio mezzo previsto, sarà organizzato il rientro con altro mezzo;
- **Viaggio di un familiare in caso di ricovero:** qualora l'Assicurato venga ricoverato con prognosi di degenza superiore a 5 giorni, verrà fornito il mezzo per permettere ad un familiare di raggiungere l'Assicurato ricoverato e di stare accanto a quest'ultimo;
- **Rimborso Spese di soccorso in toboga sulle piste da sci o di trasporto in ambulanza,** qualora l'Assicurato necessiti:
 - dell'intervento del soccorso sulle piste da sci, con conseguente trasporto a valle mediante toboga; oppure
 - del trasporto in ambulanza sino all'Istituto di cura di primo soccorso;
- **Rimborso Spese di soccorso in elicottero sulle piste da sci,** qualora l'Assicurato necessiti l'intervento del soccorso sulle piste da sci da parte di organismi di salvataggio.

Le suddette prestazioni sono erogate per il tramite della Struttura organizzativa di Inter Partner Assistance S.A.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone che, quando l'assicurazione ha inizio, hanno età superiore a 70 anni.
- ✗ Non sono assicurati eventi diversi dalla pratica delle attività sportive amatoriali sulla neve all'interno dell'area sciabile.
- ✗ Non sono assicurabili le persone che, al momento della stipulazione del contratto, sono affette da: alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), emofilia di tipo classico o stati emofiliaci di qualsiasi tipo, sindromi organiche cerebrali, epilessia, diabete che comporti dipendenza da insulina.



Ci sono limiti di copertura?

- ! **La garanzia "Assistenza" e la garanzia "Spese di cura da Infortunio" non operano per:**
 - delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, suicidio;
 - eventi sismici, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali ed eruzioni vulcaniche;
 - partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale;
 - sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate alla infezione da H.I.V.;
 - uso o abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi;
 - uso di allucinogeni e uso non terapeutico di stupefacenti;
 - ubriachezza;
 - infarti, da qualsiasi causa determinati;
 - inosservanza cosciente di disposizioni o proibizioni delle autorità che hanno in gestione l'area sciabile;
 - sci acrobatico, sci estremo e sci-alpinismo o pratica dello sci al di fuori delle aeree sciabili attrezzate;
 - sci fuoripista, salto da trampolino con sci, snow-kite;
 - mancato uso del casco protettivo come previsto dalla legge 363/2003;
 - slavine, da qualsiasi causa provocate;
- ! **La garanzia "Responsabilità Civile dello sciatore" non opera per i danni:**
 - cagionati dolosamente dall'Assicurato;
 - provocati sotto l'influsso di sostanze stupefacenti o in stato di ubriachezza;
 - derivanti da inosservanza cosciente di disposizioni delle autorità che hanno in gestione l'area sciabile;
 - derivanti dalla pratica dello sci acrobatico, sci estremo, sci-alpinismo, salto dal trampolino, snow-kite,
 - derivanti dalla pratica dello sci al di fuori delle aeree sciabili attrezzate o da sci fuoripista;
 - derivanti dallo svolgimento di attività sportive praticate a livello professionale;
 - alle cose che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Spese di cura da infortunio:** in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza è garantito il rimborso delle spese di cura con l'avvertenza che se l'Assicurato contatta la Struttura Organizzativa, e venga da quest'ultima autorizzato, lo stesso non sarà tenuto a corrispondere alcun importo dal momento che la Compagnia provvederà a pagare direttamente le spese mediche conseguenti a ricovero o intervento chirurgico, nei limiti dei massimali previsti.
- ✓ **Responsabilità civile dello sciatore:** con questa garanzia la Compagnia tiene indenne l'Assicurato, nei limiti del massimale assicurato, di quanto questi è tenuto a pagare a titolo di risarcimento quale responsabile dei danni involontariamente cagionati a terzi nello svolgimento delle attività sportive amatoriali all'interno dell'area sciabile.
- ✓ **Morte e invalidità permanente da infortunio:**
 - indennizzo in caso di invalidità permanente: qualora l'Assicurato abbia per conseguenza dell'infortunio una invalidità permanente totale o parziale, la Compagnia corrisponde un indennizzo pari alla somma assicurata per la percentuale d'invalidità permanente riconosciuta.
 - indennizzo in caso di morte: qualora l'infortunio abbia per conseguenza la morte dell'Assicurato, la Compagnia corrisponde la somma assicurata agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.
- ✓ **Rimborso spese dello sciatore:** qualora l'Assicurato, in seguito a infortunio indennizzabile, sia ricoverato presso un Istituto di cura ovvero sia soggetto ad applicazione di un apparecchio gessato, la Compagnia rimborsa la quota parte del costo sostenuto dall'Assicurato stesso per l'acquisto di skipass, lezioni di sci, noleggio dell'attrezzatura sportiva (sci e racchette, scarponi, casco) esclusivamente per il periodo di loro validità residua e per un periodo non superiore a quello in cui l'Assicurato sia impossibilitato a praticare attività sportive amatoriali sulla neve.
- ✓ **Tutela legale:** la copertura è costituita dalla tutela giudiziaria dell'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale. Nella garanzia è compreso il rimborso degli oneri non ripetibili dalla controparte. In particolare sono previste dall'assicurazione:
 - l'azione in sede civile per controversie di natura contrattuale aventi come controparte le società che hanno in gestione gli impianti sciistici e di risalita;
 - l'azione in sede civile per il risarcimento dei danni provocati da terzi, derivanti da infortuni o incidenti (es. scontro fortuito tra l'Assicurato e una terza persona occorso nella pratica di attività sportive amatoriali sulla neve e che abbia avuto come conseguenza danni fisici e/o materiali constatabili) verificatisi all'interno dell'area sciabile;
 - la difesa in sede penale nei procedimenti per reati colposi legati ad eventuali danni cagionati a persone terze.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Ai fini delle garanzie "Responsabilità civile dello sciatore" e "Tutela legale" non sono considerati terzi: il coniuge o il convivente more uxorio, i genitori ed i figli di tutti i soggetti assicurati, nonché ogni altro parente o affine convivente.
- ✗ Ai fini della sola garanzia "Tutela legale", tra le altre, si intendono non coperte le vertenze relative a controversie tra le persone assicurate e la Compagnia.



Ci sono limiti di copertura?

- ! **La garanzia "Morte e invalidità permanente da infortunio" e la garanzia "Rimborso spese dello sciatore" non operano per:**
 - delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, suicidio;
 - eventi sismici, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali ed eruzioni vulcaniche;
 - partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale;
 - sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate alla infezione da H.I.V.;
 - uso o abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi;
 - uso di allucinogeni e uso non terapeutico di stupefacenti;
 - ubriachezza;
 - infarti, da qualsiasi causa determinati;
 - inosservanza cosciente di disposizioni o proibizioni delle autorità che hanno in gestione l'area sciabile;
 - sci acrobatico, sci estremo e sci-alpinismo o pratica dello sci al di fuori delle aeree sciabili attrezzate;
 - sci fuoripista, salto da trampolino con sci, snow-kite;
 - mancato uso del casco protettivo come previsto dalla legge 363/2003;
 - slavine, da qualsiasi causa provocate.
- ! **La garanzia "Tutela legale" non opera per i danni:**
 - pagamento di multe o sanzioni in genere;
 - oneri fiscali (bollatura documenti e atti, spese di registrazione di sentenze e atti in genere, ecc.);
 - spese per controversie derivanti da fatti dolosi dell'Assicurato;
 - spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario;
 - spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali;
 - le spese relative ai professionisti non iscritti all'apposito albo professionale ove prescritto dalla legge;
 - il pagamento di spese connesse all'esecuzione delle pene detentive ed alla custodia delle cose;
 - operazioni di esecuzione forzata oltre due esiti negativi.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida in tutte le località montane dei paesi dell'Unione Europea, nonché in Norvegia, in Svizzera e nel Liechtenstein.



Che obblighi ho?

Hai il dovere di:

- fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare;
- comunicare preventivamente se per lo stesso rischio hai già in corso altre polizze assicurative;
- comunicare alla Compagnia, con lettera raccomandata, eventuali cambiamenti che possono comportare un aggravamento di rischio.

In caso di sinistro devi:

- informare la Compagnia dell'accaduto nei tempi e nei modi dalla stessa indicati;
- consegnare alla Compagnia tutta la documentazione necessaria per procedere nella valutazione;
- attenerti a tutte le eventuali ulteriori indicazioni fornite dalla Compagnia.



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio avviene all'atto della conclusione del contratto.

Il pagamento del premio avviene esclusivamente tramite carta di credito. È escluso il pagamento del premio con modalità diverse da quella qui indicata.

Non è ammesso il frazionamento del premio.

Il premio di polizza corrisposto comprende le imposte previste dalla normativa vigente.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto si conclude nel momento in cui la Compagnia rilascia la polizza. L'assicurazione è operante dalle ore e dal giorno indicato nel contratto a condizione che il premio sia stato pagato.

"Helvetia Easy Ski" può essere stipulata soltanto con durata annuale e non prevede il tacito rinnovo.



Come posso disdire la polizza?

La copertura assicurativa cessa alla data di scadenza pattuita in polizza, senza necessità di disdetta.

Non è previsto il recesso in caso di sinistro.

Se la polizza è stata acquistata tramite tecniche di vendita a distanza è possibile esercitare il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla stipula della polizza.

Assicurazione Multirischi dello sciatore

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni

(DIP aggiuntivo Danni)

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia



Helvetia Easy Ski

Data ultimo aggiornamento: 03 novembre 2022

Il presente DIP Aggiuntivo è l'ultima versione disponibile

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

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

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, con Sede legale a San Gallo (Svizzera) e Sede secondaria con cui viene concluso il contratto in Italia in via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano; tel.+39 02 5351.1; sito internet: <https://www.helvetia.it>; e-mail: info@helvetia.it; PEC: helvetia@actaliscertymail.it - P.IVA e Cod. Fisc. 01462690155 - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n° 2.00002 - Iscrizione all'Albo dei Gruppi Assicurativi n° ord. 031.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 00757 del 19/12/1997 - G.U. n. 298 del 23/12/1997.

Autorità di Vigilanza competente: IVASS

Il patrimonio netto della Compagnia, all'ultimo bilancio approvato, è pari ad Euro 184.102.326 di cui Euro 79.993.441 costituiscono la parte relativa al fondo di dotazione ed Euro 103.176.781 si riferiscono alle riserve patrimoniali.

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazione SA (Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG), Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia è soggetta alle metriche di solvibilità in vigore per il Gruppo elvetico richieste dall'Autorità di Vigilanza svizzera FINMA. La valutazione di solvibilità e della posizione finanziaria delle imprese o dei gruppi di (ri)assicurazione è stata riconosciuta equivalente ai requisiti del titolo I della direttiva 2009/138/CE (Solvency I) da parte della Commissione europea con la decisione delegata (UE) 2015/1602.

Per ulteriori informazioni è possibile prendere visione di tali dati consultando la Relazione Annuale per il 2021 disponibili all'indirizzo: <https://www.helvetia.com/content/dam/os/corporate/web/documents/investor-relations/financial-condition-report/2021/presentation-fcr-2021.pdf>

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Si segnala che la Compagnia si impegna nei confronti del Contraente/Assicurato nei limiti delle somme assicurate e dei massimali concordati con la Compagnia stessa.

