

FASCICOLO INFORMATIVO

Contratto di assicurazione malattia (rimborso spese sanitarie):

CUMULATIVO SANITARIA

Mod. FI-CUMMARSS4 - 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

**Nota Informativa per contratto di assicurazione
malattia** (rimborso spese sanitarie):

CUMULATIVO SANITARIA
Mod.35NICUMMARSS4 - 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 CUMULATIVO SANITARIA**.

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.4 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.

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 agli artt. 24-26-27-28-29-30 delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: l'assicurazione non è operante (esclusioni) nei casi indicati agli artt.18-19 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. 25-26-27-28-29-30 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 prevedono i periodi di carenza contrattuali indicati all'art.21 delle condizioni di assicurazione.

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. Ad esempio, in caso di sopravvenute patologie non dichiarate nel questionario sanitario, 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. 25-26-27-28-29-30 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.

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.

AVVERTENZA: il Contraente e la Società possono recedere dal contratto nei casi previsti dall'art.10 delle condizioni di assicurazione.

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%, 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 caso di sinistro, così come indicato all'art.7 delle condizioni di assicurazione, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto la possibilità.

AVVERTENZA: inoltre l'Assicurato, in fase di denuncia del danno deve attenersi alle modalità e termini previsti dall'art.7 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). Gli aspetti di dettaglio delle procedure di liquidazione del danno sono indicati all'art.8 delle condizioni di assicurazione.

15. Assistenza diretta - Convenzioni

Nessuna garanzia o prestazione prevede la prestazione delle coperture assicurative nella forma dell'assistenza diretta.

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.

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.

17. Arbitrato

AVVERTENZA: il contratto prevede, così come indicato all'art.9 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.

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.

Ricordiamo, infine, che per la risoluzione di eventuali controversie inerenti la liquidazione del danno è possibile ricorrere ad un arbitratore, secondo le modalità specificate nel presente Fascicolo Informativo.

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, dotati 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 sanitarie):

CUMULATIVO SANITARIA

Mod.35CCUMMARSS3 - aggiornato al 01.01.2014

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Società presta la garanzia nei termini di cui alla presente polizza sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato, risultanti dal questionario sanitario che forma parte integrante della polizza stessa. 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 e la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 - Altre assicurazioni

Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione a ciascuna Impresa assicuratrice delle altre polizze stipulate.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutte le Imprese assicuratrici e può richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo la rispettiva polizza autonomamente considerata, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

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 - 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, salvo quanto disposto dall'art. 10 "Recesso in caso di sinistro" e dall'art.19 "Persone non assicurabili". In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cessa alla scadenza del contratto.

Art. 5 - Modifiche dell'assicurazione

Le modifiche contrattuali devono essere provate dalle Parti per iscritto.

Art. 6 - Aggravamento del rischio

L'Assicurato/Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 cod. civ.).

Art. 7 - Denuncia in caso di sinistro - Obblighi dell'assicurato e/o contraente

L'Assicurato/Contraente o i suoi aventi diritto devono fare quanto gli 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 e la capacità a riprendere il lavoro.

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società o all'Agenzia entro 3 giorni da quando ne ha avuto la possibilità (art. 1913 del Codice Civile), con certificato medico da cui risulti la diagnosi circostanziata.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

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

Art. 8 - Pagamento dell'indennizzo

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali, delle notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate all'Assicurato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute, per ottenere un rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

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

Art. 9 - Controversie - Arbitrato irrituale.

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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 proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

Art. 10 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società e l'Assicurato possono recedere dall'assicurazione con preavviso di trenta giorni; in tal caso viene rimborsata la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso. Al riguardo si precisa che la Società può esercitare la facoltà di recesso di cui sopra, solo entro i primi due anni dalla stipulazione del contratto.

Art. 11 - Oneri fiscali dell'assicurazione

Sono a carico del Contraente, secondo le norme di legge, gli oneri fiscali relativi al contratto.

Art. 12 - Validità territoriale dell'assicurazione

La garanzia è valida in tutto il mondo.

Art. 13 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 14 - 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. 15 - Prova

L'Assicurato è esonerato dal provare che il danno non si è verificato in conseguenza di eventi esclusi dalla garanzia.

Art. 16 - Rinuncia della società all'azione di rivalsa

In caso di rimborso delle spese per cure mediche conseguenti ad infortunio, la Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile.

