

## **FASCICOLO INFORMATIVO**

**Contratto di assicurazione malattia  
(rimborso spese mediche e assistenza):**

# **CUMULATIVO OSPITI E BORSISTI**

**Mod. FI-CUMMARSB3 - 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  
malattia** (rimborso spese mediche e assistenza):

**CUMULATIVO OSPITI E BORSISTI**  
**Mod.35NICUMMARSB3 - 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 **MALATTIA (RIMBORSO SPESE MEDICHE E ASSISTENZA) CUMULATIVO OSPITI E BORSISTI**.

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](http://www.helvetiaitalia.it), posta elettronica [infoclienti@helvetiaitalia.it](mailto:infoclienti@helvetiaitalia.it); PEC [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto: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.5 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. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova applicazione il periodo di tolleranza di quindici giorni previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

### **3. Coperture assicurative offerte**

Il contratto assicura il rimborso delle spese mediche effettivamente sostenute dall'Assicurato, rese necessarie da infortunio e/o malattia; per i dettagli delle garanzie prestate si rimanda all'art.13 delle condizioni di assicurazione. Sono assicurate anche le prestazioni di assistenza previste all'art.11 delle condizioni di assicurazione.

**AVVERTENZA:** l'assicurazione non è operante (esclusioni) nei casi indicati agli artt. 15 e 16 delle condizioni di assicurazione. 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, così come indicato all'art.3 delle condizioni di assicurazione.

**AVVERTENZA:** per ciascuna garanzia/prestazione assicurata è necessario verificare l'importo della somma assicurata così come indicato agli artt. 11 e 13 delle condizioni di assicurazione; si richiama inoltre l'attenzione del Contraente sulla presenza, nei medesimi articoli, di limiti di indennizzo, di cui illustriamo il meccanismo di funzionamento: il limite di indennizzo è l'importo massimo dell'indennizzo contrattualmente previsto per alcune prestazioni; se l'importo del danno indennizzabile è pari o inferiore al limite di indennizzo, l'indennizzo dovuto all'Assicurato è pari al danno indennizzabile; se l'importo del danno indennizzabile è superiore al limite di indennizzo, l'indennizzo dovuto all'Assicurato è pari al limite di indennizzo.

### **4. Periodi di carenza contrattuali**

Le garanzie/prestazioni assicurate non prevedono periodi di carenza contrattuali.

### **5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità**

**AVVERTENZA:** 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, così come previsto dall'art.1 delle condizioni di assicurazione, 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.

#### **6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione**

Il Contraente deve comunicare alla Società eventuali aggravamenti e diminuzioni del rischio ossia i casi di prolungamento e/o riduzione del periodo di permanenza dell'Assicurato in Italia successivamente alla stipulazione del contratto; in tal caso **il Contraente deve darne comunicazione alla Società affinché questa possa procedere all'eventuale aggiornamento del premio. Qualora ciò non avvenga, trovano applicazione le disposizioni di cui al punto "5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità"**.

#### **7. 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.

#### **8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate**

Relativamente al premio, vale quanto indicato all'avvertenza sopraindicata; per quanto riguarda le somme assicurate, così come indicato al punto "3. Coperture assicurative offerte", si precisa che gli importi assicurati per ciascuna garanzia/prestazione sono quelli indicati agli artt. 11 e 13 delle condizioni di assicurazione e che tali importi non sono soggetti ad adeguamento automatico.

#### **9. 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](http://www.helvetiaitalia.it).

#### **10. Diritto di recesso**

Così come già precisato precedentemente, 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.

#### **11. 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).

#### **12. Legge applicabile al contratto**

Il contratto è regolato dalla legge italiana.

#### **13. Regime fiscale**

Il trattamento fiscale applicato al contratto di assicurazione prevede l'imposizione, sul premio imponibile, dell'aliquota d'imposta del 2,5% sul premio della garanzia Rimborso spese mediche e del 10% sul premio della garanzia Assistenza, 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**

#### **14. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo**

**AVVERTENZA:** in fase di denuncia del danno, l'Assicurato deve attenersi alle modalità e termini previsti dagli artt. 12 e 14 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:** la gestione dei sinistri della garanzia Assistenza, così come indicato nelle condizioni di assicurazione, è affidata a Europ Assistance Italia S.p.A..

Gli aspetti di dettaglio delle procedure di liquidazione del danno sono indicati agli artt. 12 e 14 delle condizioni di assicurazione.

