

FASCICOLO INFORMATIVO

Contratto di assicurazione infortuni:

CUMULATIVO PROFESSIONALE PERSONALE MARITTIMO (EQUIPAGGI)

Mod. FI-CUIMARPREQ1 - Ed. 12/2016

Il presente fascicolo informativo, riservato esclusivamente a contratti cumulativi da stipulare direttamente con la Direzione di Helvetia Italia Assicurazioni previo accordo con essa, contiene:

- a) Nota informativa**
 - b) Condizioni di assicurazione**
- e deve essere consegnato alla Società Contraente prima della sottoscrizione.**

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la nota informativa

**Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
una Società del Gruppo Helvetia**

helvetia 

**Nota Informativa per contratto di assicurazione
infortuni:**

**CUMULATIVO PROFESSIONALE PERSONALE
MARITTIMO (EQUIPAGGI)**

Mod.35NICUIMARPREQ1 - aggiornato al 31.12.2016

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

La presente nota informativa ha lo scopo di fornire al Contraente tutte le informazioni preliminari necessarie per poter conoscere in modo corretto e completo le caratteristiche del contratto di assicurazione **CUMULATIVO INFORTUNI PROFESSIONALE PERSONALE MARITTIMO (EQUIPAGGI)**.

La nota informativa si articola in quattro sezioni: informazioni relative all'impresa di assicurazione, informazioni relative al contratto, informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami, glossario.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a) Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., società soggetta alla direzione e al coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, iscrizione albo gruppi assicurativi n. d'ordine 031;

b) sede legale sita in Italia, via G.B. Cassinis 21 - 20139 Milano;

c) telefono n. 02 5351.1, fax n. 02 5351.829, sito internet www.helvetiaitalia.it, posta elettronica infoclienti@helvetiaitalia.it; PEC helvetiaitalia@pec.helvetia.it

d) Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20 Giugno 1986 (G.U. del 28.6.1986 n.148) e successive autorizzazioni, iscrizione albo imprese di assicurazione n. 1.00062.

e) Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. opera nel settore degli Affinity Group, ovvero gruppi di persone che presentino caratteristiche omogenee per i quali creare prodotti, tariffe e condizioni su misura, nonché applicare metodi e sistemi atti a semplificare l'accesso ai servizi assicurativi da parte dei singoli individui.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

I dati relativi all'ultimo bilancio approvato (2015) indicano che Helvetia Italia Assicurazioni ha un patrimonio netto di 39,4 milioni di euro, di cui 15,6 milioni di euro rappresentano il capitale sociale e 23,8 milioni di euro rappresentano il totale delle riserve patrimoniali e l'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 4,25; si precisa che tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo.

AVVERTENZA: così come indicato all'art.24 delle condizioni di assicurazione, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza, il contratto si intende prorogato per 365giorni/366(se anno bisestile) e così successivamente.

3. Coperture assicurative offerte

A fronte di un'unica garanzia infortuni, il contratto assicura sia il caso morte che il caso di invalidità permanente residuata a seguito di infortunio subito dall'Assicurato nell'esercizio di attività professionali.

AVVERTENZA: l'assicurazione non è operante (esclusioni) nei casi indicati all'art.10 delle condizioni di assicurazione, tra i quali si segnala in particolare il caso di infortunio occorso in stato di ebbrezza ovvero sotto l'influenza di sostanze stupefacenti. Inoltre se alle scadenze convenute il Contraente non paga il premio dovuto, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del quindicesimo giorno successivo alla suddetta scadenza e si riattiverà dalle ore 24,00 del giorno in cui il Contraente paga il premio.

AVVERTENZA: ciascun Assicurato può conoscere il proprio massimale/somma assicurata, consultando l'art.20 delle condizioni di assicurazione. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Si precisa inoltre che il contratto prevede l'applicazione di una franchigia sull'indennizzo previsto per invalidità permanente, così come indicato all'art.21 delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: il contratto prevede il limite di età assicurabile di settantacinque anni, così come indicato all'art.2 delle condizioni di assicurazione.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

AVVERTENZA: premesso che il Contraente, così come indicato all'art.5 delle condizioni di assicurazione è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali invalidità preesistenti degli Assicurati, si precisa che le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e sulla determinazione del relativo premio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile). In questo caso il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta, in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

AVVERTENZA: il contratto è nullo, così come previsto dall'art. 1895 del Codice Civile, se il rischio per il quale il Contraente lo ha stipulato non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione dello stesso.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente non deve comunicare alla Società, per ciascun Assicurato, eventuali aggravamenti e diminuzioni del rischio e pertanto non trovano applicazione le disposizioni di cui al punto "4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità".

