

FASCICOLO INFORMATIVO

Contratto di assicurazione infortuni:

CUMULATIVO PROFESSIONALE PERSONALE NON DIRIGENTE

Mod. FI-CUIDIPPR4S - 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 NON
DIRIGENTE**

Mod.35NICUIDIPPR4S - 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 NON DIRIGENTE**.

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.20 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 danno biologico permanente residuo a seguito di **infortunio subito dall'Assicurato nell'esercizio di attività professionali**. **AVVERTENZA:** l'assicurazione non è operante (esclusioni) nei casi indicati all'art.6 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, così come indicato all'art.22 delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: ciascun Assicurato può conoscere il proprio massimale/somma assicurata, consultando gli artt.18-19-24-25 delle condizioni di assicurazione. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per danno biologico permanente. In caso di danno biologico permanente causato da **ROTTURE TENDINEE-COLPO DI FRUSTA** sono previsti i massimali/limiti indicati all'art.14 delle condizioni di assicurazione. Si precisa inoltre che il contratto non prevede l'applicazione di franchigia e/o scoperto sull'indennizzo dovuto a termini di contratto.

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.4 delle condizioni di assicurazione è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali menomazioni 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 gli artt.18-19-24-25 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.21 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.8 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.15 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 danno biologico permanente, la valutazione del grado dello stesso, così come indicato all'art.15 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 danno biologico permanente viene stabilito sulla base della "Tabella INAIL delle Menomazioni" – DM Ministero del Lavoro del 12.7.2000, **gli aspetti di dettaglio della procedura di liquidazione del danno sono indicati agli artt.10-11-12-13-14 delle condizioni di assicurazione.**

14. 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 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 arbitrato, 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.16 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.

16. 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 arbitro, secondo le modalità specificate nel presente Fascicolo Informativo.

D. GLOSSARIO

17. 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;

Danno biologico 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'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..

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 NON
DIRIGENTE**

Mod.35CCUIDIPPR3S - aggiornato al 01.01.2014

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE A - PERSONALE NON DIRIGENTE OPERANTE IN ITALIA

Art. 1 - DESTINATARI DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è prestata a favore del personale non dirigente alle dipendenze del Contraente, nonché di Consulenti fissi, Professionisti, partecipanti a corsi di istruzione, Terze persone che prestano la loro opera per conto del Contraente. La copertura assicurativa decorre dalle ore 00.00 del giorno dell'assunzione e cessa alle ore 24.00 del giorno della risoluzione del rapporto di lavoro.

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 - 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. 4 - MENOMAZIONI PREESISTENTI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le menomazioni preesistenti dalle quali i singoli Assicurati fossero affetti, restando nei loro riguardi efficiente la garanzia.

Art. 5 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

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

Sono altresì comprese in garanzia:

- a) le malattie professionali, o comunque riconosciute in quanto tali dall'INAIL. Resta convenuto, agli effetti della garanzia malattie professionali, che non si darà luogo all'indennizzo per danno biologico permanente quando questo sia di grado non superiore al 10% del totale. Se il danno biologico permanente supererà il 10% del totale l'indennizzo verrà corrisposto integralmente. La presente garanzia è operante per malattie manifestatesi nel periodo di copertura che producano un danno biologico permanente. Ai fini della liquidazione di malattie professionali manifestatesi nel periodo di copertura, ma contratte 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 compresa l'asfissia da annegamento;
- 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 salvo quanto escluso alla lettera g) dell'articolo 6 (esclusioni dalla garanzia) a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva; per terrorismo si intende un atto o più atti commessi da qualsiasi persona o gruppo o gruppi di persone con propositi politici, religiosi, ideologici o similari per influenzare i governi o intimidire la collettività o una parte di essa. Il termine terrorismo è esteso, ma non si limita, all'uso effettivo della forza o della violenza e/o alla minaccia di tale uso. Inoltre l'autore dell'atto terroristico può agire singolarmente o per tramite o in collegamento con qualsiasi organizzazione o governo;
- 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;
- 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 da corrente elettrica, atmosferica o industriale;
- m) gli infortuni a seguito di contatto con sostanze tossiche, corrosive, irritanti e venefiche ed ingestione od assunzione ed inalazione delle stesse;
- n) i morsi di animali e le punture di insetti;
- o) gli infortuni da lesività termica in eccesso o in difetto;
- p) gli infortuni conseguenti a malore fondatamente non dovuto a condizioni patologiche preesistenti;
- q) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, o negligenza anche grave;
- r) gli infortuni da alpinismo con scalata di rocce e accesso a ghiacciai sino al 3° grado della scala di Monaco; oltre il predetto grado l'alpinismo si intende garantito purché effettuato con accompagnamento di guida patentata;
- s) 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.