## **15. Assistenza diretta - Convenzioni**

La garanzia Rimborso spese mediche non prevede la prestazione delle coperture assicurative nella forma dell'assistenza diretta. **La garanzia Assistenza prevede invece la forma dell'assistenza diretta, per il tramite della Struttura organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A.; i termini e le modalità per l'attivazione dell'assistenza sono quelli indicati al punto "14. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo".**

## **16. Reclami**

Ai sensi del Regolamento ISVAP 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](mailto: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](http://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](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.

## **17. Arbitrato**

**AVVERTENZA:** il contratto non prevede l'arbitrato per la risoluzione di eventuali controversie inerenti la liquidazione dell'indennizzo; l'Assicurato ha facoltà di rivolgersi comunque all'Autorità giudiziaria.

## **18. Sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie**

Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia in materia di contratti assicurativi è **tenuto preliminarmente ad esperire il procedimento di mediazione** previsto dal D.Lgs n. 28/2010 e s.m.i. 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.

**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., **sarà possibile 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, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, è altresì possibile esperire il procedimento di negoziazione prevista ai sensi del D.L. 132/14, convertito con modifiche dalla L. 162/14, mediante invito, tramite il proprio legale, all'altra parte a stipulare una convenzione di negoziazione assistita.

## **D. GLOSSARIO**

### **19. 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;

**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'invaldità permanente;

**Invaldità 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;

**Istituto di cura:** ospedale, clinica, casa di cura ed ogni altra struttura sanitaria di ricovero, regolarmente autorizzata, dotata di attrezzature per il pernottamento di pazienti e per la terapia di stati patologici, mediante l'intervento di personale medico e paramedico abilitato;

**Malattia:** si considera malattia ogni alterazione dello stato di salute, fisico o mentale, non derivante da infortunio, che non sia conseguenza di situazioni patologiche o malformative preesistenti alla stipulazione del contratto;

**Polizza:** il documento che prova l'assicurazione;

**Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società;

**Ricovero:** degenza in istituto di cura che comporta almeno un pernottamento;

**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 malattia** (rimborso spese mediche e assistenza):

**CUMULATIVO OSPITI E BORSISTI**  
**Mod.35CCUMMARSB2 - aggiornato al 01.01.2014**



## **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**

---

### **Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

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

### **Art. 2 - Altre assicurazioni**

Il Contraente, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile, deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni sottoscritte dal Contraente per lo stesso rischio. L'Assicurato, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile, deve dare avviso del sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente alla Società nel termine di tre giorni a pena di decadenza. Nel caso in cui l'Assicurato attivasse altra impresa, le prestazioni di assistenza previste in polizza saranno operanti, nei limiti e alle condizioni stabilite, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a Lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato la prestazione di assistenza.

### **Art. 3 - Pagamento del premio**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (Art. 1901 C.C.).

### **Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione**

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

### **Art. 5 - Proroga 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. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova applicazione il periodo di tolleranza di quindici giorni previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

### **Art. 6 - Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali (imposte di assicurazione) relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

### **Art. 7 - Procedimento di mediazione e foro competente**

Ai sensi del D. Lgs n. 28/2010 e successive disposizioni, le controversie relative al presente contratto devono essere preliminarmente sottoposte a procedimento di mediazione innanzi ad Organismi di Mediazione iscritti in apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia. In seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione, le Parti potranno utilmente adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o Assicurato.

### **Art. 8 - Rinvio alle norme di legge**

Il contratto è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.

## **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA E RIMBORSO SPESE MEDICHE A FAVORE DI TERZI**

---

### **Art. 9 - Polizza a favore del terzo**

La Società e il Contraente si danno reciprocamente atto che la presente assicurazione è stipulata nell'interesse degli Assicurati il cui rapporto con la Società è regolato esclusivamente dal contratto; è quindi inteso che in ordine ad ogni e qualsiasi eventuale pretesa e/o richiesta che l'Assicurato dovesse avanzare in relazione alle prestazioni rese dalla Società in forza del presente contratto, risponderà esclusivamente la Società stessa.

### **Art. 10 - Ulteriori definizioni**

**Assicurato** - La persona fisica in qualità di ospite oppure di borsista italiano o straniero, del Contraente ed eventuali familiari il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

**Contraente** - La Persona Giuridica che stipula il contratto di assicurazione in favore di terzi.

**Decorrenza e durata delle prestazioni** - Le prestazioni nei confronti degli Assicurati decorrono dalle ore 00.00 della data di inizio copertura e terminano alla data di fine copertura comunicate dal Contraente. Qualora la predetta comunicazione del Contraente giunga alla Società oltre il terzo giorno dalla data di inizio copertura, le prestazioni decorreranno dalle ore 00.00 del giorno successivo a quello in cui il Contraente ha effettuato la comunicazione.