La presente polizza prevede le garanzie di seguito descritte acquistabili a pacchetti predefiniti come descritto nel DIP.

✓ **ASSISTENZA**

La garanzia opera mediante contatto telefonico con la Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

Le garanzie prestate sono:

1. **Consulto medico telefonico:** la Struttura Organizzativa è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di infortunio.
2. **Segnalazione di un medico specialista:** qualora, in seguito al consulto medico telefonico, l'Assicurato dovesse sottoporsi ad una visita specialistica, la Struttura Organizzativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.
3. **Rientro dell'Assicurato convalescente al proprio domicilio:** qualora l'Assicurato in seguito alle dimissioni di ricovero non fosse obiettivamente in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Struttura Organizzativa organizza e prende a proprio carico le spese di rientro.
4. **Viaggio di un familiare in caso di ricovero:** qualora l'Assicurato venga ricoverato con una prognosi di degenza superiore a 5 (cinque) giorni, la Struttura Organizzativa fornirà un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere ad un familiare di raggiungere l'Assicurato ricoverato. Sono incluse le spese di albergo (pernottamento e prima colazione) del familiare.
5. **Spese di soccorso in toboga sulle piste da sci o trasporto in ambulanza:** qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio necessiti:
 - ✓ dell'intervento del soccorso sulle piste da sci, con conseguente trasporto a valle mediante toboga;
 - ✓ oppure del trasporto in ambulanza sino all'Istituto di cura di primo soccorso.
6. **Spese di soccorso in elicottero sulle piste da sci:** qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti l'intervento del soccorso sulle piste da sci, con conseguente trasporto mediante elisoccorso, la Struttura Organizzativa tiene a proprio carico le spese di soccorso per tutte le spedizioni organizzate da organismi di salvataggio.

✓ **SPESE DI CURA DA INFORTUNIO**

Le garanzie prestate sono:

1. Spese mediche ospedaliere non procrastinabili

Qualora l'Assicurato venga ricoverato per cure o interventi chirurgici urgenti e non procrastinabili, purché l'Assicurato abbia contattato la Struttura Organizzativa e sia stato preventivamente autorizzato dalla stessa, la Compagnia pagherà direttamente le spese mediche ospedaliere.

Nei casi in cui la Struttura Organizzativa non possa effettuare il pagamento diretto, ovvero quando l'Assicurato non abbia preventivamente contattato quest'ultima, le spese saranno rimborsate successivamente.

2. Altre spese mediche a rimborso

Anche senza preventiva autorizzazione della Struttura Organizzativa, la Compagnia provvede al rimborso delle spese:

- ✓ farmaceutiche, purché sostenute a seguito di prescrizione medica, visite mediche e cure ambulatoriali;
- ✓ per cure riabilitative e apparecchi ortopedici (purché effettuate nei 5 giorni successivi al rientro presso il proprio domicilio).

✓ **RESPONSABILITÀ CIVILE DELLO SCIATORE**

La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, nei limiti del massimale di € 250.000, di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione all'esercizio delle attività sportiva sciistica.

✓ **MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO**

La Compagnia, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, assicura le garanzie:

1. Morte: se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Compagnia corrisponde la somma assicurata agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.
2. Invalidità permanente: se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente, la Compagnia corrisponde un indennizzo, sulla base di una somma assicurata indicata in polizza e delle seguenti modalità:

- a) L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 (due) anni dal giorno dell'infortunio denunciato ed in rapporto causale.
- b) Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, la Compagnia corrisponde l'intera somma assicurata, al netto della franchigia prevista.
- c) Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo per Invalidità permanente viene calcolato sulla somma assicurata (ferma l'applicazione della franchigia prevista), in proporzione al grado di Invalidità accertato, secondo i criteri e le percentuali indicate nella Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente (ex tabella INAIL, all. n.1 DPR 30 giugno 1965 n.1124).
- d) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva, non determinabile sulla base dei valori specificati nella suindicata tabella, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
 - ✓ nel caso di minorazioni, anziché di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle specificate nella tabella, le percentuali sopraindicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - ✓ nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - ✓ nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori e dei criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopraindicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- e) La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

La garanzia invalidità permanente da infortunio è prestata con l'applicazione della franchigia assoluta del 5%; vale a dire che non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 5%; in caso di invalidità permanente superiore a tale percentuale, l'indennizzo è liquidato solo per la parte eccedente.

✓ **RIMBORSO SPESE DELLO SCIATORE**

La Compagnia, qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, venga ricoverato presso un Istituto di cura e sia soggetto ad applicazione di un apparecchio gessato, rimborsa la quota parte del costo sostenuto dall'Assicurato stesso per l'acquisto di:

- a) skipass, con il limite di euro 100,00 per periodo di validità della polizza,
- b) lezioni di sci, con il limite di euro 100,00 per periodo di validità della polizza,
- c) noleggio dell'attrezzatura sportiva (sci e racchette, scarponi, casco), con il limite di euro 100,00 per periodo di validità della polizza;

esclusivamente per il periodo di loro validità residua e comunque per un periodo non superiore a quello in cui l'Assicurato sia impossibilitato a praticare attività sportive amatoriali sulla neve, come attestato da apposito certificato medico.

✓ **TUTELA LEGALE**

La Compagnia, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili della controparte, occorrente all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, esclusivamente derivanti da infortunio e/o da incidente occorso all'Assicurato nell'area sciabile.

L'assicurazione comprende i seguenti oneri:

- ✓ le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del sinistro;
- ✓ le spese per mediazioni stabilite dalla Legge;
- ✓ le eventuali spese del legale di controparte, in caso di transazione autorizzata da I.P.A.;
- ✓ le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di periti in genere;
- ✓ le spese processuali nel processo penale ai sensi dell'articolo 535 Codice di Procedura Penale;
- ✓ il Contributo Unificato per le spese degli atti giudiziari, se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza;
- ✓ le spese attinenti all'esecuzione forzata limitatamente ai primi due tentativi esperiti dall'Assicurato;
- ✓ le spese investigative per la ricerca e l'acquisizione di prove a difesa;
- ✓ le spese per le indagini volte alla ricerca di prove a difesa e discolta dell'Assicurato.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non previste.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non previste.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

- ! Oltre a quanto rappresentato nel DIP Danni, sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni conseguenti o derivanti da:
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, suicidio;
 - eventi sismici, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali ed eruzioni vulcaniche;
 - 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.);
 - guerra, insurrezioni, scioperi, rivoluzioni, sommosse o tumulti popolari, atti di terrorismo;
 - partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie;
 - sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate alla infezione da H.I.V.;
 - danni provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (vale a dire quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni);
 - uso o abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi;
 - uso di allucinogeni ed uso non terapeutico di stupefacenti;
 - ubriachezza;
 - infarti, da qualsiasi causa determinati;
 - inosservanza cosciente di disposizioni o proibizioni delle autorità che hanno in gestione l'area sciabile;
 - sci acrobatico, sci estremo e sci-alpinismo o pratica dello sci al di fuori delle aeree sciabili attrezzate;
 - sci fuoripista (fatto salvo quanto indicato all'art. 11), salto da trampolino con sci, snow-kite;
 - mancato uso del casco protettivo come previsto dalla legge 363/2003;
 - slavine, da qualsiasi causa provocate;
 - svolgimento di attività sportive praticate a livello professionistico;
 - operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
 - malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze.

Sono inoltre escluse le spese per cure o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite nonché per cure/interventi di chirurgia estetica non relative ad interventi di chirurgia ricostruttiva.

Le esclusioni sopra riportate sono valide per le seguenti sezioni: A) ASSISTENZA - B) SPESE DI CURA DA INFORTUNIO - D) MORTE O INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO - E) RIMBORSO SPESE DELLO SCIATORE.

Inoltre, sono esclusi dall'assicurazione i danni:

- da furto;
- cagionati dolosamente dall'Assicurato;
- derivanti dalla proprietà, possesso, uso e guida di mezzi a motore;
- derivanti dalla detenzione di sostanze tossiche o radioattive e da inquinamento del suolo, dell'aria e dell'acqua;
- provocati sotto l'influsso di sostanze stupefacenti o in stato di ubriachezza;
- derivanti da inosservanza cosciente di disposizioni o proibizioni delle autorità che hanno in gestione l'area sciabile;
- derivanti dalla pratica dello sci acrobatico, sci estremo, sci-alpinismo, salto dal trampolino, snow-kite, o al di fuori delle aeree sciabili attrezzate ovvero derivanti da sci fuoripista;
- derivanti dallo svolgimento di attività sportive praticate a livello professionistico (sport professionistico);
- alle cose che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo;
- derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi.

Sono inoltre esclusi i sinistri per i quali l'Assicurato abbia fatto transazioni di ogni genere con il danneggiato senza il preventivo benestare della Compagnia, ivi compreso il riconoscimento di responsabilità parziale o totale.

Le esclusioni sopra riportate sono valide per le seguenti sezioni: C) RESPONSABILITÀ CIVILE DELLO SCIATORE - F) TUTELA LEGALE

Relativamente alla garanzia "Tutela legale" si segnala che non sono in garanzia le spese sostenute dall'Assicurato per:

- il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- gli oneri fiscali (bollatura documenti e atti, spese di registrazione di sentenze e atti in genere, ecc.);
- le spese per controversie derivanti da fatti dolosi dell'Assicurato;
- le spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario;
- le spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali, ai sensi dell'articolo n.541 Codice di Procedura Penale;
- le spese relative a professionisti non iscritti nell'apposito albo professionale ove prescritto dalla Legge;

- il pagamento di spese connesse all'esecuzione delle pene detentive ed alla custodia di cose;
- le operazioni di esecuzione forzata oltre due esiti negativi.