6. Premi

Il pagamento del premio è consentito con periodicità annuale (unica soluzione). I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono assegno, bancomat, bollettino postale, bonifico, denaro contante, con i limiti e le modalità previsti dalla normativa antiriciclaggio vigente.

AVVERTENZA: L'ammontare del premio/tasso di premio è concordato in polizza tra la Società ed il Contraente.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Relativamente al premio, si richiama quanto previsto dal punto "6. Premi", mentre per quanto riguarda le somme assicurate, così come indicato al punto "3. Coperture assicurative offerte" **ciascun Assicurato può conoscere il proprio massimale/somma assicurata, consultando l'art. 20 delle condizioni di assicurazione.**

8. Informativa in corso di contratto

La Società ha l'obbligo di fornire riscontro per iscritto ad ogni richiesta di informazione presentata dal Contraente o dagli aventi diritto in merito al rapporto assicurativo, entro venti giorni dal ricevimento della richiesta.

La Società comunica per iscritto al Contraente eventuali modifiche normative del Fascicolo informativo, mentre eventuali aggiornamenti non normativi del Fascicolo informativo sono pubblicati sul sito internet www.helvetiaitalia.it

9. Diritto di recesso

Così come già precisato precedentemente, il contratto cessa alla data di scadenza indicata in polizza.

AVVERTENZA: per ciascun Assicurato, così come indicato all'art.25 delle condizioni di assicurazione, l'assicurazione cessa contemporaneamente alla cessazione del rapporto di lavoro con il Contraente.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 730giorni/731(se compreso un anno bisestile) dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile modificato dalla Legge n.166 del 27 Ottobre 2008. Il diritto dell'Assicuratore alla riscossione del pagamento delle rate di premio si prescrive in 365giorni/366(se anno bisestile).

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla legge italiana.

12. Regime fiscale

Il trattamento fiscale applicato al contratto di assicurazione prevede l'imposizione, sul premio imponibile, dell'aliquota d'imposta del 2,5%, così come disposto dalla normativa vigente. **Tale normativa prevede altresì che in caso di conguaglio di premio a favore del Contraente, le imposte non vengano rimborsate allo stesso.**

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: in caso di infortunio, così come indicato all'art.12 delle condizioni di assicurazione, la denuncia dell'infortunio dovrà pervenire per iscritto alla Società entro 20 giorni dalla data di avvenimento.

AVVERTENZA: la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico attestante la diagnosi. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati o, in difetto di designazione, gli eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale, i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso. Inoltre, nel caso di morte dell'Assicurato, i beneficiari dovranno far pervenire alla Società la documentazione indicata all'art.19 delle condizioni di assicurazione.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

AVVERTENZA: se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente, la valutazione del grado dello stesso, così come indicato all'art.19 delle condizioni di assicurazione, viene stabilita mediante visita medica cui l'Assicurato deve sottoporsi presso un medico fiduciario incaricato dalla Società.
Premesso che la valutazione del grado percentuale di invalidità permanente viene stabilito sulla base della "Tabella INAIL delle Menomazioni" ex D.P.R. del 30.6.1965 n. 1124, **gli aspetti di dettaglio della procedura di liquidazione del danno sono indicati agli artt.13-14-15-16-17-18-19-21 delle condizioni di assicurazione.**

14. Reclami

Ai sensi del Regolamento ISVP n. 24/2008, come modificato dal Provvedimento n. 30/2015, **per Reclamo si intende** "una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di un'impresa di assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto".

Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, anche qualora riguardino soggetti coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, devono essere inoltrati per iscritto alla Società presso: Helvetia Italia Assicurazioni - Ufficio Reclami - Via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano - Fax: 02 5351794 - Email: reclami@helvetiaitalia.it.

