

FASCICOLO INFORMATIVO

Contratto di assicurazione infortuni:

CUMULATIVO PASSEGGERI AERONAVIGANTI

Mod. FI-CUIPAAER3 - 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 PASSEGGERI AERONAVIGANTI
Mod.35NICUIPAAER3 - 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 PASSEGGIERI AERONAVIGANTI**.

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

Il contratto assicura, per ciascun singolo Assicurato, le garanzie infortuni (caso morte, caso invalidità permanente e caso inabilità temporanea), a seguito di infortunio subito dall'Assicurato quando esso si trova a bordo degli aeromobili di proprietà del Contraente o di Terzi; per ciascuna delle garanzie assicurate è necessario verificare l'importo del capitale/somma assicurata indicati nel contratto.

AVVERTENZA: l'assicurazione non è operante (esclusioni) nei casi indicati all' art.2C delle condizioni di assicurazione, tra i quali si segnala in particolare il caso di infortunio occorso in stato di ubriachezza. 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.6 delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: per ciascuna delle garanzie assicurate è necessario verificare l'importo del capitale/somma assicurata indicati nel contratto. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. 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 non prevede alcun limite di età assicurabile.

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

AVVERTENZA: premesso che il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali menomazioni preesistenti degli Assicurati salvo i casi previsti dall'art.3 delle condizioni di assicurazione, 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 deve comunicare alla Società eventuali aggravamenti e diminuzioni del rischio, escluso il cambiamento dell'attività professionale.

Qualora ciò non avvenga, trovano applicazione le disposizioni di cui al punto "4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità" della presente Nota Informativa.

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", **per ciascuna delle garanzie assicurate è necessario verificare l'importo del capitale/somma assicurata indicati nel contratto.**

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, 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.

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

AVVERTENZA: se l'infortunio ha come conseguenza un' invalidità permanente, la valutazione del grado della stessa, viene stabilita mediante visita medica cui l'Assicurato deve sottoporsi presso un medico fiduciario incaricato dalla Società.

Il grado percentuale di invalidità permanente viene stabilito sulla base di quanto previsto all'art.13 delle condizioni di assicurazione, mentre la valutazione dell'inabilità temporanea viene stabilita sulla base di quanto previsto all'art. 14 delle condizioni di assicurazione. **Fatta questa premessa, gli aspetti di dettaglio della procedura di liquidazione del danno sono indicati agli artt.9-10-11-12-13-14-15-16 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 lo abbia pienamente soddisfatto - di attivare, ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i., il **procedimento di mediazione** innanzi ad un Organismo di Mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia, che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la vertenza;
- **la facoltà** - solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui al sopra citato D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i. - di adire **l'Autorità Giudiziaria** competente, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto;
- **in ogni caso**, la facoltà di ricorrere ad un arbitro, secondo le modalità di seguito specificate.

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

15. Arbitrato

AVVERTENZA: il contratto prevede, così come indicato all'art.17 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 **negoiazione** prevista ai sensi del D.L. 132/14, convertito con modifiche dalla L. 162/14, mediante invito, tramite il proprio legale, all'altra parte a stipulare una convenzione di negoziazione assistita.

D. GLOSSARIO

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;

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 PASSEGGERI AERONAVIGANTI
Mod.35CCUIPAAER2 - aggiornato al 01.01.2014

CONDIZIONI GENERALI GARANZIA INFORTUNI

ART. 1 - DEFINIZIONE DI INFORTUNIO

Sono considerati infortuni gli eventi dovuti a causa fortuita violenta ed esterna, che producano lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente od una inabilità temporanea.

ART. 2 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

2A- DESTINATARI DELL'ASSICURAZIONE

Resta convenuto che è garantito il rischio di morte e invalidità permanente che sia conseguente ad un infortunio occorso ai passeggeri degli aeromobili di proprietà del Contraente o di Terzi.

I passeggeri assicurati dal presente contratto sono:

- a) i Dipendenti di Eni e/o società controllate e/o collegate che non sono assicurati sotto alcuna polizza infortuni cumulativa stipulata con la Società o con altra Compagnia d'Assicurazione;
- b) i Dipendenti di Eni e/o società controllate e/o collegate che sono assicurati da polizza infortuni cumulativa stipulata con la Società o con altra Compagnia d'Assicurazione, per la differenza tra i massimali previsti dalle suddette polizze e quelli del presente contratto;
- c) gli "Ospiti" di Eni e/o società controllate e/o collegate, i Terzi, l'Ispettore dell'Ente Nazionale per l'Aviazione Civile (E.N.A.C.) e/o i tecnici terzi debitamente autorizzati che occupano occasionalmente il posto/i nella cabina di pilotaggio; per i Tecnici terzi il numero massimo di assicurati per singolo aereo è di quattro persone.

2B - ESTENSIONI DI GARANZIA

L'assicurazione si intende estesa:

- durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; è invece sospesa durante il servizio di leva, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione.
- nei casi di noleggio a terzi degli aeromobili precisati nel contratto, sia per i viaggi a scopi industriali e/o di lavoro, sia per i viaggi a scopi turistici e trasporto pubblico passeggeri, fermo restando che l'equipaggio dovrà essere composto da Dipendenti del Contraente;
- quando le persone indicate all'art. 2A si trovino a bordo di aeromobili che fossero messi a disposizione del Contraente dalle Autorità Militari, presi a noleggio dal Contraente sia presso Compagnie di Linee Aeree che presso Privati;
- agli 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.