Inoltre la garanzia non è operante per le controversie:

- di natura contrattuale, anche nei confronti della Compagnia, salvo quanto previsto all'art. 35 "Prestazioni Garantite";
- per le quali sia ipotizzabile la responsabilità professionale del legale incaricato;
- in materia di diritto di famiglia e delle successioni e delle donazioni;
- di valore inferiore a € 250;
- derivanti da controversie per il recupero crediti;
- per vertenze inerenti contratti di appalto e/o subappalto;
- non espressamente richiamate nelle Condizioni di assicurazione.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, le franchie e l'eventuale scoperto relativi alle singole coperture offerte nella presente sezione:

Garanzia	Limiti di indennizzo	Scoperto	Franchigia
Spese mediche ospedaliere non procrastinabili	massimo € 5.000 per periodo di validità della polizza; massimo 120 giorni complessivi di degenza	-	-
Spese farmaceutiche, purché sostenute a seguito di prescrizione medica, visite mediche e cure ambulatoriali	massimo € 750 per periodo di validità della polizza;	-	€ 50 per sinistro
Spese per cure riabilitative e apparecchi ortopedici	massimo € 250 per periodo di validità della polizza;	-	€ 50 per sinistro
Responsabilità civile dello sciatore	massimo € 250.000 per periodo di validità della polizza;	-	€ 500 per sinistro limitatamente ai danni a cose
Infortuni - Caso Morte	massimo € 50.000	-	-
Infortuni - Caso Invalidità permanente	massimo € 50.000	-	5% assoluta
Rimborso spese dello sciatore - skipass	massimo € 100 per periodo di validità della polizza;	-	-
Rimborso spese dello sciatore - lezioni di sci	massimo € 100 per periodo di validità della polizza;	-	-
Rimborso spese dello sciatore - noleggio dell'attrezzatura	massimo € 100 per periodo di validità della polizza;	-	-
Tutela legale	massimo € 3.000 per sinistro e per periodo di validità della polizza. Fermo il limite di cui sopra, si precisa che, unicamente in fase giudiziale, qualora il distretto di Corte d'Appello nel quale venga radicato il procedimento giudiziario sia diverso da quello di residenza dell'Assicurato, le spese per un secondo legale domiciliatario vengono riconosciute all'Assicurato sino ad un importo massimo di € 2.500, mentre le spese riferite ad oneri per la registrazione degli atti giudiziari sino ad un importo massimo di € 500.	-	-

! ASSISTENZA

Relativamente alla garanzia "Assistenza" si segnala che:

- La Compagnia non riconosce, e quindi non tiene a proprio carico, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Struttura Organizzativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Compagnia.
- La Compagnia non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.
- Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato.
- Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Struttura Organizzativa non è tenuta a fornire indennizzi alternativi di alcun genere a titolo di compensazione.
- Il diritto alle prestazioni di assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
- La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, le franchie e l'eventuale scoperto relativi alle singole coperture offerte nella sezione Assistenza:

Garanzia	Limite di indennizzo	Franchigia	Scoperto
Assistenza			
Rientro dell'Assicurato convalescente al proprio domicilio	massimo € 250 se in Italia massimo € 500 se dall'estero	-	-
Viaggio di un familiare in caso di ricovero	massimo € 300 con un massimo di € 60 per giorno	-	-
Spese di trasporto in ambulanza	massimo € 600	-	-
Spese di soccorso in elicottero sulle piste da sci	massimo € 1.500	-	-



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

Salvo quanto previsto per ogni singola garanzia, i sinistri devono essere denunciati tramite posta, indirizzando la denuncia a Inter Partner Assistance S.A. - Ufficio Sinistri - Casella Postale 20175 - Via Eroi di Cefalonia - 00128 Spinaceto - Roma.

ASSISTENZA E RIMBORSO SPESE

L'Assicurato, o chi agisce in sua vece, deve contattare immediatamente la Struttura Organizzativa, attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno, ai seguenti numeri telefonici:

- ✓ 800 052738 (numero verde da utilizzare esclusivamente per chiamate dall'Italia)
- ✓ + 39 06 42115474 (numero nero da utilizzare per chiamate dall'Italia e dall'estero)

MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- ✓ fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura;
- ✓ darne avviso scritto alla Compagnia entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

RIMBORSO SPESE DELLO SCIATORE

In caso di sinistro l'Assicurato è tenuto a presentare:

- ✓ copia conforme dell'originale dell'eventuale cartella clinica, certificato medico riportante i giorni di prognosi e certificato di Pronto soccorso, redatto sul luogo del sinistro, riportante indicazioni relative alla lesione sofferta e la diagnosi medica relativa all'infortunio patito dall'Assicurato;
- ✓ lo skipass in originale o una fotocopia dello stesso in caso di skipass caricato su tessera o microchip, nonché le pezze giustificative in originale del noleggio dell'attrezzatura sportiva e delle lezioni di sci.

TUTELA LEGALE

In caso di sinistro, l'Assicurato deve denunciare immediatamente e comunque entro tre giorni a I.P.A. qualsiasi sinistro nel momento in cui si è verificato e/o ne ha avuto conoscenza. In ogni caso deve fare pervenire a I.P.A. notizia di ogni atto a lui notificato entro tre giorni dalla data della notifica stessa e comunque non oltre i 24 mesi dalla data di insorgenza della controversia.

In caso contrario l'Assicurato sarà ritenuto responsabile del maggior danno che il ritardo nella denuncia potrà comportare.

La denuncia del caso dovrà essere completa, veritiera e corredata da idonea documentazione incluso ogni mezzo di prova a disposizione e necessario per permettere a I.P.A. di tutelare gli interessi dell'Assicurato.

Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.

Gestione da parte di altre imprese: con riferimento a tutte le garanzie, si precisa che la Compagnia ha affidato la gestione dei sinistri e l'erogazione dei servizi a INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia

	Prescrizione: Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione della Assicurazione. La mancata comunicazione da parte dell'Assicurato o del Contraente di mutamenti aggravanti il rischio, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'impresa	Relativamente alle garanzie Infortuni, la Compagnia disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà effettuata in Italia.



Quando e come devo pagare?

Premio	Il premio è determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è quindi interamente dovuto. Il premio di polizza corrisposto comprende le imposte previste dalla normativa vigente.
Rimborso	In caso di cessazione dell'Assicurazione per sopraggiunte patologie che rendono non più assicurabile l'Assicurato, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La polizza può essere emessa con durata annuale senza tacito rinnovo. La copertura assicurativa cessa alla scadenza pattuita nella scheda polizza senza necessità di disdetta.
Sospensione	Non prevista.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Qualora la polizza sia stata acquistata tramite tecniche di vendita a distanza, il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla stipula della polizza. In tal caso la Compagnia procederà alla restituzione del premio o della parte di premio già pagato, al netto delle imposte di legge. Il recesso non può essere esercitato nel caso in cui sia stato denunciato un sinistro nel periodo previsto per il diritto di ripensamento.
Risoluzione	La copertura assicurativa cessa alla data di scadenza indicata in polizza, senza necessità di disdetta.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a una tipologia di clientela, costituita da sciatori che intendono tutelare se stessi e o la propria famiglia dalle conseguenze di Infortuni e danni cagionati a terzi durante lo svolgimento di attività sciistiche amatoriali (sci alpino, snowboard e sci di fondo) praticate all'interno dell'area sciabile di un dato comprensorio e in corrispondenza degli impianti di risalita connessi a quest'ultimo a condizione che gli impianti di risalita siano in funzione e le piste da sci siano aperte.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 18%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto alla Compagnia presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti: Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Ufficio Reclami - Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano Fax 02 5351794 - E-mail: reclami@helvetia.it . Competono alla Compagnia anche i reclami che riguardano i soggetti coinvolti nel ciclo operativo della Compagnia stessa, compresi gli Agenti e relativi dipendenti o collaboratori. La Compagnia invia la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo, prorogati fino a 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i dipendenti o collaboratori).
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
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	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none">- Arbitrato (facoltativo): qualora dovesse sorgere un dissenso tra l'Assicurato e la Compagnia circa la determinazione dell'ammontare del danno. In tal caso, ai sensi di polizza, i periti, nominati da ciascuna delle Parti, si accordano di nominare un terzo perito, detto Arbitro, per addivenire ad una decisione.- 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 http://www.ec.europa.eu/fin-net chiedendo l'attivazione della Procedura.- Tramite il sito della Compagnia (www.helvetia.it) è possibile acquisire in forma più dettagliata informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

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

**Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
Gruppo Helvetia**

Polizza multirischi per lo sciatore

Helvetia EasySki

Condizioni di Assicurazione

Modello CGA H838 - Ed. 11/2022

Per effetto di quanto disposto dal secondo comma dell'art.166 del Codice delle Assicurazioni (decreto legislativo 7/9/2005 n.209), al fine di dar loro risalto sono evidenziate con carattere di particolare rilievo quelle Condizioni di Assicurazione che in d i- cano scadenze, nullità o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente e/o dell'Assicurato.

Per comodità di consultazione si riporta in sintesi il contenuto del presente documento:

Sommario

GLOSSARIO	3
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	5
Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCO STANZE DEL RISCHIO	5
Art. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI	5
Art. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO	5
Art. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	5
Art. 5 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE	5
Art. 5.1 - DIRITTO DI RIPENSAMENTO (solo per polizze collocate tramite vendita a distanza).....	5
Art. 6 - ONERI FISCALI	5
Art. 7 - FORO COMPETENTE	5
Art. 8 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	5
Art. 9 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI	5
Art. 10 - MISURE RESTRITTIVE	5
A. NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI	6
Art. 11 - SOGGETTI ASSICURATI	6
Art. 12 - RISCHI ASSICURATI	6
Art. 13 - ESTENSIONE TERRITORIALE	6
Art. 14 - RISCHI ASSICURABILI E COMBINAZIONI DI GARANZIE	6
Art. 15 - PERSONE NON ASSICURABILI	6
Art. 16 - ESCLUSIONI valide per le sezioni A) ASSISTENZA - B) SPESE DI CURA DA INFORTUNIO - D) MORTE O INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO - E) RIMBORSO SPESE DELLO SCIATORE	6
Art. 17 - ESCLUSIONI valide per le sezioni C) RESPONSABILITÀ CIVILE DELLO SCIATORE - F) TUTELA LEGALE	7
Art. 18 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	7
Art. 19 - OPERATIVITÀ DELLE PRESTAZIONI	8
Art. 20 - ULTERIORI ESCLUSIONI	8
B. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE SPESE DI CURA DA INFORTUNIO	8
Art. 21 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	8
C. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE DELLO SCIATORE.....	8
Art. 22 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	8
Art. 23 - PERSONE NON CONSIDERATE TERZI	9
Art. 24 - MASSIMALE ASSICURATO E FRANCHIGIA	9
Art. 25 - SECONDO RISCHIO EVENTUALE	9
Art. 26 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI	9
D. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO	9
Art. 27 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	9
Art. 28 - MORTE	9
Art. 29 - INVALIDITÀ PERMANENTE	9
Art. 30 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	10
Art. 31 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE	10
Art. 32 - ACCERTAMENTO DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE	10
E. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE RIMBORSO SPESE DELLO SCIATORE	12
Art. 33 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	12
F. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE TUTELA LEGALE	12
Art. 34 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	12
Art. 35 - MASSIMALE	13
Art. 36 - PRESTAZIONI GARANTITE	13
Art. 37 - PERSONE NON CONSIDERATE TERZI	13
Art. 38 - ULTERIORI ESCLUSIONI	13
Art. 39 - INSORGENZA DEL SINISTRO - OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA.....	13
NORME IN CASO DI SINISTRO	14
Art. 40 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	14
Art. 41 - LIBERA SCELTA DEL LEGALE (valido per la sezione Tutela Legale).....	16
Art. 42 - FORNITURA DEI MEZZI DI PROVA E DEI DOCUMENTI OCCORRENTI ALLA PRESTAZIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA TUTELA LEGALE	16
Art. 43 - GESTIONE DEL SINISTRO TUTELA LEGALE	16
Art. 44 - RECUPERO DELLE SOMME (valido per la sezione Tutela Legale).....	17
Art. 45 - MODALITÀ DI DENUNCIA DEI SINISTRI - esclusa la sezione Assistenza.....	17

GLOSSARIO

Di seguito sono riportati i principali termini utilizzati nella documentazione precontrattuale e contrattuale presente nel Set Informativo con il significato loro attribuito dalla Compagnia.