La Società invia la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo da parte della Società, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS ed ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie. **In particolare:**

1. possono essere presentati all'IVASS per iscritto (in Via del Quirinale 21, 00187 Roma oppure ai fax 06 42133745 - 06 42133353):

- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D.Lgs n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private) e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni del D.Lgs. n. 206/2005 Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli Intermediari e dei Periti assicurativi;
- i reclami già presentati direttamente alle Imprese di assicurazione e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento da parte delle imprese stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- copia del reclamo eventualmente presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per reperire il modello da utilizzare per la presentazione dei reclami all'IVASS, si rinvia alla Sezione Reclami del sito della Società www.helvetiaitalia.it.

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/finance/fin-net/members_en.htm).

2. per la risoluzione delle controversie relative al contratto tramite sistemi alternativi il reclamante ha:

- **la facoltà** - in prima istanza - di avvalersi della **negoziazione assistita** prevista ai sensi del D.L. 132/2014, convertito con modifiche dalla L. 162/2014, mediante invito, inoltrato tramite il proprio legale, all'altra parte a stipulare una convenzione;
- **l'obbligo** - qualora non intendesse avvalersi della negoziazione assistita o il ricorso alla negoziazione stessa non lo abbia pienamente soddisfatto - di attivare, ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i., il **procedimento di mediazione** innanzi ad un Organismo di Mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia, che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la vertenza;
- **la facoltà** - solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui al sopra citato D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i. - di adire **l'Autorità Giudiziaria** competente, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto;
- **in ogni caso**, la facoltà di ricorrere ad un arbitro, secondo le modalità di seguito specificate.

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

15. Arbitrato

AVVERTENZA: il contratto prevede, così come indicato all'art.22 delle condizioni di assicurazione, l'arbitrato per la risoluzione di eventuali controversie inerenti la liquidazione dell'indennizzo; l'Assicurato ha facoltà di rivolgersi comunque all'Autorità giudiziaria. In caso di arbitrato, il Collegio medico (collegio di tre medici nominati uno dall'Assicurato, uno dalla Società e uno di comune accordo), risiede nel Comune,

sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o domicilio eletto dallo stesso.

D. GLOSSARIO

16. Termini assicurativi utilizzati nel presente fascicolo informativo

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Assicurazione: il contratto di assicurazione, che prevede il fascicolo informativo, composto da nota informativa e condizioni di assicurazione;

Beneficiario: gli eredi dell'Assicurato, o altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione;

Invalità permanente: perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provoca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalità permanente;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso (infortunio) per il quale l'assicurazione è prestata;

Società: Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A..

Indicazioni aggiuntive tese a garantire la riconducibilità alle unità di misura definite dal DPR 802/1982 e successive modifiche:

Anno (annuo - annuale): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile);

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

Età assicurativa: età in anni interi, determinata trascurando le frazioni di anno;

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

Poliennale (durata): periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo);

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

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

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

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

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

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITA' DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO.

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente nota informativa

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Il rappresentante legale
Dott. Sandro Scapellato



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di assicurazione infortuni:

**CUMULATIVO PROFESSIONALE PERSONALE
MARITTIMO (EQUIPAGGI)**

Mod.35CCUIMARPREQ1 - aggiornato al 01.12.2014

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - DESTINATARI DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è prestata a favore del Personale Marittimo (EQUIPAGGI) del Contraente, secondo le qualifiche sottoindicate:

- ✓ Piccoli camera - Cucina - Mozzi;
- ✓ Allievi ufficiali macchina e coperta - Giovanotti - Garzoni camera e cucina;
- ✓ Marinai - Ingrassatori - Camerieri - Comuni polivalenti;
- ✓ Cuochi - Operai - Elettricisti - Nostromi - Tankisti - Cambusieri - Capo Fuochisti;
- ✓ 3° Ufficiale Coperta e Macchina;
- ✓ 2° Ufficiale Coperta - Macchina e GMDSS;
- ✓ 1° Ufficiale Coperta - Macchina e GMDSS.

Resta inteso che si intende assicurato sia il Personale Marittimo sopradescritto in continuità di rapporto di lavoro (CRL), sia quello non in continuità di rapporto di lavoro (NON CRL).