Art. 6 - ESCLUSIONI DALLA GARANZIA

Sono esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e/o natanti a motore per i quali l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dalla pratica di sport aerei, volo a vela, deltaplano, parapendio, ultraleggeri, paracadutismo e dalla partecipazione a corse e gare motoristiche ed alle relative prove e allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- 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 a titolo amatoriale non in apnea, pesca subacquea e speleologia;
- e) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e da suicidio;
- f) da ebbrezza, ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni, da sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- g) da guerra salvo quanto previsto alla lettera i) dell'articolo 5 (oggetto dell'assicurazione) e da terrorismo nel quale siano impiegati materiali e/o armi di distruzione di massa, nucleari, chimiche o biologiche comunque possano essere disgiunte o combinate;
 - per utilizzo di armi nucleari di distruzione di massa si intende l'uso di qualsiasi arma o dispositivo ad esplosione nucleare o emissione, scarico, dispersione, rilascio, perdita di materiale fissile che emetta un livello di radioattività in grado di causare invalidità o morte tra la popolazione umana o animale;
 - per utilizzo di armi chimiche di distruzione di massa si intende l'emissione, lo scarico la dispersione, il rilascio o la perdita di qualsiasi composto chimico, sia esso solido, liquido o gassoso, quando, appropriatamente diffuso, possa causare invalidità o morte tra la popolazione umana o animale;
 - per utilizzo di armi biologiche di distruzione di massa si intende l'emissione, lo scarico la dispersione, il rilascio o la perdita di qualsiasi microrganismo patogeno e/o tossine prodotte biologicamente (inclusi organismi geneticamente modificati e tossine sintetizzate chimicamente) che siano in grado di causare invalidità o morte tra la popolazione umana o animale;
- h) da trasmutazione, disintegrazione del nucleo dell'atomo e simili, da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- i) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortuni.

Sono inoltre escluse dalla garanzia:

- l) 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 legittima difesa in occasione di violenza diretta alla loro persona, a qualsiasi causa e circostanza siano dovute;
- m) gli infarti di qualunque tipo (miocardici, cerebrali, ecc.), le ernie di qualunque tipo (addominali, discali, ecc.), le lesioni tendinee parziali;
- n) le malattie professionali di natura psichica, la silicosi e l'asbestosi.

Art. 7 - ESTENSIONI DI GARANZIA

7A - 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.

7B - INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI DA RADIAZIONI

A parziale deroga del disposto dell'articolo 6 (esclusioni dalla garanzia) lettera h), concernente l'esclusione dei rischi atomici, la Società assicura il personale non dirigente esposto a rischi di radiazioni, per i soli casi di morte e di danno biologico permanente ed esclusivamente alle condizioni ed entro i limiti stabiliti nel presente articolo, quando la morte o il danno biologico permanente siano conseguenza:

- di infortuni ai sensi dell'articolo 5 (oggetto dell'assicurazione) dai quali le predette persone fossero colpite durante l'espletamento delle loro mansioni tecniche od amministrative nel campo delle ricerche, esperienze, produzione, utilizzazione ed applicazione di energia nucleare o di sostanze radioattive a scopi esclusivamente pacifici, con eventuale uso di reattori, macchine acceleratrici, macchine radiogene in genere e strumentazione scientifica adeguata;
- di malattie professionali, ossia degli stati morbosi insorgenti nell'individuo per effetto dell'assorbimento, nell'esercizio delle mansioni sopra specificate, di radiazioni ionizzanti, di neutroni o di altre particelle atomiche o nucleari. Per il caso di danno biologico permanente conseguente a malattia professionale da radiazioni, qualora il danno biologico permanente parziale sia di grado non superiore al 5% del danno biologico totale, non si darà luogo a liquidazione di indennizzo. Qualora, invece, il danno biologico permanente parziale superi il 5% del danno biologico totale, l'indennità verrà corrisposta senza tener conto della suddetta franchigia.

L'assicurazione è prestata alla espressa condizione che l'attività degli Assicurati si svolga in conformità alle disposizioni per la prevenzione degli infortuni e per la protezione contro le radiazioni ed è operante anche nei casi in cui gli Assicurati si trovino, per esigenze professionali, presso laboratori e/o impianti di Terzi siti in Italia e all'estero.