Gli stessi termini sono evidenziati in carattere *corsivo* nel testo delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Abuso di psicofarmaci	Assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque di forme diverse da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.
Alcolismo	Malattia cronica caratterizzata da alterazioni comportamentali, fisiche e psichiche causate dal consumo continuativo o periodico di quantità elevate di alcol.
Ambulatorio	La struttura o il centro medico attrezzato e regolamento autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Anno (annuo - annuale)	Periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile).
Apparecchi gessati	Mezzi di contenzione fissi, costituiti da fasce gessate o altri apparecchi (tutori) comunque immobili, anche esterni (fissatori esterni), applicati in Istituto di cura o ambulatorio in modo permanente e rimovibile esclusivamente presso Istituto di cura. Sono considerati apparecchi gessati i collari non rimovibili dall'Assicurato, e limitatamente alle lesioni comportanti fratture e/o lussazioni, i bendaggi con fasciature elastiche (es. tensoplast).
Area sciabile	La superficie innevata anche artificialmente aperta al pubblico costituita dalle piste riservate e destinate alla pratica dell'attività sciistica, ubicate all'interno delle aree sciabili attrezzate così come definite dalla Legge 363/2003; sono considerate area sciabile anche le piste/anelli per sci di fondo con accesso consentito dietro pagamento di un corrispettivo.
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione.
Attività sportive amatoriali sulla neve	Sci (sci alpino, snowboard alpino e sci di fondo) purché svolto a livello ricreativo, aziendale e/o interaziendale, e non sotto l'egida di alcuna Federazione o Associazione sportiva o vero o praticato in forma professionistica (sport professionistici) o comunque quando l'Assicurato svolga tale attività in modo tale da essere prevalente, per impegno temporale, ad ogni altra occupazione.
Attrezzatura sportiva	Tutto quanto necessario alla pratica dello sci e dello snowboard.
Beneficiario	Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Compagnia deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Compagnia	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia.
Cose (valida per l'assicurazione di Responsabilità civile)	Gli oggetti materiali e gli animali.
Day Hospital	La degenza, esclusivamente diurna, in Istituto di cura documentata da cartella clinica – dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'Istituto di cura – per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportino la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continue.
Farmaci psicotropi	Farmaco che modifica lo stato psichico dell'individuo tendendo a normalizzarlo.
Franchigia	L'importo prestabilito che, in caso di sinistro, l'Assicurato tiene a suo carico.
Frattura	L'interruzione parziale o totale della continuità di un osso.
Incidente	Scontro fortuito tra l'Assicurato e una terza persona occorso nella pratica di attività sportive amatoriali sulla neve e che abbia avuto come conseguenza danni fisici e/o materiali o biettivamente constatabili per cui sia stato necessario l'intervento, sul luogo di accadimento del sinistro, del servizio di soccorso sulle piste.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro, per i danni direttamente subiti dall'Assicurato.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili. Si considera infortunio anche l'assideramento o il congelamento, anche al di fuori della area sciabile, purché avvenuto a seguito di sinistro indennizzabile a termini di polizza.
Intervento chirurgico	Atto medico, praticato in Istituto di cura, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti o vero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di Pronto Soccorso.
Invalidità permanente	Perdita definitiva, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	L'ospedale, la clinica universitaria, l'Istituto universitario, la casa di cura, regolamento autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie e al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Lussazione	Spostamento permanente di due superfici articolari che hanno perso, più o meno completamente, i rapporti che esistono normalmente tra le due parti in relazione alla quale è seguita una riduzione effettuata da personale sanitario in Istituto di cura. Non sono ricomprese in tale ambito le sublussazioni.

Malattia mentale e/o disabilità mentale	Ogni disturbo psichico e comportamentale così come definiti nel Settore V della "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" decima revisione - ICD - 10 della Organizzazione Mondiale della Sanità (come da elenco riportato a pag. 12 delle Condizioni di Assicurazione).
Mese (mensile)	Periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Parti	Il Contraente/Assicurato e la Compagnia.
Polizza	L'insieme dei documenti che comprovano l'assicurazione, costituito dal modulo di polizza e dalle condizioni di assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.
Ricovero	Degenza dovuta a malattia e/o infortunio comportante necessità di pernottamento, in ospedale o casa di cura, regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria.
Sci acrobatico	Attività sciistica svolta tramite l'esecuzione di salti, difficoltà di percorso e varie figure coreografiche.
Sci estremo	Sci eseguito su lunghe e ripide piste in terreni pericolosi con inclinazione superiore a 40° (quaranta) o con passaggi impervi, comprese tutte le attività eseguite fuori pista.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Soccorso sulle piste	L'organismo di salvataggio civile o militare o l'organismo specializzato pubblico o privato regolarmente autorizzato a presentare il servizio di soccorso dell'Assicurato nel luogo di accadimento del sinistro.
Sport professionistico	Attività sportiva esercitata a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e qualificata come tale dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.
Terrorismo	Qualsiasi azione violenta fatta col supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione, o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico, se tale azione non può essere definita come atto di guerra, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o meno), guerra civile, ribellione, insurrezione, colpo di Stato o confisca, nazionalizzazione, requisizione e distruzione o danno alla proprietà, causato da o per ordine di Governi o Autorità pubbliche o locali o come atto avvenuto nel contesto di scioperi, sommosse, tumulti popolari o come atto vandalico.
Ubbriachezza	La condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcol risulti essere pari o superiore al limite di 1,5 grammi per litro.
Vendita a distanza	Il collocamento di contratti assicurativi senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario o della Compagnia e del Contraente.

Definizioni specifiche della sezione **Assistenza**

Struttura Organizzativa	La Centrale Operativa di INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma, costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Compagnia, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.
--------------------------------	---

Definizioni specifiche della sezione **Tutela legale**

Controversia	Il primo atto scritto dal quale deriva in capo all'assicurato la necessità di assistenza legale.
Fatto generatore	Il fatto, l'inadempienza o la violazione di norme che dà origine alla controversia.
Sinistro	l'insorgere della controversia derivante dal fatto generatore.
Tutela Legale	l'assicurazione di Tutela Legale ai sensi del D.Lgs. n. 209/2005 (artt. 163; 164, 173 e 174 e correlati).
Unico sinistro	il fatto dannoso e/o la controversia che coinvolge più Assicurati.
Vertenza contrattuale	Controversia inerente all'esistenza, la validità o l'esecuzione di patti, accordi e contratti conclusi tra le parti, con conseguente inadempiimento dei relativi obblighi.
Vertenza extracontrattuale	Controversia conseguente ad un fatto illecito, il cui obbligo al risarcimento non deriva da un rapporto contrattuale.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Il *Contraente* è esonerato dall'obbligo di denunciare per ciascun *Assicurato* difetti fisici, infermità, malformazioni congenite, mutilazioni, *malattie* croniche o che comportino l'assunzione di una terapia farmacologica continuativa ovvero che gli *Assicurati* stessi abbiano subito *infortuni* con residue *invalidità permanenti*.

In caso di *infortunio*, restano comunque espressamente confermati il disposto dell'art. 30 "Criteri di Indennizzabilità", nonché il disposto dell'art. 15 "Persone non assicurabili".

Art. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il *Contraente* è esonerato dalla comunicazione preventiva alla *Compagnia* dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre *assicurazioni* per lo stesso rischio da parte degli *Assicurati*.

In caso di *sinistro*, l'Assicurato deve però comunicare l'esistenza di altre coperture e denunciare il *sinistro* a ciascuna Impresa Assicuratrice, indicando a ciascuna il nome delle altre Imprese

Art. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Salvo diversa pattuizione espressamente indicata sul *modulo di polizza*, **l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in *polizza***. Il *premio* deve essere pagato all'Intermediario alla quale è assegnata la *polizza*, **mediante mezzi di pagamento elettronici**.

Art. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate dalle *Parti* per iscritto.

Art. 5 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

L'*assicurazione* non prevede tacita proroga e pertanto cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di *disdetta*.

Art. 5.1 - DIRITTO DI RIPENSAMENTO (solo per polizze collocate tramite vendita a distanza)

Il *Contraente* può recedere dall'*assicurazione* **entro 14 giorni** dalla stipula della *polizza*, senza penali e senza doverne indicare il motivo. Il *recesso* può essere esercitato mediante **comunicazione scritta** contenente gli elementi identificativi della *polizza*, inviata con:

- raccomandata A/R;
- posta elettronica certificata (PEC);
- format disponibile sul sito della *Compagnia* all'indirizzo www.helvetia.it.

Il *recesso* ha efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione.

In caso di *recesso*, la *Compagnia* rimborsa al *Contraente* il *premio* versato **diminuito**:

- della **parte di *premio* utilizzata** per il periodo di efficacia dell'*assicurazione*;
- degli **oneri fiscali previsti** (eventualmente) **dalla legge**.

Il *Contraente* NON può recedere se:

- **l'assicurazione è stata vincolata;**
- **è stato denunciato un *sinistro* prima dell'esercizio del diritto di ripensamento.**

Per i *sinistri* avvenuti entro la data di esercizio del diritto di ripensamento e denunciati dopo quest'ultima, la *Compagnia* ha il **diritto di recuperare** il *premio* restituito al *Contraente*.

Art. 6 - ONERI FISCALI

Sono a carico del *Contraente*.

Art. 7 - FORO COMPETENTE

Valgono le norme di legge.

Art. 8 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'*assicurazione* è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dalla *polizza*, valgono le norme di legge.

Art. 9 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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

Art. 10 - MISURE RESTRITTIVE

La *Compagnia* non è tenuta a prestare l'assicurazione nella misura in cui la copertura assicurativa possa esporre la *Compagnia* stessa 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.

A. NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 11 - SOGGETTI ASSICURATI

Gli *Assicurati* indicati nel *modulo di polizza*, purché di età non superiore a settanta anni, a condizione che siano residenti in Italia. In caso di pluralità di *Assicurati*, questi devono appartenere al medesimo nucleo familiare (come risultante dallo stato di famiglia) del *Contraente*.

Art. 12 - RISCHI ASSICURATI

L'*assicurazione* vale per le *attività sportive amatoriali sulla neve* purché praticate all'interno dell'*area sciabile* (compreso il fuori pista solo se effettuato ai margini delle piste da sci battute).

Si intendono compresi gli itinerari sciistici del Canalone e dei Camosci a Madesimo, nonché quelli del Toulà e della Vallée Blanche sul Monte Bianco.

Art. 13 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'*assicurazione* è valida in tutte le località montane dei paesi dell'Unione Europea, in Norvegia, in Svizzera e nel Liechtenstein, sempreché gli impianti di risalita siano in funzione e le piste da sci da fondo siano aperte.

Art. 14 - RISCHI ASSICURABILI E COMBINAZIONI DI GARANZIE

L'*assicurazione* è prestata, per ciascun *Assicurato*, secondo le combinazioni di garanzie (e relative somme assicurate) di seguito elencate, **valide soltanto se espressamente richiamate nel modulo di polizza secondo il seguente schema:**

Combinazione di garanzie	Garanzie prestate
Slalom	A. Assistenza B. Spese di cura da infortunio C. Responsabilità civile
Gigante	A. Assistenza B. Spese di cura da infortunio C. Responsabilità civile D. Morte e Invalidità permanente da infortunio E. Rimborso spese dello sciatore
Discesa libera	A. Assistenza B. Spese di cura da infortunio C. Responsabilità civile D. Morte e Invalidità permanente da infortunio E. Rimborso spese dello sciatore F. Tutela legale

Art. 15 - PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la *Compagnia*, qualora al momento della stipulazione della *polizza* fosse stata a conoscenza che l'*Assicurato* era affetto da *alcolismo* e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e *farmaci psicotropi* assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'*assicurazione*, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'*assicurazione* stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'*Assicurato* - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della *Compagnia* di corrispondere l'eventuale *indennizzo*.