Art. 2 - LIMITE D'ETA'

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a settantacinque anni. Tuttavia le persone che raggiungono tale età durante il periodo di assicurazione, restano comunque assicurate sino alla successiva scadenza annuale del contratto.

Art. 3 - PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione cessa al manifestarsi di stati di alcoolismo e tossicodipendenza

Art. 4 - LIMITI TERRITORIALI L'Assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che gli eventuali indennizzi liquidabili a termini di contratto saranno corrisposti nella valuta corrente in Italia.

Art. 5 - INVALIDITA' PREESISTENTI

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le invalidità preesistenti dalle quali i singoli assicurati fossero affetti, restando nei loro riguardi efficiente la garanzia.

Art. 6 - GARANZIE PRESTATE

L'Assicurazione garantisce nei limiti e con le modalità indicate nel presente Fascicolo informativo ed in polizza, il pagamento delle somme assicurate nei casi di:

- **morte degli Assicurati** in seguito ad infortunio, di cui all'art. 15;
- **invalidità permanente degli Assicurati** in seguito ad infortunio, di cui agli artt. 16 e 17.

Art. 7 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, o una invalidità permanente.

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali.

Sono altresì comprese in garanzia:

- a) le malattie professionali previste dal Testo Unico 30/6/65 N. 1124 e successive norme, escluse la silicosi e l'asbestosi, e comunque riconosciute dall'INAIL. Resta convenuto, agli effetti della garanzia malattie professionali, che non si darà luogo al risarcimento per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 10% della totale. Se l'invalidità permanente supererà il 10% della totale verrà corrisposto il risarcimento integrale. La presente garanzia è operante per malattie manifestatesi nel periodo di copertura. Ai fini della liquidazione di malattie professionali manifestatesi nel periodo di copertura, ma insorte prima dello stesso, l'indennizzo dovuto sarà proporzionalmente commisurato al periodo di permanenza in garanzia dell'Assicurato. L'indennizzo sarà liquidato senza dare luogo a riduzioni proporzionali qualora risulti che l'Assicurato abbia goduto senza interruzioni dal 1981 dell'estensione per malattie professionali;
- b) le malattie tropicali;
- c) gli infortuni derivanti da uso di esplosivi;
- d) gli infortuni derivanti dall'attività di palombaro e/o sommozzatore anche con uso di campane, minisommersibili ed altri mezzi idonei;
- e) le asfissie meccaniche;
- f) le lesioni determinate da sforzi di qualunque tipo, sempre che lo sforzo rappresenti la causa diretta ed esclusiva della lesione;
- g) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva, salvo quanto escluso alla lettera g) dell'art. ESCLUSIONI DALLA GARANZIA;
- h) gli infortuni dovuti ad atti di aggressione e di violenza subiti dall'Assicurato che non siano stati da lui provocati ed ai quali lo stesso non abbia preso parte attiva, ferma l'esclusione dei rischi di guerra;
- i) gli infortuni derivanti da guerra anche se non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di giorni 14 dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato **risulti sorpreso dagli eventi citati mentre si trova in un paese straniero dove nessuno degli eventi stessi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale paese. La copertura per gli infortuni derivanti da guerra, guerra civile, ed**

insurrezioni di cui sopra non sarà in ogni caso valida:

- per eventi verificatisi sul territorio italiano, della Repubblica di San Marino o dello stato della Città del Vaticano;
- allo scoppio di guerra (che sia o meno dichiarata) tra qualsiasi dei seguenti Stati: Regno Unito, Stati Uniti d'America, Francia, Russia ed ex Repubbliche Sovietiche, Repubblica Popolare Cinese, Italia e Germania. Se l'aereo è in volo, allo scoppio del conflitto, la garanzia resterà valida per l'Assicurato fino al completamento del primo atterraggio dopo tale avvenimento;
- alla detonazione a scopo ostile di un'arma da guerra impiegante la fissione e/o fusione nucleare o atomica o altre forze o materiali radioattivi, chimici e batteriologici, dovunque e in qualsiasi momento questo accada, e anche se l'Assicurato non vi è implicato.

Su richiesta del Contraente, nei termini specificati in polizza, la Società potrà garantire il personale anche nelle aree in cui le ostilità siano già note al momento della partenza dell'Assicurato.