Art. 17 - Termine di prescrizione

A norma dell'art. 2952 del Codice Civile, **i diritti derivanti dall'assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, salvo che la parte creditrice interrompa la prescrizione ai sensi di legge.**

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE SANITARIE

Art. 18 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante per le spese relative a:

- a) conseguenze dirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società dal Contraente/Assicurato con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- b) accertamenti diagnostici, cure o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla data di stipulazione della polizza;
- c) eliminazione e/o correzione dei difetti di rifrazione quali miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia;
- d) malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65, n°1124;
- e) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso, a scopo non terapeutico, di stupefacenti, allucinogeni, anfetamine, psicofarmaci e simili;
- f) interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- g) prestazioni aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio (escluse protesi);
- h) prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 08/11/1991 pubblicato sulla G.U. n° 262) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- i) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del paradonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da neoplasie maligne;
- j) acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo le endoprotesi previste nell' Oggetto dell'assicurazione – rischio assicurato delle Norme che regolano l'Assicurazione Rimborsio Spese Sanitarie;
- k) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- l) degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri per lunga degenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- m) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo, nonché terapie della sterilità acquisita e/o dell'impotenza dei singoli partner della coppia;
- n) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- o) conseguenze di azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- p) conseguenze della pratica di qualsiasi sport a titolo professionale e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce od accesso ai ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili);
- q) conseguenze della partecipazione a corse, gare o competizioni (e relative prove e/o allenamenti) che comportino l'impiego di veicoli o natanti azionati da motore;
- r) conseguenze di infortuni derivanti dalla guida di mezzi a locomozione aerea;
- s) conseguenze di infortuni derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquea;
- t) conseguenze di infortuni derivanti dalla guida di veicoli o natanti a motore per uso non privato e in ogni caso, se il conducente Assicurato è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi in stato di ubriachezza.
- u) degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorchè nell'ambito di istituti di cura.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le disposizioni di cui alle lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.

Art. 19 - Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora al momento della stipulazione della polizza, fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - allucinogeni) e 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 e indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Società di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto della imposta, già pagata 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.

L'assicurazione non è valida per le persone assicurate che al momento della stipulazione del contratto abbiano superato il settantacinquesimo anno di età. Si precisa che le persone che raggiungono tale età durante il periodo di assicurazione, restano comunque assicurate sino alla successiva scadenza annuale del contratto.

Art. 20 - Rischi compresi nell'assicurazione

Relativamente agli infortuni, l'assicurazione vale anche per le conseguenze di:

- imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, cadute di fulmini, scariche elettriche, altre influenze termiche ed atmosferiche;
- aggressioni od atti violenti, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi e attentati, ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- conseguenze derivanti da atti di guerra, operazioni belliche in genere, insurrezioni popolari, occupazioni militari ed invasioni di nemici esterni, che si verifichino entro i primi 14 giorni dall'inizio di tali eventi in un paese estero - cioè fuori dai territori della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino - se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dai suddetti eventi mentre si trova nel paese estero che sino al suo arrivo era in pace.

Art. 21 - Decorrenza della garanzia - termini di aspettativa

L'assicurazione ha effetto a partire dalle ore 24:

- del giorno in cui ha effetto in caso di infortunio;
- del trentesimo giorno successivo a quello di effetto in caso di malattia;
- del centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza in caso di malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione della polizza ma insorti anteriormente a tale data nonché per le conseguenze di stati patologici noti al Contraente/Assicurato, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti curati anteriormente alla stipulazione della polizza, purché dichiarati alla Società all'atto stesso della compilazione del questionario sanitario ed accettati senza esplicita limitazione del rischio da parte della Società stessa;
- del trecentosessantacinquesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per il parto, l'aborto non volontario, le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto riguardante gli stessi assicurati ed identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 22 - Indipendenza dell'assicurazione da obblighi di legge

L'assicurazione è stipulata indipendentemente da qualsiasi obbligo assicurativo stabilito da leggi vigenti o future.

Art. 23 - 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. 24 - Oggetto dell'assicurazione - Rischio assicurato

L'assicurazione è prestata per il rimborso delle spese sostenute a seguito di ricovero in Ospedale o Istituto di cura reso necessario da malattia e/o infortunio; intervento chirurgico, anche senza ricovero reso necessario da malattia e/o infortunio; ricovero per parto o aborto terapeutico; Day Hospital, reso necessario da malattia e/o infortunio, **con esclusione dei check-up di medicina preventiva.**

Art. 25 - Somma assicurata

Fino a €200.000,00 per anno assicurativo e per persona

Art. 26 - Prestazioni garantite

Prima del ricovero

Il rimborso delle spese per onorari di: visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami, effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno reso necessario il ricovero stesso. **Il rimborso delle spese di trasporto in ambulanza all'Istituto di cura fino al 10% del massimale assicurato.**

Durante il ricovero

Il rimborso delle spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto medico e paramedico partecipante all'intervento chirurgico, ivi compresa la loro assistenza medica

durante il ricovero; diritti di sala operatoria e materiale d'intervento; endoprotesi applicate durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso ma entro i 90 giorni successivi alla cessazione del primo ricovero; cure infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero; rette di degenza.