In caso di cessazione dell'*assicurazione* in corso, la *Compagnia* rimborsa al *Contraente*, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla cessazione della stessa, la parte di *premio*, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di *assicurazione* per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.

Il presente articolo si applica alle sezioni:

- A) ASSISTENZA
- B) SPESE DI CURA DA INFORTUNIO
- D) MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO
- E) RIMBORSO SPESE DELLO SCIATORE

Art. 16 - ESCLUSIONI valide per le sezioni A) ASSISTENZA - B) SPESE DI CURA DA INFORTUNIO - D) MORTE O INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO - E) RIMBORSO SPESE DELLO SCIATORE

Sono esclusi dall'*assicurazione* gli *infortuni* conseguenti o derivanti da:

- a) delitti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*, suicidio;
- b) eventi sismici, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali ed eruzioni vulcaniche;
- c) 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.);

- d) guerra, insurrezioni, scioperi, rivoluzioni, sommosse o tumulti popolari, atti di terrorismo;
- e) partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie;
- f) sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate alla infezione da H.I.V.;
- g) danni provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (vale a dire quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni).
- h) uso o *abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi*;
- i) uso di allucinogeni ed uso non terapeutico di stupefacenti;
- j) *ubriachezza*;
- k) infarti, da qualsiasi causa determinati;
- l) inosservanza cosciente di disposizioni o proibizioni delle autorità che hanno in gestione l'*area sciabile*;
- m) *sci acrobatico, sci estremo* e sci-alpinismo o pratica dello sci al di fuori delle *aeree sciabili* attrezzate;
- n) sci fuoripista (fatto salvo quanto indicato all'art. 11), salto da trampolino con sci, snow-kite;
- o) mancato uso del casco protettivo come previsto dalla legge 363/2003;
- p) slavine, da qualsiasi causa provocate;
- q) svolgimento di attività sportive praticate a livello professionistico;
- r) operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.
- s) *malattie mentali* e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicità.

Sono inoltre escluse le spese per cure o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite nonché per cure/interventi di chirurgia estetica non relative ad interventi di chirurgia ricostruttiva.

Art. 17 - ESCLUSIONI valide per le sezioni C) RESPONSABILITA' CIVILE DELLO SCIATORE - F) TUTELA LEGALE

Sono esclusi dall'*assicurazione* i danni:

- a) da furto;
- b) cagionati dolosamente dall'*Assicurato*;
- c) derivanti dalla proprietà, possesso, uso e guida di mezzi a motore;
- d) derivanti dalla detenzione di sostanze tossiche o radioattive e da inquinamento del suolo, dell'aria e dell'acqua;
- e) provocati sotto l'influsso di sostanze stupefacenti o in stato di ubriachezza;
- f) derivanti da inosservanza cosciente di disposizioni o proibizioni delle autorità che hanno in gestione l'*area sciabile*;
- g) derivanti dalla pratica dello *sci acrobatico, sci estremo*, sci-alpinismo, salto dal trampolino, snow-kite, o al di fuori delle *aeree sciabili* attrezzate ovvero derivanti da sci fuoripista (fatto salvo quanto indicato all'art. 12);
- h) derivanti dallo svolgimento di attività sportive praticate a livello professionistico (*sport professionistico*);
- i) alle cose che l'*Assicurato* detenga a qualsiasi titolo;
- j) derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi.

Sono inoltre esclusi i *sinistri* per i quali l'*Assicurato* abbia fatto transazioni di ogni genere con il danneggiato senza il preventivo benestare della *Compagnia*, ivi compreso il riconoscimento di responsabilità parziale o totale.

A. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA

Art. 18 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Fermo quanto previsto dall'art. 12 "Rischi assicurati", la *Compagnia*, attraverso la *Struttura Organizzativa*, in caso di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza* organizza ed eroga le seguenti prestazioni.

1. **Consulto medico telefonico:** la *Struttura Organizzativa* è a disposizione dell'*Assicurato* per organizzare un consulto medico telefonico in caso di infortunio rientrante nelle modalità previste nell'art. 12 "Rischi assicurati".
2. **Segnalazione di un medico specialista:** qualora, in seguito al consulto medico telefonico, l'*Assicurato* dovesse sottoporsi ad una visita specialistica, la *Struttura Organizzativa* segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'*Assicurato*.
3. **Rientro dell'*Assicurato* convalescente al proprio domicilio:** qualora l'*Assicurato* in seguito alle dimissioni di *ricovero* non fosse obiettivamente in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la *Struttura Organizzativa* organizza e prende a proprio carico le spese di rientro, **fino alla concorrenza di euro 250 se in Italia e fino alla concorrenza di euro 500 se dall'estero.**
4. **Viaggio di un familiare in caso di ricovero:** qualora l'*Assicurato* venga ricoverato con una prognosi di degenza superiore a 5 (cinque) giorni, la *Struttura Organizzativa* fornirà un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere ad un familiare di raggiungere l'*Assicurato* ricoverato; sono incluse le spese di albergo (pernottamento e prima colazione) del familiare **fino alla concorrenza di euro 300 con un massimo di euro 60 al giorno.**
5. **Spese di soccorso in toboga sulle piste da sci o trasporto in ambulanza:** qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* di cui all'art. 12 "Rischi Assicurati", necessiti:

- ✓ dell'intervento del soccorso sulle piste da sci, **con conseguente trasporto a valle mediante toboga;**
 - ✓ oppure del **trasporto in ambulanza** sino all'*Istituto di cura* di primo soccorso, **fino alla concorrenza di euro 600.**
6. **Spese di soccorso in elicottero sulle piste da sci:** qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* di cui all'art. 12 "Rischi assicurati", necessiti l'intervento del soccorso sulle piste da sci, con conseguente trasporto mediante elicottero, la *Struttura Organizzativa* tiene a proprio carico le spese di soccorso per tutte le spedizioni organizzate da organismi di salvataggio, **fino alla concorrenza di euro 1.500.**

Art. 19 - OPERATIVITÀ DELLE PRESTAZIONI

La garanzia opera mediante contatto telefonico con la *Struttura Organizzativa* in funzione 24 ore su 24, 365 giorni l'anno. Per le modalità di attivazione delle prestazioni di assistenza si rimanda all'art. 40 "Denuncia del sinistro ed Obblighi dell'Assicurato".

Per ogni Assicurato, ciascuna prestazione non è fornita più di tre volte per anno di validità della polizza; in caso di polizze con durata inferiore all'anno, ciascuna prestazione potrà essere fornita una sola volta.

Art. 20 - ULTERIORI ESCLUSIONI

- a) La *Compagnia* non riconosce, e quindi non tiene a proprio carico, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla *Struttura Organizzativa*, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della *Compagnia*.
- b) La *Compagnia* non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.
- c) Sono escluse le spese di ricerca dell'*Assicurato*.
- d) Qualora l'*Assicurato* non usufruisca di una o più prestazioni, la *Struttura Organizzativa* non è tenuta a fornire *indennizzi* alternativi di alcun genere a titolo di compensazione.
- e) Il diritto alle prestazioni di assistenza decade qualora l'*Assicurato* non abbia preso contatto con la *Struttura Organizzativa* al verificarsi del *sinistro*.
- f) La *Struttura Organizzativa* non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.

B. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

Art. 21 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Fermo quanto previsto dall'art. 12 "Rischi assicurati", la *Compagnia*, in caso di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza* purché avvenuto durante il periodo di validità della garanzia, eroga le seguenti prestazioni:

A - SPESE MEDICHE OSPEDALIERE NON PROCASTINABILI

Qualora l'*Assicurato* venga ricoverato per cure o *interventi chirurgici* urgenti e non procrastinabili, **purché l'Assicurato abbia contattato la Struttura Organizzativa e sia stato preventivamente autorizzato dalla stessa**, la *Compagnia* pagherà direttamente le spese mediche ospedaliere **fino a concorrenza della somma assicurata fissata in euro 5.000 per periodo di validità della polizza.**

La garanzia sarà prestata:

- ✓ fino alla data di dimissioni dall'*Istituto di cura*;
- ✓ **per un periodo non superiore a 120 giorni complessivi di degenza.**

Nei casi in cui la *Struttura Organizzativa* non possa effettuare il pagamento diretto, ovvero quando l'*Assicurato* non abbia preventivamente contattato quest'ultima, **le spese saranno rimborsate fino a concorrenza di euro 5.000 per periodo di validità della polizza.**

B - ALTRE SPESE MEDICHE A RIMBORSO

Anche senza preventiva autorizzazione della *Struttura Organizzativa*, la *Compagnia* provvede al rimborso delle seguenti spese:

- ✓ per spese farmaceutiche, purché sostenute a seguito di prescrizione medica, visite mediche e cure ambulatoriali, **fino alla concorrenza di euro 750 per periodo di validità della polizza e previa detrazione di una franchigia di euro 50 per sinistro;**
- ✓ per cure riabilitative e apparecchi ortopedici (purché effettuate nei 5 giorni successivi al rientro presso il proprio domicilio), **fino alla concorrenza di euro 250 per periodo di validità della polizza e previa detrazione di una franchigia di euro 50 per sinistro.**

C. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE DELLO SCIATORE

Art. 22 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La *Compagnia* si obbliga a tenere indenne l'*Assicurato*, nei limiti del massimale di cui all'art. 24, di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione allo esercizio delle attività di cui all'art. 12 "Rischi assicurati".

Art. 23 - PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Non sono considerati terzi:

- ✓ il coniuge o il convivente more uxorio,
- ✓ i genitori,
- ✓ i figli di tutti i soggetti assicurati, nonché qualsiasi altro loro parente od affine convivente.

Art. 24 - MASSIMALE ASSICURATO E FRANCHIGIA

L'**assicurazione** è prestata fino alla concorrenza del massimale di euro **250.000** per capitali, interessi e spese per *sinistro* e per il periodo di validità della *polizza*.

L'**assicurazione** è prestata, limitatamente ai danni a cose, con applicazione di una **franchigia** di euro **500** per *sinistro*.

Art. 25 - SECONDO RISCHIO EVENTUALE

In presenza di altro contratto stipulato in precedenza dall'*Assicurato* e/o da altri soggetti, che assicura tutti o parte dei rischi coperti dalla presente *polizza*, quest'ultima - sempre nei limiti convenuti - si intende operante per l'eventuale parte di danno non risarcito dalla copertura precedentemente stipulata.

Art. 26 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

In caso di *sinistro*, la *Compagnia* assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale, che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'*Assicurato*, designando, ove occorra, legali e tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'*Assicurato* stesso.