- l) gli infortuni in conseguenza di annegamento e di folgorazione, di assideramento e congelamento;
- m) gli infortuni a seguito di contatto con sostanze tossiche, corrosive, irritanti e venefiche ed ingestione od inalazione od assunzione delle stesse;
- n) i morsi di animali e le punture di insetti;
- o) i colpi di sole e/o di calore;
- p) gli infortuni conseguenti a malore fondatamente non dovuto a condizioni qualificatamente patologiche preesistenti;
- q) gli infortuni derivanti da alluvioni, inondazioni, da movimenti tellurici e/o eruzioni vulcaniche; per quanto riguarda il rischio di terremoto, per evento s'intende una o più scosse di terremoto che si verifichino entro un periodo di tempo di 72 ore;
- r) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, o negligenza anche grave;
- s) alpinismo con scalata di rocce e accesso a ghiacciai sino al 3° grado; oltre il predetto grado, l'alpinismo si intende garantito purché effettuato con accompagnamento di guida patentata;

Art. 8 - DANNI ESTETICI

In caso di infortunio con conseguenze di carattere estetico non altrimenti indennizzabili ai sensi del presente Contratto, la Società rimborserà le spese effettivamente sostenute e documentate per cure, interventi ed applicazioni fino ad un massimo di Euro 5.200,00 per evento, con l'esclusione delle spese dentarie.

Qualora l'infortunio comporti sia conseguenze di carattere estetico che postumi di invalidità permanente, l'Assicurato potrà essere indennizzato una sola volta optando per la liquidazione più vantaggiosa economicamente, senza possibilità di alcun cumulo tra le due garanzie.

Art. 9 - LESIONI TENDINEE

Si conviene che in caso di lesioni tendinee non dovute a trauma diretto verrà riconosciuto dalla Società un danno pari al 2% di invalidità permanente prescindendo da ogni e qualsiasi indagine sulla dinamica dell'evento e sulla natura delle lesioni.

Art. 10 - ESCLUSIONI DALLA GARANZIA

Non sono compresi gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e/o natanti per i quali l'assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- b) dalla pratica di sports aerei, volo a vela, deltaplano, ultraleggeri, paracadutismo e dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove e allenamenti;
- c) da competizioni sportive organizzate, fatta eccezione per quelle:
 - allestite da organismi ricreativi sportivi aziendali e paraziendali;
 - aventi carattere amatoriale o anche competitivo, purché l'Assicurato vi partecipi a titolo amatoriale;
- d) da immersioni non in apnea, pesca subacquea e speleologia;
- e) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e da suicidio;
- f) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) da guerra, salvo quanto previsto al punto i) dell'art. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE;
- h) da trasmutazione, disintegrazione del nucleo dell'atomo e simili, da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

Sono inoltre escluse dalla garanzia:

- i) le lesioni conseguenza di reati commessi dagli Assicurati e dalla loro partecipazione ad imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dagli assicurati stessi per dovere di solidarietà umana e sociale, nonché per difesa legittima in occasione di violenza diretta alla loro persona, a qualsiasi causa e circostanza siano dovute;
- l) le operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortuni;
- m) gli infarti e le ernie di qualunque tipo.

Art. 11 - RISCHIO VOLO

L'Assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati unicamente in qualità di passeggero. Rimangono pertanto esclusi dalla copertura i piloti e i membri dell'equipaggio. La garanzia è valida in qualsiasi parte del mondo, su aeromobili in servizio pubblico di linea, su aerotaxi, su velivoli privati e

militari, su elicotteri, purché regolarmente muniti di certificato di abilitazione al volo e pilotati da persone in possesso di patente di abilitazione. Si conviene che il rischio ha inizio dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile e termina quando né è disceso.

Art. 12 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, a parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 1913 C.C., la denuncia dell'infortunio deve pervenire per iscritto alla Società entro 20 giorni dalla data di avvenimento.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico attestante la diagnosi. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati o, in difetto di designazione, gli eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale, i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 13 - PROVA

E' a carico di chi domanda l'indennità di provare che sussistano tutti gli elementi che valgano a costituire il suo diritto a termini di contratto.

Art. 14 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive 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 fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di Invalidità Permanente saranno diminuite tenendo conto del grado di inabilità preesistente.