Dopo il ricovero

Il rimborso delle spese per onorari di: visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno reso necessario il ricovero stesso.

Il rimborso delle spese di trasporto in autoambulanza dall'Istituto di cura al proprio domicilio fino al 10% del massimale stesso assicurato.

Diaria sostitutiva

Qualora l'assicurato si avvalga di prestazioni mediche a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, sia in forma diretta che in forma indiretta, la Società rimborsa le eventuali spese, sostenute in proprio dall'Assicurato (compresi i tickets sanitari), sia durante il ricovero che nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi al ricovero. In alternativa al rimborso delle predette spese, l'Assicurato può richiedere alla Società l'indennizzo della "Diaria sostitutiva", stabilito in **€ 104,00 per ogni giorno di ricovero (il giorno di entrata e il giorno di uscita dall'ospedale vengono considerati ai fini liquidativi un solo giorno) con un limite annuo e per persona di 180 giorni**. Tale Diaria Sostitutiva viene corrisposta anche nel caso in cui l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa.

Donatori di organi

In caso di trapianto di organi o di parte di essi è compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni sanitarie necessarie al prelievo dal donatore.

Nel caso di donatore vivente, la garanzia comprende il rimborso delle spese sostenute durante il ricovero del donatore stesso, compresi gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica, l'intervento chirurgico, i medicinali e le rette di degenza. **Il rimborso, comunque, non potrà superare per ogni singolo evento e per anno assicurativo la somma assicurata fissata in €50.000.**

Rette accompagnatore

Sono rimborsate le spese sostenute per le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura **per un periodo non superiore a 30 giorni per evento e per anno assicurativo, fino ad un massimo di €80 al giorno.**

Art. 27 - Accertamenti diagnostici senza ricovero

La Società, a seguito di malattia o infortunio non comportanti ricovero purché indennizzabili a termini di polizza, rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato, **nel limite dell'importo fissato in € 2.000,00 per persona e per anno assicurativo**, per effettuare le seguenti prestazioni sanitarie, domiciliari e/o ambulatoriali:

- onorari medici per visite specialistiche, escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche;
- analisi ed esami diagnostici di laboratorio.

Sono esclusi i check-up di medicina preventiva. La garanzia è operante con applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato pari al 10% con il minimo di €25 per ogni sinistro; lo scoperto non si applica in caso di prestazioni effettuate tramite il Servizio Sanitario Nazionale, con pagamento da parte dell'assicurato di tickets sanitari, fermo il limite annuo fissato in €2.000,00.

Il rimborso delle spese avverrà a cura ultimata, dietro presentazione delle relative notule, distinte, fatture a lui intestate, nei modi e nei termini previsti dall'art. 8 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.

Art. 28 - Diaria supplementare post-ricovero per convalescenza

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio indennizzabili a termini di polizza, la Società corrisponde la diaria post-ricovero per convalescenza, prescritta dall'ospedale o dal medico ospedaliero che ha curato od operato l'Assicurato, **per una somma assicurata fissata in €52 al giorno, per una durata massima di 20 giorni per evento e per anno assicurativo. La presente Diaria non viene corrisposta nei casi di parto naturale o con taglio cesareo.**

Art. 29 - Prestazioni odontoiatriche

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 18-j) "Esclusioni" delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, è compreso il rimborso delle spese sostenute dall'assicurato per prestazioni odontoiatriche (con esclusione di prestazioni ortodontiche), a seguito di infortunio e malattia, **nel limite dell'importo fissato in € 2.000,00 per persona e per anno assicurativo**. Il rimborso delle spese avverrà a cura ultimata, dietro presentazione di una relazione medica che presciva la necessità delle prestazioni odontoiatriche e delle relative notule, distinte, fatture a lui intestate, nei modi e nei termini previsti dall'art. 8 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.

Art. 30 - Occhiali

La Società rimborsa la spesa sostenuta dall'assicurato per l'acquisto delle lenti degli occhiali e della relativa montatura **nel limite dell'importo fissato in €250,00 per persona e per anno assicurativo**.

Il rimborso avverrà dietro presentazione del documento d'acquisto a lui intestato.

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

Via Cassinis, 21 – 20139 Milano

Tel 02 5351.1 Fax 02 5351.829

helvetiaitalia@pec.helvetia.it

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

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 28/6/1986) 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 Assicurativi n. d'ordine 031