Sono a carico della *Compagnia* le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'*Assicurato*, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito nella presente *polizza* per il danno cui si riferisce la domanda. **Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra la *Compagnia* e l'*Assicurato*, in proporzione del rispettivo interesse.**

La *Compagnia* non riconosce per altro spese sostenute dall'*Assicurato* per legali o tecnici che non siano da essa designati, e non risponde di multe o ammende e delle spese di giustizia penale.

D. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Art. 27 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Fermo quanto previsto dall'art. 12 "Rischi assicurati", la *Compagnia*, in caso di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, assicura le garanzie di seguito specificate.

Art. 28 - MORTE

Se l'*infortunio* ha come conseguenza la morte, la *Compagnia* corrisponde la somma assicurata, pari a euro **50.000**, agli eredi dell'*Assicurato* in parti uguali.

L'**indennizzo** per il caso di morte non è cumulabile con quello per **invalidità permanente**.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un **indennizzo per invalidità permanente** l'*Assicurato* muore in conseguenza del medesimo *infortunio*, la *Compagnia* corrisponde agli eredi dell'*Assicurato* soltanto la differenza tra l'**indennizzo per morte** - se superiore - e quello già pagato per **invalidità permanente**.

La garanzia opera purché il decesso si verifichi entro **2 anni** dall'*infortunio*, anche successivamente alla scadenza della *polizza*.

Art. 29 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'*infortunio* ha come conseguenza una **invalidità permanente**, la *Compagnia* corrisponde un **indennizzo**, sulla base di una somma assicurata di euro **50.000** e delle seguenti modalità:

- a) L'**indennizzo** per il caso di **invalidità permanente** è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della *polizza* - **entro 2 anni dal giorno dell'infortunio denunciato ed in rapporto causale**.
- b) Se l'*infortunio* ha come conseguenza l'**invalidità permanente** definitiva totale, la *Compagnia* corrisponde l'intera somma assicurata, al netto della franchigia prevista.
- c) **Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo per Invalidità permanente viene calcolato sulla somma assicurata (ferma l'applicazione della franchigia prevista), in proporzione al grado di Invalidità accertato, secondo i criteri e le percentuali indicate all'art. 32 "Accertamento del grado di invalidità permanente".**
- d) **Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva, non determinabile sulla base dei valori specificati nella suindicata tabella, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:**
 - ✓ nel caso di minorazioni, anziché di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle specificate nella tabella, le percentuali sopraindicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - ✓ nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;

- ✓ nel caso in cui l'*invalidità permanente* non sia determinabile sulla base dei valori e dei criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopraindicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'*Assicurato* allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- e) La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.
- f) Il grado di *invalidità permanente* viene stabilito al momento in cui le condizioni fisiche dell'*Assicurato* sono divenute permanentemente irreversibili; **in caso di controversia vale l'art. 31 "Controversie - Arbitrato Irrituale"**.
- g) **FRANCHIGIA: non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 5%; in caso di invalidità permanente superiore a tale percentuale, l'indennizzo è liquidato solo per la parte eccedente.**

Art. 30 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La *Compagnia* corrisponde l'*indennizzo* per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'*infortunio*. Se, al momento dell'*infortunio*, l'*Assicurato* non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'*infortunio* avesse colpito una persona integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dall'art. 32 "Accertamento del grado di invalidità permanente", sono diminuite tenendo conto del grado di *invalidità permanente* preesistente.

Art. 31 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

L'*indennizzo* è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sulla indennizzabilità del *sinistro* e sul grado di *Invalidità permanente*, nonché sulla applicazione dei criteri di indennizzabilità, possono essere demandate per iscritto dalle *Parti*, ad un collegio di tre medici, nominati uno per *Parte* e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituti di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'*Assicurato*. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

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

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e **sono vincolanti per le *Parti*, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali**. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle *Parti*.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le *Parti* anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 32 - ACCERTAMENTO DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

L'*indennizzo* è calcolato sulla somma assicurata per *invalidità permanente* in proporzione al grado di invalidità accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni, desunte sulla base della Tabella delle valutazioni del grado percentuale di *invalidità permanente* (ex tabella INAIL, all. n.1 DPR 30 giugno 1965 n.1124):

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Perdita totale, anatomica o funzionale			
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambi le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30	
Di un rene con integrità del rene superstite		25	
Della milza senza alterazioni della crasi ematica		15	
Di un testicolo (non si corrisponde indennità)		0	
Dell'integrità della clavicola (esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione funzionale dei movimenti del braccio).		5	
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) in arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola.	50		40
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola.	40		30
Di un braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85		75
b) per amputazione al terzo superiore	80		70
Di un braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Di un avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Di tutte le dita della mano	65		55

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Perdita totale, anatomica o funzionale			
Del pollice e del primo metacarpo	35		30
Del pollice	28		23
Dell'indice	15		13
Del medio		12	
Dell'anulare		8	
Del mignolo		12	
Della falange ungueale del pollice	15		12
Della falange ungueale dell'indice	7		6
Della falange ungueale del medio		5	
Della falange ungueale dell'anulare		3	
Della falange ungueale del mignolo		5	
Delle due ultime falangi dell'indice	11		9
Delle due ultime falangi del medio		8	
Delle due ultime falangi dell'anulare		6	
Delle due ultime falangi del mignolo		8	
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) con angolazione tra 110° - 75°:			
c) in semipronazione	30		25
d) in pronazione	35		30
e) in supinazione	45		40
f) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25		20
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in flessione massima o quasi	55		50
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in estensione completa o quasi:			
a) in semipronazione	40		25
b) in pronazione	45		40
c) in supinazione	55		50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35		30
Della funzionalità dell'articolazione radio-carpica (anchilosi completa) in estensione rettilinea	18		15
se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a) in semipronazione	22		18
b) in pronazione	25		22
c) in supinazione	35		30
Della funzionalità dell'articolazione coxo-femorale (anchilosi completa) con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di apparecchio di protesi		80	
Di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30	
Dell'alluce e corrispondente metatarso		16	
Del solo alluce		7	
Di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni dito perduto è valutato il		3	
Della funzionalità dell'articolazione del ginocchio (anchilosi completa rettilinea)		35	
Della funzionalità della articolazione tibio-tarsica (anchilosi completa ad angolo retto)		20	
Di lunghezza (semplice accorciamento) di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva			
Visus Perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

- 1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- 2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- 3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità dei vizi di refrazione.
- 4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata in 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- 5) In caso di afachia monolaterale:

	Percentuali
✓ con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
✓ con visus corretto di 7/10	18%

- ✓ con visus corretto di 6/10 21%
 - ✓ con visus corretto di 5/10 24%
 - ✓ con visus corretto di 4/10 28%
 - ✓ con visus corretto di 3/10 32%
 - ✓ con visus corretto inferiore a 3/10 35%
- 6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.
- 7) In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

E. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE RIMBORSO SPESE DELLO SCIATORE

Art. 33 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Fermo quanto previsto dall'art. 12 "Rischi assicurati" la *Compagnia*, qualora l'*Assicurato*, in seguito ad *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*,

✓ venga ricoverato presso un *Istituto di cura*,
ovvero

✓ sia soggetto ad applicazione di un *apparecchio gessato*,

rimborso la quota parte del costo sostenuto dall'*Assicurato* stesso per l'acquisto di:

- a) skipass, con il limite di euro 100 per periodo di validità della polizza,
- b) lezioni di sci, con il limite di euro 100 per periodo di validità della polizza,
- c) noleggio dell'attrezzatura sportiva (sci e racchette, scarponi, casco), con il limite di euro 100 per periodo di validità della polizza,

esclusivamente per il periodo di loro validità residua e comunque per un periodo non superiore a quello in cui l'*Assicurato* sia impossibilitato a praticare attività sportive amatoriali sulla neve, come attestato da apposito certificato medico.

Ai fini della determinazione del periodo di validità residua dello skipass, il giorno di acquisto di quest'ultimo viene considerato come un giorno intero, a prescindere dal momento in cui si è verificato l'*infortunio* e quindi non potrà essere rimborsato.

Resta inteso che il rimborso da parte della *Compagnia* è subordinato al fatto che:

- ✓ lo skipass, le lezioni di sci e l'*attrezzatura sportiva* noleggiata non siano stati utilizzati per tutto il periodo per il quale è stato richiesto il rimborso dei relativi costi;
- ✓ i costi per l'acquisto dello skipass, delle lezioni di sci e per il noleggio dell'*attrezzatura sportiva* siano stati sostenuti in data anteriore al verificarsi del suddetto *infortunio*;

fermo restando che qualora le condizioni di validità dello skipass prevedano il rimborso della quota parte non goduta a seguito di *infortunio*, la *Compagnia* non è tenuta ad effettuare alcun rimborso.

F. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE TUTELA LEGALE

Premessa

La gestione dei *sinistri Tutela Legale* è stata affidata dalla *Compagnia* a:

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma in seguito denominata "I.P.A.", alla quale l'*Assicurato* può rivolgersi direttamente.

Art. 34 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La *Compagnia*, per la gestione e la liquidazione dei *sinistri* accaduti nell'ambito della vita privata, fatto salvo quanto regolamentato dall'art. 39 "Insorgenza del sinistro - Operatività della garanzia", alle condizioni di seguito indicate e **nei limiti del massimale di cui all'art. 35 "Massimale", valido per sinistro e per periodo di validità della polizza**, assicura la *Tutela Legale*, compresi i relativi oneri non ripetibili della controparte, occorrente all'*Assicurato* per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nei casi indicati nelle condizioni di *assicurazione*, **esclusivamente derivanti da infortunio e/o da incidente occorso all'*Assicurato* nell'area sciabile.**

L'*assicurazione* comprende i seguenti oneri:

- ✓ le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del *sinistro*;
- ✓ le spese per mediazioni stabilite dalla Legge;
- ✓ le eventuali spese del legale di controparte, in caso di transazione autorizzata da I.P.A.;
- ✓ le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di periti in genere, purché concordate con I.P.A.;
- ✓ le spese processuali nel processo penale ai sensi dell'articolo 535 Codice di Procedura Penale;
- ✓ il Contributo Unificato per le spese degli atti giudiziari, se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza;
- ✓ le spese attinenti all'esecuzione forzata limitatamente ai primi due tentativi esperiti dall'*Assicurato*;
- ✓ le spese investigative per la ricerca e l'acquisizione di prove a difesa;
- ✓ le spese per le indagini volte alla ricerca di prove a difesa e discolpa dell'*Assicurato*;

È garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'art. 41 "Libera scelta del legale".

Art. 35 - MASSIMALE

La garanzia prevede un limite per singolo *Assicurato* di euro 3.000 per *sinistro* e per periodo di validità della *polizza*. Fermo il limite di cui sopra, si precisa che, unicamente in fase giudiziale, qualora il distretto di Corte d'Appello nel quale venga radicato il procedimento giudiziario sia diverso da quello di residenza dell'*Assicurato*, le spese per un secondo legale domiciliatario vengono riconosciute all'*Assicurato* sino ad un importo massimo di euro 2.500, mentre le spese riferite ad oneri per la registrazione degli atti giudiziari sino ad un importo massimo di euro 500.