**Dichiarazione permesso di soggiorno** - E' la dichiarazione rilasciata dalla Società su richiesta del Contraente nella quale sono indicati:

- numero tessera (dichiarazione), da utilizzare in caso di chiamata;
- numero polizza;
- Contraente;
- cognome e nome dell'Assicurato;
- garanzie prestate, con l'indicazione del massimale per ricovero in istituto di cura;
- durata copertura.

**Estensione territoriale** - Mondo.

**Familiare** - I familiari conviventi dell'Assicurato come risultanti dallo stato di famiglia o equipollente.

**Infortunio** - Sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

**Istituto di cura** - L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati al ricovero di malati. Sono esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

**Malattia** - Alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

**Malattia improvvisa** - Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente stato morbosità noto all'Assicurato.

**Malattia Preesistente** - Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione della Polizza.

**Prestazioni** - Le assistenze prestate dalla Società per il tramite della Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia Spa agli Assicurati ai sensi di polizza e le eventuali assicurazioni integrative in essa previste.

**Sinistro** - Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della polizza che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato o il rimborso del danno subito e che rientra nei termini della polizza.

**Struttura Organizzativa** - La struttura di Europ Assistance Italia SpA - P.zza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

### **Art. 11 - Prestazioni di assistenza**

La Società per il tramite della Struttura Organizzativa si impegna a fornire a tutti gli Assicurati le prestazioni di assistenza di seguito riportate. Le prestazioni di Assistenza Medica sono fornite 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno, per il tramite della Struttura Organizzativa, con un massimo di tre volte per ciascun tipo di prestazione entro il periodo di durata dell'assicurazione o della sua annualità.

#### **Art. 11.1 - Consulenza medica** (prestazione fornita gratuitamente)

Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio e/o malattia necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente, o tramite l'eventuale medico che lo ha in cura sul posto, con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

**Art. 11.2 - Invio di un medico al domicilio in Italia 24 ore su 24**

Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio o malattia, necessiti di un medico 24 ore su 24 e non riesca a reperirlo la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione da parte di un proprio medico, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati presso il domicilio dell'Assicurato, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo. In caso di non disponibilità immediata di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro di pronto soccorso più vicino mediante autoambulanza.

**Art. 11.3 - Trasporto in autoambulanza in Italia**

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarla direttamente, tenendo la Società a proprio carico la relativa spesa fino ad un massimo di **€ 260,00**.

**Art. 11.4 - Ricerca e prenotazione dei Centri Specialistici e diagnostici**

Questa prestazione viene fornita dalle ore 09.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali. Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio o malattia improvvisa, debba sottoporsi a visita specialistica e/o accertamento diagnostico, la Struttura Organizzativa, sentito l'eventuale medico che lo ha in cura sul posto, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il centro diagnostico o la visita presso lo specialista in accordo con le esigenze dell'Assicurato.

**Art. 11.5 - Consegnare esiti a domicilio**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'Assicurato o al medico da lui indicato. Restano in ogni caso a carico dell'Assicurato i costi degli accertamenti.

**Art. 11.6 - Trasferimento in istituto di cura attrezzato in Italia o nel paese d'origine dell'Assicurato**

Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio o malattia improvvisa, sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con l'eventuale medico che ha in cura l'Assicurato sul posto, non sia curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà:

- ad individuare ed a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
- aereo di linea classe economica eventualmente barellato;
- treno, prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di percorso);
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico e/o infermieristico se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa;

**Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa e la Società terrà a proprio carico i relativi costi. Qualora si renda necessario l'utilizzo dell'aereo sanitario speciale con i relativi costi a carico del richiedente si applicheranno, con le stesse procedure di richiesta, le medesime condizioni previste dall'accordo in vigore con il Contraente o il Gruppo cui appartiene il Contraente medesimo.**

**Art. 11.7 - Interpretare a disposizione**

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero in ospedale per infortunio o malattia trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete **assumendone la Società costi per un massimo di 8 ore lavorative.**

**Art. 11.8 - Traduzione della cartella clinica**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti del consulto con uno specialista straniero ovvero del trasferimento in un istituto di cura all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà alla traduzione della cartella clinica dell'Assicurato e dell'eventuale diagnosi, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo.