Il Contraente si impegna per il personale classificato "professionalmente esposto", a procedere al controllo ed alla registrazione delle dosi di radiazioni assorbite dai singoli Assicurati a mezzo della strumentazione più appropriata ed a sottoporre gli stessi almeno ogni 180 giorni a visite mediche, esami ematologici ed esami clinici in genere, salvo la maggiore frequenza prevista dalla normativa vigente. In caso di accertato assorbimento di radiazioni per una dose complessiva che superi il limite massimo ritenuto sopportabile senza danno secondo le norme nazionali o, in mancanza di esse, internazionali sulla protezione sanitaria contro le radiazioni, il Contraente dovrà darne avviso alla Società, mentre si impegna a compiere ogni accertamento e ad adottare tutte le misure opportune perché l'Assicurato riprenda la sua attività in normali condizioni fisiologiche. In ogni caso di diagnosi patologica il Contraente si obbliga ad allontanare immediatamente da qualsiasi possibile fonte di radiazione l'Assicurato colpito, adottando ogni misura idonea alla cura dello stato morboso dell'Assicurato stesso ed a darne immediato avviso alla Società.

Limitatamente al caso di morte e di danno biologico permanente conseguente a malattia professionale esclusivamente dovuta all'assorbimento di radiazioni che abbia avuto luogo durante il periodo di garanzia prestata dalla Società, saranno da questa presi in considerazione, agli effetti della liquidazione, i sinistri che fossero regolarmente denunciati dagli Assicurati cessati e dai loro aventi causa entro il termine di 730 giorni successivi alla data di risoluzione del rapporto con il Contraente

Il periodo massimo utile per procedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma del presente articolo viene fissato in 1826 giorni dal giorno dell'infortunio o, in caso di malattia, dal giorno della denuncia.

7C - ASSICURAZIONE PER INTERVENTI DI EMERGENZA

L'assicurazione si intende estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante la partecipazione a "interventi di emergenza" (quali di seguito definiti) comandati dal Contraente, che abbiano per conseguenza la morte o un danno biologico permanente. **La garanzia viene altresì estesa alle malattie professionali o comunque riconosciute dall'INAIL che comportino un danno biologico permanente in misura superiore al 10% del totale.** La copertura è operante a condizione che le malattie professionali insorgano durante la partecipazione dell'Assicurato a "interventi di emergenza".

Per "interventi di emergenza" si intende il complesso delle attività svolte per conto proprio e/o di terzi o a supporto di pubbliche autorità tendenti ad evitare, neutralizzare contenere o ridurre le conseguenze dannose o i rischi potenziali comunque temuti, di un evento per qualsiasi causa insorto. L'intervento di emergenza comprende anche tutte le attività preliminari, dal momento in cui viene chiesto l'intervento stesso, comprese a titolo esemplificativo ma non limitativo, quelle a carattere organizzativo, logistico e di reperimento di mezzi e persone, compresi i trasferimenti necessari, quali quelli sino al luogo dell'intervento ovunque ubicato, che il successivo rientro.

I capitali assicurati ai sensi degli artt. 18 e 24 (capitali assicurati), si intendono maggiorati, sia in caso di morte che in caso di danno biologico permanente, di euro 105.000,00.

La Società assicura il rimborso, solo in relazione e nei limiti della rivalsa esperita da parte di qualsiasi ente pubblico (per esempio ASL e INAIL) e sino alla concorrenza di euro 10.400,00 per persona e per evento, delle spese mediche sottoindicate:

- a) sostenute per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici);
- b) per gli onorari dei medici nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento;

- c) per le cure, per i medicinali, per i trattamenti fisioterapici, rieducativi e per le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
- d) per le rette di degenza ospedaliera;
- e) **di trasporto dell'assicurato in ambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio, con il limite di spesa pari al 10% del massimale sopraindicato;**
- f) per cure o protesi in genere, comprese quelle odontoiatriche, rese necessarie da un evento indennizzabile nei termini previsti dal presente articolo.

La Società effettuerà il pagamento di quanto dovuto su presentazione da parte del Contraente degli originali delle documentazioni giustificative.

Art. 8 - 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. 9 - 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. 10 - 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 danno biologico saranno diminuite tenendo conto del grado di menomazione preesistente.