Art. 36 - PRESTAZIONI GARANTITE

Gli oneri indennizzabili previsti nel presente contratto valgono tassativamente per i seguenti casi:

1. L'azione in sede civile (o l'eventuale costituzione di parte civile nell'ambito di procedimenti penali) per controversie di natura contrattuale aventi come controparte le società che hanno in gestione gli impianti sciistici e di risalita (comprensori sciistici).
2. L'azione in sede civile (o l'eventuale costituzione di parte civile nell'ambito di procedimenti penali) per ottenere il risarcimento di danni provocati da terzi, derivanti da infortuni o incidenti verificatisi all'interno dell'area sciabile.
3. la difesa in sede penale nei procedimenti per reati colposi legati ad eventuali danni cagionati a persone terze. La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato.

Art. 37 - PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Non sono considerati terzi:

- ✓ il coniuge o il convivente more uxorio,
- ✓ i genitori,
- ✓ i figli di tutti i soggetti assicurati, nonché qualsiasi altro loro parente od affine convivente.

Art. 38 - ULTERIORI ESCLUSIONI

Non sono in garanzia le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

- 1) il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- 2) gli oneri fiscali (bollatura documenti e atti, spese di registrazione di sentenze e atti in genere, ecc.);
- 3) le spese per controversie derivanti da fatti dolosi dell'*Assicurato*;
- 4) le spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario;
- 5) le spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'*Assicurato* nei procedimenti penali, ai sensi dell'articolo n. 541 Codice di Procedura Penale;
- 6) le spese relative a professionisti non iscritti nell'apposito albo professionale ove prescritto dalla Legge;
- 7) il pagamento di spese connesse all'esecuzione delle pene detentive ed alla custodia di cose;
- 8) le operazioni di esecuzione forzata oltre due esiti negativi.

Inoltre, la garanzia non è operante per le controversie:

- 9) di natura contrattuale, anche nei confronti della *Compagnia*, salvo quanto previsto all'art. 36 "Prestazioni Garantite";
- 10) per le quali sia ipotizzabile la responsabilità professionale del legale incaricato;
- 11) in materia di diritto di famiglia e delle successioni e delle donazioni;
- 12) di valore inferiore a euro 250;
- 13) derivanti da controversie per il recupero crediti;
- 14) per vertenze inerenti contratti di appalto e/o subappalto;
- 15) non espressamente richiamate tra le voci dell'art. 36 "Prestazioni Garantite".

Art. 39 - INSORGENZA DEL SINISTRO - OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA

La garanzia viene prestata per le *controversie* insorte durante il periodo di validità del contratto e determinate da fatti generati altresì verificatisi nel periodo di validità dell'*assicurazione*.

Ai fini del comma precedente, i fatti che hanno dato origine alla *controversia* si intendono avvenuti nel momento iniziale della violazione della norma o dell'inadempimento; qualora il fatto che dà origine al *sinistro* si protragga attraverso più atti successivi, il *sinistro* stesso si considera avvenuto nel momento in cui è stato posto in essere il primo atto.

Le vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse, si considerano a tutti gli effetti un *unico sinistro*. In caso di imputazioni a carico di più persone assicurate e dovute al medesimo fatto, il *sinistro* è unico a tutti gli effetti.

Qualora coesistano una o più assicurazioni di *Tutela Legale* sul medesimo rischio coperto dal presente contratto, la garanzia è prevista da quest'ultima opera dopo esaurimento di quanto dovuto dalle altre assicurazioni.

NORME IN CASO DI SINISTRO

PREMESSA

Helvetia (la *Compagnia*) si avvale:

- ✓ per la gestione e liquidazione dei sinistri, della società INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Ufficio Sinistri - Casella Postale 20175 - Via Eroi di Cefalonia - 00128 Spinaceto - Roma
- ✓ per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza da parte della *Struttura Organizzativa*, la Centrale Operativa di INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma.

Art. 40 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Fermo quanto indicato all'art. 42 "Modalità di denuncia dei sinistri - esclusa la sezione Assistenza", in caso di *sinistro* valgono le norme di seguito specificate:

A - SEZIONI "ASSISTENZA" E "RIMBORSO SPESE DELLO SCIATORE"

L'Assicurato, o chi agisce in sua vece, deve contattare immediatamente la *Struttura Organizzativa*, attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno, ai seguenti numeri telefonici:

- ✓ **800 052738** (numero verde da utilizzare esclusivamente per chiamate dall'Italia)
- ✓ **+ 39 06 42115474** (numero nero da utilizzare per chiamate dall'Italia e dall'estero)

Inoltre, dovrà comunicare:

- ✓ dati anagrafici dell'Assicurato;
- ✓ numero di polizza;
- ✓ tipo di intervento richiesto;
- ✓ recapito telefonico temporaneo;
- ✓ dati dell'Ospedale (nome e recapito telefonico, reparto di ricovero, nome del medico che ha preso in cura il paziente);
- ✓ recapito di eventuali familiari/accompagnatori dell'Assicurato.

L'Assicurato è tenuto ad esibire lo skipass o copia dello stesso ovvero, in caso di *sinistro* occorso sulle piste da sci di fondo, documento comprovante il pagamento dell'ingresso all'anello/pista di fondo.

Relativamente alla Sezione "Rimborso spese di cura da infortunio", qualora l'Assicurato non abbia contattato la *Struttura Organizzativa*, ovvero qualora la *Struttura Organizzativa* non abbia potuto effettuare il pagamento diretto, il rimborso viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali della cartella clinica (in caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* senza *ricovero*), documentazione medica relativa alle prestazioni garantite dalla *polizza* e degli originali di notule, distinte e ricevute di pagamento debitamente quietanzate.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi la documentazione **in originale** per ottenere il rimborso, la *Compagnia* effettua il pagamento di quanto dovuto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predefiniti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

L'Assicurato è tenuto ad esibire lo skipass o copia dello stesso ovvero, in caso di *sinistro* occorso sulle piste da sci di fondo, documento comprovante il pagamento dell'ingresso all'anello/pista di fondo.

B - SEZIONE "RESPONSABILITÀ CIVILE"

In caso di *sinistro*, l'Assicurato deve:

- ✓ fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno (art. 1914 Codice Civile);
- ✓ darne avviso scritto all'Intermediario cui è assegnata la *polizza*, o alla Direzione della *Compagnia*, entro 3 giorni da quando ne ha avuto la possibilità (art. 1913 Codice Civile).

L'inadempimento di uno di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo* (art. 1915 Codice Civile).

L'Assicurato è tenuto ad esibire lo skipass o copia dello stesso ovvero, in caso di *sinistro* occorso sulle piste da sci di fondo documento comprovante il pagamento dell'ingresso all'anello/pista di fondo.

C - SEZIONE "MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO"

L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- ✓ fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura;
- ✓ darne avviso scritto alla *Compagnia* entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 Codice Civile.

La denuncia del *sinistro* deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, gli aventi diritto devono consentire alla visita di medici della *Compagnia* ed a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla *Compagnia*) che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

L'Assicurato o - in caso di morte di quest'ultimo - i suoi aventi diritto sono tenuti ad esibire lo skipass o copia dello stesso ovvero, in caso di sinistro occorso sulle piste da sci di fondo documento comprovante il pagamento dell'ingresso all'anello/pista di fondo.

L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 Codice Civile).

In caso di morte da infortunio dell'Assicurato, il beneficiario identificato in polizza o, in difetto, gli eredi legittimi e/o testamentari, devono presentare:

- documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero;
- certificato di morte;
- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i beneficiari o gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la *Compagnia* dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Si precisa che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta **sono a carico dell'Assicurato**.

1. Obblighi della Compagnia sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 30 "Criteri di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.

La *Compagnia* s'impegna a comunicare all'Assicurato, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

2. Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato decede, per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la *Compagnia*, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza

- l'importo offerto

oppure, se non vi è stata ancora l'offerta

- l'importo oggettivamente determinabile dalla *Compagnia* con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente punto 1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro, **fornendo, in ogni caso, alla Compagnia il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti** (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), **corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.**

Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dovranno fornire alla Compagnia:

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la *Compagnia* dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Compagnia, gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Compagnia e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

La *Compagnia* s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

3. Modalità di pagamento dell'indennizzo per tutte le garanzie infortuni

La *Compagnia* disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà effettuata in Italia.

D - SEZIONE "RIMBORSO SPESE DELLO SCIATORE"

In caso di *sinistro* l'Assicurato è tenuto a presentare:

- ✓ copia conforme dell'originale dell'eventuale cartella clinica, certificato medico riportante i giorni di prognosi e certificato di Pronto soccorso, redatto sul luogo del *sinistro*, riportante indicazioni relative alla lesione sofferta e la diagnosi medica relativa all'*infortunio* patito dall'Assicurato;
- ✓ lo skipass in originale o una fotocopia dello stesso in caso di skipass caricato su tessera o microchip, nonché le pezze giustificative in originale del noleggio dell'*attrezzatura sportiva* e delle lezioni di sci.

E - SEZIONE "TUTELA LEGALE"

In caso di *sinistro*, l'Assicurato deve denunciare immediatamente e comunque entro tre giorni a I.P.A. qualsiasi *sinistro* nel momento in cui si è verificato e/o ne ha avuto conoscenza. In ogni caso deve fare pervenire a I.P.A. notizia di ogni atto a lui notificato entro tre giorni dalla data della notifica stessa e comunque non oltre i 24 *mesi* dalla data di insorgenza della *controversia*.

In caso contrario l'Assicurato sarà ritenuto responsabile del maggior danno che il ritardo nella denuncia potrà comportare.

La denuncia del caso dovrà essere completa, veritiera e corredata da idonea documentazione incluso ogni mezzo di prova a disposizione e necessario per permettere a I.P.A. di tutelare gli interessi dell'Assicurato.

A titolo esemplificativo, dovranno essere forniti:

- ✓ le generalità e recapiti della controparte;
- ✓ gli estremi della *controversia* con l'indicazione delle pretese/contestazioni proprie e/o di controparte ed i riferimenti temporali della vicenda;
- ✓ copia della corrispondenza intercorsa;
- ✓ copia dei documenti rilevanti (contratti, fatture, ricevute, verbali, certificati, fotografie ecc.);
- ✓ dichiarazioni testimoniali corredate da copia di un documento di identità del teste;
- ✓ copia dell'informazione di garanzia o ogni altro atto notificato all'Assicurato.

In mancanza, I.P.A. non potrà essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del caso, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

Art. 41 - LIBERA SCELTA DEL LEGALE (valido per la sezione Tutela Legale)

Qualora la *controversia* comporti la necessità di instaurare un procedimento giudiziale, l'Assicurato è tenuto a scegliere il legale, cui affidare la tutela dei suoi interessi, residente nel luogo ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la *controversia*, indicando a I.P.A. il relativo nominativo, contestualmente alla denuncia del *sinistro*.

Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, I.P.A. potrà nominare direttamente il legale.

Ove si renda necessario l'intervento di un secondo legale domiciliatario, I.P.A. fornisce al legale incaricato il nominativo del legale domiciliatario e riconosce le relative spese di domiciliazione.

In nessun caso l'Assicurato potrà dare autonomamente incarico al legale, così come nominare consulenti tecnici di parte o periti, senza aver ricevuto la preventiva autorizzazione da parte di I.P.A., pena l'esclusione al diritto di *indennizzo*.