L'Assicurato potrà altresì richiedere la traduzione in lingua italiana della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura straniero presso cui l'Assicurato stesso abbia avuto la necessità di ricoverarsi in seguito ad infortunio o malattia improvvisa.

**Art. 11.9 - Viaggio di un familiare**

Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio o malattia improvvisa, sia ricoverato in istituto di cura e i medici dell'istituto ritengano che non sia trasferibile prima di dieci giorni, la Struttura Organizzativa provvederà a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per consentire ad un familiare di raggiungere l'Assicurato ricoverato, tenendo la Società a carico i relativi costi del biglietto. **Sono escluse le spese di soggiorno del familiare.**

**Art. 11.10 - Prolungamento soggiorno**

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato, su prescrizione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro al domicilio nella data prestabilita, la Struttura Organizzativa provvederà a

prenotare un albergo per l'Assicurato, **tenendo la Società a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione per un massimo complessivo di € 50,00 giornaliero per un massimo di 5 giorni, per Assicurato e per sinistro. L'Assicurato dovrà presentare la documentazione relativa alla causa che reso necessario il prolungamento del soggiorno.**

#### **Art. 11.11 - Assistenza per cure di convalescenza**

Qualora, a seguito di infortunio o malattia, nei trenta giorni successivi al rientro da un ricovero in ospedale, l'Assicurato ha bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata. **La Società terrà a proprio carico l'onorario dell'infermiere fino ad un massimo di € 360,00 per anno di durata della garanzia.**

#### **Art. 11.12 - Rimpatrio della salma**

Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio o malattia improvvisa, sia deceduto la Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il TRASPORTO DELLA SALMA fino al luogo di sepoltura nel paese d'origine dello stesso, **tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 4.200,00 per sinistro; se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, questa diventerà operante dal momento nel quale in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero e riconoscimento della salma.**

#### **Art. 11.13 - Rientro anticipato**

Qualora l'Assicurato debba rientrare alla residenza prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto a causa di avvenuto decesso di uno dei seguenti familiari: coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, come da data risultante su certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, la Struttura Organizzativa organizzerà il viaggio in treno, prima classe, o in aereo di linea, classe economica, fino al luogo dove è deceduto il familiare o al luogo ove il familiare deceduto viene inumato, **tenendo la Società a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 770,00. La prestazione non è operante se l'Assicurato non può fornire alla Struttura Organizzativa adeguate informazioni sui sinistri che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato. Tali informazioni saranno documentate successivamente a richiesta della Struttura Organizzativa.**

#### **Art. 12 - Istruzioni per la richiesta di assistenza**

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24 facente capo ai numeri telefonici indicati nella dichiarazione di copertura rilasciata all'Assicurato ed in polizza, oppure se non può telefonare può inviare un telegramma a:

**EUROP ASSISTANCE ITALIA S.P.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 MILANO**

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. numero di tessera riportata sulla "dichiarazione permesso di soggiorno";
2. nome e cognome;
3. il tipo di assistenza di cui necessita;
4. indirizzo del luogo in cui si trova;
5. il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della Struttura Organizzativa. La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto fornirli integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese e le prestazioni di assistenza dovranno essere sempre richieste alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Pertanto, in caso di sinistro, l'Assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Struttura Organizzativa secondo le modalità sopraindicate; l'inadempimento di tale obbligo comporta la decadenza al diritto alle prestazioni di assistenza.

#### **Art. 13 - Prestazioni di rimborso spese mediche**

La Società per il tramite della Struttura Organizzativa rimborsa in caso di infortunio o malattia improvvisa le spese mediche, farmaceutiche e la retta di degenza sostenute dall'Assicurato per il ricovero ospedaliero effettuato sul posto ove si è verificato il sinistro. La Società assicura il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato fino ad un massimale complessivo per Assicurato e per anno così specificato:

- a) in caso di ricovero in istituto di cura per malattia o infortunio: fino a € 30.000,00;
- b) per visite mediche domiciliari e/o ambulatoriali in conseguenza di malattia o infortunio, per medicinali (purché prescritti dal medico che lo ha in cura), per accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (purché pertinenti alla malattia od infortunio denunziati), per cure termali rese necessarie a seguito di intervento chirurgico (escluse rette alberghiere): fino a € 1.550,00;
- c) per cure dentarie (estrazioni, otturazioni e riparazioni di protesi già esistenti): fino a € 360,00;
- d) per trasporto in autoambulanza dal domicilio all'istituto di cura o luogo di pronto soccorso più vicino, **tenendo La Società a proprio carico la relativa spesa fino ad un massimo di € 260,00.**

Non sono richieste analisi preventive sullo stato di salute degli Assicurati all'atto dell'entrata in funzione della garanzia nei loro confronti.