Si precisa che la Società non liquiderà alcuna percentuale di Invalidità Permanente che risulti superiore al 100% sommando anche le percentuali già liquidate.

Art. 15 - MORTE

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato. 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, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari designati o, in difetto di designazione, gli eredi, hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Morte Presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi del contratto e, in applicazione dell'Art. 60, comma 3) del Codice Civile o dell'Art. 211 del Codice della Navigazione, l'autorità giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. Sono compresi gli infortuni sofferti in conseguenza di esposizione agli elementi in seguito ad arenamento, affondamento o naufragio.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

Art. 16 - INVALIDITA' PERMANENTE

L'indennizzo per invalidità permanente è calcolato sulla somma assicurata a tale titolo con riferimento alla TABELLA INAIL (allegato 1 D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche).

- a) Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta TABELLA INAIL l'indennizzo è stabilito tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
- b) In caso di perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti, l'invalidità permanente corrisponde alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna perdita, fino al massimo del 100%. In caso di menomazione di più organi od arti le singole percentuali non vanno sommate aritmeticamente, ma l'invalidità permanente corrisponde ad una valutazione globale di riduzione della generica capacità lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
- c) Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà, e per quelle di una falange di qualunque altro dito di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.
- d) Il grado di invalidità viene stabilito al momento in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono divenute permanentemente irreversibili.

Art. 17 - INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE

Le invalidità permanenti pari o superiori al 66% dell'invalidità permanente totale, verranno liquidate al 100%

Art. 18 - VISUS

Ferma restando la condizione che la perdita totale di uno dei due occhi dianzi sani, comporta un'indennità del 35% dell'invalidità permanente assoluta, resta convenuto, nel caso preesista la perdita o la cecità di un occhio, che, verificandosi un infortunio il quale dia luogo alla perdita totale o parziale del visus dell'altro occhio sano, la Società risarcirà il danno entro il massimo del 65% della somma assicurata per invalidità permanente totale.

Art. 19 - DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE IN CASO DI SINISTRO

Nel caso di morte

Nel caso in cui le lesioni subite a seguito dell'infortunio causino la morte dell'Assicurato i beneficiari dovranno, dopo aver proposto denuncia con le modalità previste nel relativo articolo, far pervenire alla Società:

- certificazione medico-sanitaria che precisi le cause del decesso;
- documentazione a supporto o a precisazione delle circostanze dell'infortunio (testimonianze, atti penali, dichiarazione giurata di testimoni, verbale dei Vigili Urbani o di Pubblica Sicurezza);
- atto notorio che indichi gli eredi legittimi dell'Assicurato e se lo stesso abbia lasciato o meno disposizioni testamentarie (in caso affermativo occorre copia del testamento);
- certificato di non gravidanza, se tra i beneficiari figuri la vedova o la madre con età al di sotto dei 55 anni;
- decreto del giudice tutelare competente che autorizzi il ricorrente alla riscossione della quota di indennizzo di spettanza dei minori o di eventuali nascituri, con esonero della Società da ogni responsabilità relativa al reimpiego della somma.

Nel caso di invalidità permanente

Qualora sia stata denunciata l'esistenza di invalidità permanente, la Società si riserva di procedere alle visite di accertamento definitivo, dopo che sia trascorso il tempo necessario (normalmente 6/7 mesi) per la sua stabilizzazione ed al ricevimento di un certificato che la attesti. **Su espresso invito della Società l'Assicurato dovrà sottoporsi alle visite di cui sopra presso l'incaricato della Società stessa. Successivamente la Società provvederà a dare comunicazione in merito alla quantificazione dell'indennizzo, tenendo in considerazione anche l'invalidità permanente già riconosciuta dal Fondo FANIMAR.**

Art. 20 - SOMMA ASSICURATA

La garanzia si intende prestata per i seguenti capitali arrotondati al migliaio superiore:

1. **in caso di morte**, per l'importo ottenuto moltiplicando per 7 volte la retribuzione annua convenzionale di cui al punto 3 e **deducendo l'importo fisso di Euro 25.822,00 garantito da altro Assicuratore** e previsto nel CCNL con accordo del 23/7/1997 e successive modificazioni;
2. in caso di **Invalidità Permanente**, per l'importo ottenuto moltiplicando per 8 volte la retribuzione annua convenzionale di cui al punto 3 e **deducendo l'importo fisso di Euro 36.152,00 garantito da altro Assicuratore** e previsto nel CCNL con accordo del 23/7/1997 e successive modificazioni;
3. **Retribuzioni annue convenzionali:**