2C - ESCLUSIONI DALLA GARANZIA

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida ed uso di motoveicoli azionati da motore di cilindrata superiore a 50 cmc;
- b) dalla guida di veicoli a motore che non siano autoveicoli ad uso privato;
- c) dalla guida ed uso di mezzi di locomozione aerei e subacquee;
- d) dall'esercizio dei seguenti sports: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, caccia e cavallo, polo, pelota, alpinismo con scalata di rocce od accesso ai ghiacciai, sci con salti dal trampolino, guidoslitta, calcio, rugby, baseball, caccia (o pesca) subacquee, idrosci, speleologia, ascensioni aeree, vola a motore ed a vele, paracadutismo, giochi ed attività sportive speciali;
- e) dalla partecipazione a corse o gare ed alle relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di corse podistiche, gare bocciolfie, pesca non subacquee, tiro a segno, tiro a volo e simili, scherma, tennis.

Sono pure esclusi dall'assicurazione:

- a) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, di malore o di incoscienza da qualunque causa determinati e quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose, imprudenze o negligenze gravi nonché di partecipazione ad imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- c) gli infortuni dovuti ad ingestione od assorbimento di sostanze, le ernie, le conseguenze di sforzi muscolari, il carbonchio, la malaria od altre manifestazioni morbose causate da punture di insetti, gli avvelenamenti e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione ai sensi dell'art. 1, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio e delle pratiche riguardanti la cura della propria persona.

ART. 3 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone colpite da apoplessia od affette da paralisi, alcolismo, cocainismo, morfinitismo, oppiomania, diabete o da altre infermità gravi e permanenti e l'assicurazione cessa col manifestarsi di una di queste malattie. Le persone con difetti fisici o mutilazioni rilevanti sono assicurabili solo con patto speciale.

ART. 4 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

ART. 5 - PROVA DEL CONTRATTO - VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI

La proposta scritta diretta alla Società e la polizza firmata dalla Società stessa per mezzo delle persone all'uopo autorizzate e del Contraente sono i soli documenti che fanno prova delle condizioni regolatrici dei rapporti fra le Parti. Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da appendice sottoscritta dalle Parti come sopra.

ART. 6 - PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

Il Contraente è tenuto a pagare, presso la Direzione della Società o la Sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, i premi e gli accessori stabiliti nella polizza medesima. L'esazione dei premi precedentemente eseguita al domicilio del Contraente non può in alcun modo invocarsi come deroga a tale obbligo.

La prima rata deve essere pagata alla consegna della Polizza; le rate successive vengono pagate contro il rilascio di regolari quietanze emesse dalla Società, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo. L'assicurazione decorre dalle ore ventiquattro del giorno indicato nella polizza, se in quel momento il premio e gli accessori sono stati pagati; in caso diverso decorre dalle ore ventiquattro del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 15 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore ventiquattro del giorno del pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Trascorso il termine di 15 giorni di cui sopra, la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

ART. 7 - VARIAZIONI NELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidamente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione della eredità. Dopo la divisione il contratto continua con l'erede o con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda.

Nel caso di fusione della Società contraente il contratto continua con la Società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nel caso di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento della Società contraente o della sua messa in liquidazione il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopraindicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi, alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

ART. 8 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni infortuni per le stesse persone o categorie di persone assicurate con la presente polizza.

ART. 9 - 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. 10 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esso possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. **Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo il disposto dell'ultimo comma dell'art. 13.**

ART. 11 - PROVA

E' a carico di chi domanda l'indennità di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini di polizza.

ART. 12 - MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida i beneficiari designati, o in difetto agli eredi, la somma assicurata per il caso di morte.

ART. 13 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo secondo le disposizioni e percentuali seguenti una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta.

	destro	sinistro
Per la perdita totale di un arto superiore	70%	60%
idem idem della mano o dell'avambraccio	60%	50%
“ “ di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	60%
“ “ di un arto inferiore all'altezza o al disotto del ginocchio	50%	50%
“ “ di un piede	40%	40%
“ “ del pollice	18%	16%
“ “ dell'indice	14%	12%
“ “ del mignolo	12%	10%
“ “ del medio	8%	6%
“ “ dell'anulare	8%	6%
“ “ di un alluce		5%
“ “ di ogni altro dito dei piede		3%
Per la sordità completa di un orecchio		10%
Idem idem di ambedue gli orecchi		40%
Per la perdita totale della facoltà visiva d'un occhio		25%
Per la perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi		100%

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà, e per quella di una falange di qualunque altro dito di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nel caso di invalidità permanente non specificati nella suesposta tabella l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicato sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 14 - INABILITÀ TEMPORANEA

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Società liquida la diaria assicurata:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni dichiarate;
- parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato o che è andato riacquistando, della sua capacità fisica.

L'indennità per inabilità temporanea, che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo e quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'art. 9 la liquidazione della indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. Detta indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio.

ART. 15 - CUMULO DI INDENNITÀ

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro l'anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto,

agli eredi la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

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

Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto.

ART. 16 - LIQUIDAZIONE

Ricevuto il certificato medico di guarigione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

ART. 17 - CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI - 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. 18 - COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente è competente esclusivamente, a scelta della Parte attrice, l'autorità giudiziaria del luogo dove ha sede la Società ovvero di quello dove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

Le Parti rinunciano espressamente a valersi dei disposto degli artt. 282 e 648 del Codice di Procedura Civile.

ART. 19 - 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, le altre Società del Gruppo cui appartiene il Contraente, nonché i proprietari degli aeromobili dati in uso o noleggio al Contraente medesimo.**

ART. 20 - DURATA DEL CONTRATTO

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 - IMPOSTE E TASSE

Le spese di bollo, tasse, imposte e diritti dipendenti dalla presente assicurazione sono a carico del Contraente o dell'Assicurato o suoi aventi diritto.

ART. 22 - RINVIO

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

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