**Art. 14 - Denuncia del sinistro ed istruzioni per la richiesta di liquidazione delle spese mediche**  
In caso di sinistro l'Assicurato, per ottenere il rimborso delle spese mediche sostenute, dovrà comunicare per iscritto il danno entro e non oltre sessanta giorni dal suo verificarsi, presentando la seguente documentazione:

- nome, cognome, indirizzo, numero telefono;
- numero di tessera;
- originali dei certificati medici che specifichino la natura dell'infermità; le prescrizioni, la prognosi e la diagnosi;
- copia della cartella clinica in caso di ricovero;
- originali delle ricevute delle spese mediche e farmaceutiche sostenute;
- prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute dei medicinali acquistati.

**La mancata produzione dei documenti sopra elencati può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso. Qualora l'Assicurato utilizzi un medico, un ambulatorio o un istituto di cura indicato dalla Struttura Organizzativa, gli verrà comunicato preventivamente se il relativo costo potrà essere regolato direttamente dalla Struttura Organizzativa stessa che in ogni caso riconoscerà i servizi medici e di degenza nei limiti dei massimali convenuti.**

La documentazione dovrà essere inviata direttamente dall'Assicurato o tramite l'ufficio competente del Contraente a EUROP ASSISTANCE - Ufficio Liquidazione Sinistri Rimborso Spese Mediche - Piazza Trento 8 - 20135 Milano.

La Società delegherà il Contraente a regolare direttamente all'Assicurato gli importi da lui anticipati. I rimborsi di detti importi anticipati verranno effettuati da Europ Assistance dietro presentazione di apposita distinta, con allegata la predetta documentazione e copia dell'atto di quietanza. I rimborsi saranno intestati al Contraente che ne farà specifica richiesta, entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione e previa sottoscrizione da parte dell'Assicurato e del Contraente della quietanza.

**Per sinistri che rivestano carattere di particolare urgenza, il Contraente può richiedere che il rimborso sia effettuato direttamente all'Assicurato, anche qualora non sia stata inoltrata la documentazione originale a Europ Assistance. In tal caso il Contraente dovrà anticipare copia della documentazione via FAX a Europ Assistance, la quale provvederà al rimborso riservandosi di procedere alla valutazione del sinistro con la clausola "Salvo buon fine". Qualora, a seguito di tale valutazione, il rimborso (tutto o parte) non risulti dovuto ai sensi delle Condizioni della presente polizza, la Società provvederà ad addebitare l'importo del sinistro non dovuto (comprensivo delle spese di gestione sinistro) al Contraente.**

**Art. 15 - Esclusioni valide per prestazioni di assistenza e rimborso spese mediche**

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- a) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;
- b) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- d) dolo dell'Assicurato;
- e) abuso di alcoolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e di allucinogeni;
- f) tentato suicidio o suicidio o verificatisi in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- g) sport aerei in genere, guida ed uso di deltaplani ed altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, parapendii ed assimilabili, salti dal trampolino con sci o idrosci, atti di temerarietà, infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale, comunque non dilettantistiche (comprese gare, prove ed allenamenti).

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

**Art. 16 - Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni di assistenza**

Ferme restando le esclusioni riportate nelle singole prestazioni, valgono inoltre le seguenti prescrizioni generali:

1. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.
2. **Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri dipendenti da:**
  - a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
  - b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
  - c) dolo dell'Assicurato ivi compreso il suicidio o il tentato suicidio;
  - d) infortuni derivanti dallo svolgimento di: corse e gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte o pratica di sport aerei in genere, atti di temerarietà, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;

- e) intossicazioni per abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- f) malattie nervose e mentali (si intendono le vere e proprie forme psichiche pericolose per sè e per gli altri. Non sono invece motivo di esclusione da rimborso le nevrosi, le distonie neurovegetative, gli stati di stress e ogni altra forma analoga);
- g) malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- h) malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione della polizza;
- i) espianto e/o trapianto di organi;
- j) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite;
- k) applicazioni di carattere estetico salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva, resi necessari da infortunio;
- l) spese per acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, spese per occhiali, lenti a contatto, apparecchi ortopedici e/o protesici;
- m) parto e/o ricoveri per parto e puerperio.

Tutte le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

3. Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
4. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
5. Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.



## **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](http://www.helvetiaitalia.it)

e-mail pec: [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto: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**