Art. 42 - FORNITURA DEI MEZZI DI PROVA E DEI DOCUMENTI OCCORRENTI ALLA PRESTAZIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA TUTELA LEGALE

In caso di *sinistro* l'Assicurato è tenuto a:

- ✓ informare immediatamente I.P.A., in modo completo e veritiero, di tutti i particolari del *sinistro* nonché, indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;
- ✓ conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, previa autorizzazione ricevuta da I.P.A., nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

Art. 43 - GESTIONE DEL SINISTRO TUTELA LEGALE

Ricevuta la denuncia del *sinistro*, I.P.A. valuta se esistono i presupposti per realizzare un bonario componimento della *controversia*. Laddove possibile, **la gestione stragiudiziale della *controversia* è riservata a I.P.A.** che si avvarrà, eventualmente, di legali di sua scelta.

Qualora l'Assicurato abbia già dato mandato a legali / periti per la gestione della fase stragiudiziale, le conseguenti spese rimarranno a suo carico.

Nel caso in cui il bonario componimento non vada a buon fine, o nei casi in cui non sia possibile esperirlo, se le pretese dell'Assicurato risultino fondate, la pratica viene trasmessa al legale scelto nei termini dell'art. 40 sezione E) e dell'art. 41 "Libera scelta del legale".

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale soltanto se l'impugnazione presenta possibilità di successo.

I.P.A. non è responsabile dell'operato di legali, di consulenti tecnici di parte e di periti in genere.

L'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziarla che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di I.P.A., pena il rimborso delle spese legali e peritali da questa sostenute, fatto salvo quanto previsto dal successivo comma.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei *sinistri* tra l'Assicurato e I.P.A., fermo il diritto dell'Assicurato di adire le vie giudiziarie, scegliendo liberamente il proprio legale, con spese a suo carico, la decisione può essere demandata in via alternativa ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle Parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

I.P.A. avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

Art. 44 - RECUPERO DELLE SOMME (valido per la sezione Tutela Legale)

Spettano integralmente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

Spettano invece a I.P.A., che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

Art. 45 - MODALITÀ DI DENUNCIA DEI SINISTRI - esclusa la sezione Assistenza

I *sinistri* devono essere denunciati tramite posta, indirizzando la denuncia a Inter Partner Assistance S.A. - Ufficio Sinistri - Casella Postale 20175 - Via Eroi di Cefalonia - 00128 Spinaceto - Roma.

Per ogni denuncia di sinistro, fermo quanto precisato per ciascuna sezione interessata, l'Assicurato o chi agisce in sua vece deve fornire l'insieme dei documenti utili alla gestione del sinistro:

- ✓ numero di polizza;
- ✓ dati anagrafici e codice fiscale del destinatario del pagamento (ai sensi della legge n.248 del 4 agosto 2006);
- ✓ nome e indirizzo della Banca, codice IBAN, codice SWIFT nel caso di conto corrente estero;
- ✓ nome del titolare del conto corrente se differente dall'intestatario della pratica;
- ✓ luogo, giorno ed ora dell'evento nonché le circostanze e le cause che lo hanno determinato;
- ✓ skipass o ticket equipollente, valido per accedere all'*area sciabile*;
- ✓ idonea ed originale documentazione fiscale comprovanti esborsi ricompresi nella sezione RIMBORSO SPESE DELLO SCIATORE.

**CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI
DECIMA REVISIONE - ICD - 10 DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA'
SETTORE V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI**

Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici:

Demenza nella malattia di Alzheimer; Demenza vascolare; Demenza in altre malattie classificate altrove; Demenza non specificata; Sindrome amnesica organica, non indotta da alcol o da altre sostanze psicoattive; Delirium non indotto da alcol o da altre sostanze psicoattive; Altri disturbi psichici dovuti a danni o disfunzioni cerebrali e a malattie somatiche; Disturbi di personalità e del comportamento dovuti a malattia, lesione e disfunzioni cerebrali; Disturbi psichici organici o sintomatici non specificati.

Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive:

Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di altri stimolanti, compresa la caffeina; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di allucinogeni; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di solventi volatili; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive.

Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti:

Schizofrenia; Disturbo schizotipico; Disturbi deliranti persistenti; Disturbi psicotici acuti e transitori; Disturbo delirante indotto; Disturbi schizoaffettivi; Altri disturbi psicotici non organici; Psicosi non organica non specificata.

Disturbi dell'umore [affettivi]:

Episodio maniacale; Disturbo affettivo bipolare; Episodio depressivo; Disturbo depressivo ricorrente; Disturbi persistenti dell'umore [affettivi]; Disturbi dell'umore [affettivi] di altro tipo; Disturbo dell'umore [affettivo] non specificato.

Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi:

Disturbi ansioso-fobici; Altri disturbi d'ansia; Disturbo ossessivo-compulsivo; Reazione a grave stress e disturbi dell'adattamento; Disturbi dissociativi [di conversione]; Disturbi somatoformi; Altri disturbi nevrotici.

Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici:

Disturbi dell'alimentazione; Disturbi del sonno non organici; Disfunzione sessuale non causata da disturbo o malattia organica; Disturbi mentali o comportamentali associati con il puerperio non classificati; Fattori psicologici e comportamentali associati a disturbi o malattie classificati; Abuso di sostanze che non provocano dipendenza; Sindromi comportamentali non specificate associate a disturbi fisiologici e a fattori somatici.

Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto:

Disturbi di personalità specifici; Altri disturbi di personalità e forme miste; Modificazioni durature della personalità non attribuibili a danno o malattia cerebrale; Disturbi delle abitudini e degli impulsi; Disturbi dell'identità sessuale; Disturbo della preferenza sessuale; Problemi psicologici e comportamentali associati con lo sviluppo e l'orientamento sessuale; Altri disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto; Disturbo non specificato della personalità e del comportamento nell'adulto.

Ritardo mentale:

Ritardo mentale lieve; Ritardo mentale di media gravità; Ritardo mentale grave; Ritardo mentale profondo; Ritardo mentale di altro tipo; Ritardo mentale non specificato.

Disturbi dello sviluppo psicologico:

Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio; Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche; Disturbo evolutivo specifico della funzione motoria; Disturbo evolutivo specifico misto; Disturbi evolutivi globali; Disturbo dello sviluppo psicologico di altro tipo; Disturbo dello sviluppo psicologico non specificato.

Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza:

Disturbi ipercinetici; Disturbi della condotta; Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale; Disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia; Disturbo del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza; Disturbi a tipo tic; Altri disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza; Disturbo mentale non specificato; Disturbo mentale S.A.I.

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

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 in materia di privacy (di seguito Regolamento) e in relazione ai dati personali che Lei comunica alla Compagnia direttamente (es. tramite siti internet, portali, social media) o che sono da questa raccolti tramite la rete di intermediari e che formeranno oggetto di trattamento¹, La informiamo di quanto segue:

1. Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, con sede in via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano;

2. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento delle attività amministrativo-contabili (di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile), e di quelle attinenti l'esercizio dell'attività assicurativa, alla quale il Titolare è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, quali a titolo non esaustivo, la conclusione di nuovi contratti, gestione ed esecuzione dei contratti in essere, raccolta dei premi, riassicurazione, coassicurazione, gestione e liquidazione dei sinistri, liquidazione per altre cause, prestazioni a scadenza, recupero dei crediti, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, nonché per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio;
- b) qualora Lei presti il Suo consenso, può anche essere diretto, all'espletamento di attività 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 (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).

In relazione alle suddette finalità, il trattamento dei dati personali è svolto:

- c) anche con l'ausilio dei mezzi elettronici o comunque automatizzati. In questo caso, la decisione riguardante la valutazione dei Suoi aspetti personali, non si basa unicamente sul trattamento automatizzato;
- d) dall'organizzazione del Titolare tramite dipendenti e collaboratori autorizzati nell'ambito delle rispettive funzioni aziendali;
- e) da soggetti esterni a tale organizzazione facenti parte della catena assicurativa o da società di servizi, che potranno agire a seconda dei casi, come titolari autonomi del trattamento o come responsabili esterni del trattamento;
- f) per finalità di marketing, sia con strumenti tradizionali quali la posta cartacea e/o le chiamate con operatore, sia tramite strumenti automatizzati, ossia, sistemi di chiamata o di comunicazione di chiamata senza l'intervento di un operatore, mediante posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Mms (Multimedia Messaging Service) o Sms (Short Message Service) o di altro tipo.

3. Destinatari dei dati

I dati personali possono essere comunicati dal titolare per le finalità di cui al punto 2, lettera a), ove necessario per l'esecuzione di contratti o per obblighi di legge ad altri 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, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli); 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 delle 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 consortili 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).

4. Trasferimento dei dati verso paesi terzi

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso quei 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.

5. Periodo di conservazione dei dati

I dati personali sono conservati secondo i seguenti criteri:

- per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge (es. conservazione documentale);
- per il tempo strettamente necessario alla prestazione di eventuali servizi da Lei richiesti;
- per il tempo strettamente necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, indicate al punto 2;
- per dodici mesi, dalla scadenza del rapporto contrattuale, per i dati utilizzati ai soli fini di marketing e profilazione connessa al marketing.

6. Diritti dell'interessato

Il Regolamento Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di chiedere ai contitolari 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 e di opporsi in qualsiasi momento al trattamento per finalità di marketing e/o di profilazione connessa al marketing (diritto di opposizione), ex art. 21 del Regolamento. Per esercitare i diritti, può rivolgere richiesta al Responsabile della Protezione dei Dati, mediante lettera raccomandata all'indirizzo della Compagnia, telefax (n. 02.5351.969), o posta elettronica (privacy@helvetia.it).

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, Lei ha il diritto di proporre reclamo a un'Autorità di controllo, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento.

7. Comunicazione dei dati e conseguenze del rifiuto

Ferma la Sua autonomia, la comunicazione dei dati personali al titolare ed il loro trattamento è:

- a) strettamente necessaria allo svolgimento delle attività descritte al punto 2, lettera a);
- b) facoltativa ai fini dello svolgimento dell'attività descritte al punto 2, lettera b);

L'eventuale Suo rifiuto di fornire i dati ed autorizzarne il trattamento:

- nel caso in cui la comunicazione dei dati sia strettamente necessaria (lett. a), comporta l'impossibilità di adempiere, prima della conclusione del contratto, a Sue specifiche richieste, di concludere nuovi contratti di assicurazione ed eseguire i relativi obblighi e di gestire e liquidare i sinistri;
- nel caso in cui la comunicazione dei dati sia facoltativa (lett. b), preclude al Titolare la possibilità di svolgere attività di marketing e profilazione.

¹ Trattamento: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con, o senza, l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali, o a insiemi 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.

**Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia**

Via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano

Tel. 02 5351 1

Fax 02 5520360 - 5351461

www.helvetia.it - PEC: helvetia@actaliscertymail.it

Capitale Sociale franchi svizzeri 82.621.900 i.v.

N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano,
C.F. e Partita I.V.A. 01462690155 - R.E.A. n. 370476
Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric. Del M. Ind.,
Comm. Ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n.2
G.U. n. 357 del 31/12/1984 Prov. ISVAP n. 00757
del 19/12/1997 pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/1997
Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 2.00002
Iscr. Albo Gruppi Ass. n°d'ord. 031