- Piccoli camera - Cucina-mozzi - Allievi ufficiali - Macchine coperta	€ 24.000,00
- Giovanotti - Garzoni camera e cucina - Marinai - Ingrassatori, Camerieri, Comuni polivalenti	€ 25.000,00
- Cuochi - Operai - Elettrecisti - Nostromi	€ 27.000,00
- Tankisti - Cambusieri - Capofuochisti	€ 31.000,00
- Terzo Ufficiale, Coperta e macchina	€ 32.000,00
- Secondo Ufficiale, Coperta, Macchina e GMDSS	€ 38.000,00
- Primo Ufficiale, Coperta, Macchina e GMDSS	€ 49.000,00
4. **Aspettativa:** La Società acconsente ad estendere la garanzia prestata con il presente contratto al personale non dirigente che si trovi in periodo di aspettativa a causa di malattia, infortunio o maternità sia esso senza retribuzione o con retribuzione ridotta.

Art. 21 - FRANCHIGIA ASSOLUTA PER INVALIDITA' PERMANENTE

L'Indennizzo non è dovuto quando l'invalidità permanente residua è pari o inferiore al 5% della totale. Per invalidità permanenti superiori a detta percentuale, l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 5% della totale.

Per invalidità permanenti pari o superiori al 66% dell'invalidità permanente totale, l'indennizzo sarà liquidato senza franchigia.

Art. 22 - MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEL DANNO - ARBITRATO

In caso di disaccordo tra l'Assicurato e la Società (le Parti), è facoltà degli stessi di incaricare, per iscritto e di comune accordo, un collegio composto di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in difetto, dal Presidente o Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione sul luogo ove deve riunirsi il Collegio, che dovrà stabilire la causa e/o la natura delle lesioni, ovvero valutare le conseguenze attribuibili all'infortunio, tenendo conto dei miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o domicilio eletto dallo stesso.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del medico da essa designato e contribuisce nella misura del 50% le spese del terzo medico e di eventuali ulteriori spese per accertamenti disposti, di comune accordo, in sede arbitrale. E' 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; in tal caso il Collegio potrà concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 23 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio. Non sono considerati terzi il Contraente della polizza e le altre Società del Gruppo eni.

Art. 24 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto, quest'ultimo è prorogato per 365giorni/366(se anno bisestile) e così successivamente.

Art. 25 - CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

Nei confronti del personale cessato, l'assicurazione termina al momento dell'effettiva cessazione del rapporto di lavoro.

Art. 26 - PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE

La preliminare assoggettabilità delle controversie relative al presente contratto a procedimento di mediazione innanzi ad Organismi di Mediazione iscritti in apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia è disciplinata dalle disposizioni normative tempo per tempo vigenti (D. Lgs. n. 28/2012 e s.m.i.). L'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto viene individuata in quella del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o Assicurato.

Art. 27 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 28 - RICHIAMO DEFINIZIONI

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Assicurazione: il contratto di assicurazione, che prevede il fascicolo informativo, composto da nota informativa e condizioni di assicurazione;

Beneficiario: gli eredi dell'Assicurato, o altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provoca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso (infortunio) per il quale l'assicurazione è prestata;

Società: Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A..

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano

Tel. 02 5351 1 (20 linee)

Fax 02 5351.829

www.helvetiaitalia.it

e-mail pec: helvetiaitalia@pec.helvetia.it

Capitale Sociale € 15.600.000 i.v.

N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano, C.F.02446390581

R.E.A. n. 865966 e Partita I.V.A. 07530080154

Imp. Autor. all'eser. delle ass. e riass. con D. di ric. del M. Ind., Comm. ed Artig. del 20/06/1986
(G.U. n. 148 del 28/06/1986) e successive autorizzazioni

Società con Unico Socio

Società soggetta alla Direzione e al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA

Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia

Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 1.00062

Iscr. Albo Gruppi Ass. n. d'ord. 031