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

Art. 11 - 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 danno biologico permanente.** Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per danno biologico, 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 danno biologico 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. 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. 12 - DANNO BIOLOGICO

- a) L'indennizzo per danno biologico permanente è calcolato sulla somma assicurata a tale titolo con mero riferimento alla tabella INAIL "delle menomazioni" (Decreto del Ministero del Lavoro del 12.7.2000), indipendentemente dai criteri INAIL di applicazione della stessa e indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
- b) In caso di perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti, il danno biologico corrisponde alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna perdita, fino al massimo del 100%. Nel caso di menomazioni multiple dovute ad unico infortunio, la valutazione non potrà essere il risultato della somma aritmetica delle singole percentuali tabellate ma il risultato dell'applicazione della formula a "scalare" (o di Balthazard). La stessa formula andrà applicata anche quando la o le menomazioni "coesistano" con preesistenze menomanti lavorative o extralavorative. In caso di "concorrenza" delle menomazioni vedasi il secondo comma dell'articolo 10 (criteri di indennizzabilità).
- c) Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera danno biologico soltanto l'asportazione totale o la perdita totale della funzionalità.
- d) Il danno biologico viene stabilito nel momento in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato si sono stabilizzate.
- e) Nel caso di perdita anatomica o funzionale dell'udito e/o della vista che si verifichi su soggetti portatori

di preesistenza extralavorativa o lavorativa incidente sullo stesso senso, il danno biologico permanente sarà comunque pari al valore tabellato della perdita bilaterale.

Art. 13 - DANNO BIOLOGICO TOTALE

Il danno biologico permanente pari o superiore al 66% verrà liquidato al 100%.

Art. 14 - ROTTURE TENDINEE - COLPO DI FRUSTA

Si conviene che:

- nel caso di rottura totale di uno o più tendini, verrà riconosciuto dalla Società un danno biologico di non oltre il 3% prescindendo da ogni e qualsiasi indagine sulla dinamica dell'evento e sulla natura della rottura; tale percentuale è elevata al 4% in caso di rottura totale del tendine d'Achille. Le lesioni tendinee parziali non sono indennizzabili;
- in caso di colpo di frusta cervicale, verrà riconosciuto dalla Società un indennizzo massimo del 2% di danno biologico per esiti consistenti di distorsione del rachide cervicale con deficit funzionale apprezzabile su base antalgica, disturbi radicolari di natura trofico-sensitiva (vedasi menomazione n. 199 - Tabella INAIL del 12.07.2000). Tale percentuale è ridotta all'1% nel caso di soggetto con rachide cervicale artrosico.

Art. 15 - 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 danno biologico

Qualora sia stata denunciata l'esistenza di danno biologico 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.**

Art. 16 - 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% per 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 del danno biologico 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. 17 - 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. 18 - CAPITALI ASSICURATI

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

- a) per personale non dirigente:
 - **in caso di morte, per l'importo ottenuto moltiplicando per 6 volte la retribuzione annua lorda così come definita al successivo art. 19;**
 - **in caso di danno biologico permanente, per l'importo ottenuto moltiplicando per 7 volte la retribuzione annua lorda così come definita al successivo art. 19.**
- b) per i Terzi assicurati:
 - **in caso di morte, per l'importo ottenuto moltiplicando per 6 volte il compenso convenzionale così come definito al successivo art. 19;**
 - **in caso di danno biologico permanente, per l'importo ottenuto moltiplicando per 7 volte il compenso convenzionale così come definito al successivo art. 19.**

Art. 19 - RETRIBUZIONE ANNUA DEL PERSONALE NON DIRIGENTE E COMPENSO CONVENZIONALE DELLE TERZE PERSONE ASSICURATE

Per Retribuzione Annuo Lorda (**R.A.L.**) si intende quella derivante dagli elementi ordinari e continuativi definiti in sede dei vari CCNL. Per retribuzione annua teorica si intende quella equivalente annua lorda che sarebbe stata corrisposta qualora il Dipendente fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'infortunio. Per compenso convenzionale annuo lordo si intende la somma reale o convenzionale che consente di determinare i capitali assicurati delle Terze persone.

Fatte salve diverse specifiche pattuizioni, per le retribuzioni del personale non dirigente soggetto ad un provvedimento sospensivo della prestazione lavorativa rientrante nella disciplina prevista dalla Cassa Integrazione Guadagni di seguito definita C.I.G. il Contraente dichiarerà le retribuzioni teoriche relative ai periodi di C.I.G. che saranno assoggettate ai tassi previsti in polizza.

Per l'individuazione del capitale assicurato, ai fini della liquidazione dell'infortunio, sarà presa per base la retribuzione ordinaria e continuativa mensile goduta al momento dell'infortunio e ragguagliata ad anno retributivo secondo quanto previsto dal CCNL dell'area contrattuale di appartenenza. Eventuali elevazioni di capitali assicurati avranno effetto dalla data di decorrenza dell'aumento retributivo e non dalla data del provvedimento stesso. L'indennizzo sarà liquidato tenuto conto di quanto sopra, solo nel caso in cui la Società sia stata informata dell'avvenuto miglioramento retributivo prima della sottoscrizione dell'atto di quietanza da parte dell'infortunato.

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. Per la determinazione dei capitali assicurati si farà riferimento alla retribuzione annua lorda teorica riferita al momento dell'infortunio.

Art. 20 - 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. 21 - CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

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

Art. 22 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE B - PERSONALE NON DIRIGENTE OPERANTE ALL'ESTERO

Ai soli fini della garanzia di cui alla presente sezione le norme di assicurazione che seguono, sostituiscono, modificano e/o derogano le norme che regolano la sezione A. Per quanto non disciplinato con la presente sezione vale quanto disposto dalle norme che regolano la sezione A.

Art. 23 - DESTINATARI DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata a favore:

- a) **del personale non dirigente espatriato, vale a dire tutto il personale non dirigente del Contraente che abbia stipulato un contratto estero standard, sia che questo sia stipulato con la società di provenienza (contratto di distacco) sia che sia stipulato con la società di assegnazione estera (contratto con consociata estera);**
- b) **di terze persone espatriate.**

La copertura assicurativa decorre dalle ore 00.00 del giorno dell'assunzione e cessa alle ore 24.00 del giorno della risoluzione del rapporto di lavoro.

Art. 24 - CAPITALI ASSICURATI

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

- a) per personale non dirigente:
- in caso di morte, per l'importo ottenuto moltiplicando per 7 volte la retribuzione annua così come definita al successivo art. 25;
 - in caso di danno biologico permanente, per l'importo ottenuto moltiplicando per 8 volte la retribuzione annua così come definita al successivo art. 25.
- b) per i Terzi assicurati:
- in caso di morte, per l'importo ottenuto moltiplicando per 7 volte il compenso convenzionale così come definito al successivo art. 25;
 - in caso di danno biologico permanente, per l'importo ottenuto moltiplicando per 8 volte il compenso convenzionale così come definito al successivo art. 25.

Art. 25 - RETRIBUZIONE ANNUA DEL PERSONALE NON DIRIGENTE E COMPENSO CONVENZIONALE DELLE TERZE PERSONE ASSICURATE

1) Per retribuzione annua del personale non dirigente espatriato, di cui all'art. 23 lettera a) si intende:

- a) **Retribuzione Estera (R.E.):** la retribuzione riconosciuta per lavorare all'estero tale quale indicata nel contratto estero, stipulato e controfirmato dal Contraente e dal Dipendente, valido al momento dell'infortunio. Si intende per retribuzione estera, nel sistema di trattamento estero del Contraente, la retribuzione annua netta da imposte sul reddito da lavoro dipendente, corrisposte o da corrispondere nel paese di lavoro estero ed al lordo degli eventuali oneri sociali a carico del Dipendente. Sono sempre da escludere le una tantum corrisposte o da corrispondere a qualsiasi titolo, i benefits e/o qualsiasi forma di intervento di supporto all'espatrio riconosciuto in natura o sotto forma di rimborso a qualsiasi titolo (a fronte ricevuta o in forma forfettaria). Sono altresì sempre da escludere gli effetti fiscali a qualsiasi titolo e sotto qualsiasi forma;
- b) **Retribuzione Annua Lorda Figurativa (R.A.L.F.) presso la società di provenienza:** la retribuzione figurativa globale "Italia" per il personale non dirigente operante all'estero.

2) Per retribuzione annua di terze persone espatriate, di cui all'art.23 lettera b), si intende il compenso annuo convenzionale utilizzato ai fini assicurativi.

Per l'individuazione del capitale assicurato, ai fini della liquidazione dell'infortunio, sarà presa per base la retribuzione ordinaria continuativa mensile goduta al momento dell'infortunio e ragguagliata ad anno retributivo. Eventuali elevazioni di capitali assicurati avranno effetto dalla data di decorrenza dell'aumento retributivo e non dalla data del provvedimento stesso.

Resta inteso che, esclusivamente per il personale non dirigente espatriato di cui all'art. 23 lettera a), il Contraente, ai fini della liquidazione dell'infortunio, comunicherà alla Società sempre e comunque la retribuzione annua più elevata tra quelle di cui alle lettere a) e b) del presente articolo.

Aspettativa

La Società consente 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. Per la determinazione dei capitali assicurati si farà riferimento alla retribuzione annua lorda teorica riferita al momento dell'infortunio.

Art. 26 - 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;

Danno biologico 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'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