ASSICURAZIONE INFORTUNI PER LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni
Compagnia: **Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA**, Italia - Iscr. Albo Imprese Ass. al n.2.00002

Prodotto: **Helvetia Infortuni Associazioni di Volontariato**

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Il prodotto "Helvetia Infortuni Associazioni di Volontariato" è la soluzione assicurativa studiata per tutelare soci e volontari delle Associazioni di Volontariato dalle conseguenze di Infortuni. La polizza protegge per i casi di morte ed invalidità permanente e offre una diaria in caso di ricovero dell'assicurato.

Che cosa è assicurato?

"Helvetia Infortuni Associazioni di Volontariato" tutela le persone iscritte nell'apposito registro o "Libro dei Soci o Elenco dei Volontari" dell'Associazione assicurata dalle conseguenze di infortuni subiti durante lo svolgimento delle attività previste dallo statuto dell'Associazione stessa.

La garanzia è prestata in base agli obblighi derivanti dal Decreto Legge 14/02/1992 nell'ambito della Legge Quadro sul Volontariato 11/08/1991, n. 266 e successive modifiche.

Sono assicurate le seguenti garanzie:

- ✓ **Morte da infortunio**: corresponsione agli eredi o ai beneficiari designati di un importo pari alla somma assicurata;
- ✓ **Invalidità permanente da infortunio**: indennizzo calcolato in proporzione al grado di invalidità permanente totale o parziale accertato dalla Compagnia secondo criteri predeterminati dalla stessa.

La garanzia comprende anche il rischio "in itinere", cioè quel rischio relativo agli infortuni subiti dagli assicurati durante il tragitto dalla propria abitazione o sede di lavoro alla sede dell'Associazione o al luogo dove si svolgono le attività, e viceversa.

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali indicati nella scheda di polizza.

Personalizzazioni del rischio

- **Estensioni di garanzia**: puoi scegliere di sottoscrivere anche una garanzia aggiuntiva che ti consente di ampliare la copertura assicurativa, a fronte di un aumento del premio. Si tratta della **Diaria da ricovero da infortunio e malattia**, che prevede la corresponsione della diaria assicurata per ciascun giorno di degenza e per un massimo di 30 giorni per infortunio e 90 giorni per anno.

Che cosa non è assicurato?

- ✗ Le conseguenze di infortuni che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi prima della stipula della polizza.
- ✗ Le seguenti patologie: alcoolismo e/o dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), sieropositività H.I.V.
- ✗ Le conseguenze (quali morte, invalidità permanente, etc.) di malattie o di eventi non qualificabili come fortuiti, violenti ed esterni.

Ci sono limiti di copertura?

Non sono coperte le conseguenze derivanti da ubriachezza, uso e abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi, uso di stupefacenti, di allucinogeni e simili.

Sono esclusi gli infortuni causati da:

- ! pratica di alcune discipline sportive a livello amatoriale e tutti gli sport che costituiscono attività professionale per l'assicurato;
- ! guida di veicoli senza la relativa abilitazione in base alle disposizioni di Legge;
- ! guida di mezzi di locomozione aerea, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! partecipazione, sia come conducente che come passeggero, a corse automobilistiche e relative prove ed allenamenti;
- ! delitti dolosi compiuti o tentati, compreso il suicidio;
- ! guerra, insurrezioni, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- ! operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per il mondo intero.

Che obblighi ho?

Hai il dovere di:
- fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare;
- comunicare preventivamente se per lo stesso rischio hai già in corso altre polizze assicurative;
- comunicare alla Compagnia, con lettera raccomandata, eventuali cambiamenti che possono comportare un aggravamento di rischio.

In caso di sinistro, devi:
- informare la Compagnia dell'accaduto nei tempi e nei modi dalla stessa indicati;
- consegnare alla Compagnia tutta la documentazione necessaria per procedere nella valutazione;
- attenerti a tutte le eventuali ulteriori indicazioni fornite dalla Compagnia.

Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio avviene all'atto della conclusione del contratto e, successivamente, in base alla periodicità del pagamento scelta.

Puoi pagare tramite:
- bonifico bancario;
- assegno non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bollettino postale;
- contanti, nei limiti previsti dalla Legge;
- sistemi di pagamento elettronico.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione inizia dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, se hai pagato il premio, e termina alle ore 24 del giorno indicato in polizza come data di scadenza.
Se i premi non sono stati pagati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Come posso disdire la polizza?

Puoi inviare una lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto.

Il recesso è inoltre possibile a seguito di sinistro fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto al pagamento stesso. In ogni caso, la Compagnia provvederà a rimborsarti - al netto delle imposte - la quota di premio pagato e non goduto per il periodo compreso tra il giorno di invio della raccomandata A.R. di recesso e la scadenza annuale del contratto.

Se la polizza è stata acquistata tramite tecniche di vendita a distanza è possibile esercitare il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla stipula della polizza.

Assicurazione infortuni per le associazioni di volontariato

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia

Helvetia Infortuni Associazioni di Volontariato

Data ultimo aggiornamento: 31 Luglio 2023
Il presente DIP Aggiuntivo è l'ultima versione disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, con Sede legale a San Gallo (Svizzera) e Sede secondaria con cui viene concluso il contratto in Italia in via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano; tel.+39 02 5351.1; sito internet: https://www.helvetia.it; e-mail: info@helvetia.it; PEC: helvetia@actaliscertymail.it – P.IVA e Cod. Fisc. 01462690155 – Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n° 2.00002 – Iscrizione all'Albo dei Gruppi Assicurativi n° ord. 031.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 00757 del 19/12/1997 - G.U. n. 298 del 23/12/1997.

Autorità di Vigilanza competente: IVASS.

Il patrimonio netto della Compagnia, all'ultimo bilancio approvato, è pari ad Euro 170.291.896 di cui Euro 79.993.441 costituiscono la parte relativa al fondo di dotazione ed Euro 99.108.885 si riferiscono alle riserve patrimoniali.

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazione SA (Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG), Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia è soggetta alle metriche di solvibilità in vigore per il Gruppo elvetico richieste dall'Autorità di Vigilanza svizzera FINMA. La valutazione di solvibilità e della posizione finanziaria delle imprese o dei gruppi di (ri)assicurazione è stata riconosciuta equivalente ai requisiti del titolo I della direttiva 2009/138/CE (Solvency I) da parte della Commissione europea con la decisione delegata (UE) 2015/1602.

Per ulteriori informazioni è possibile prendere visione di tali dati consultando la Relazione Annuale per il 2022 disponibili all'indirizzo:https://www.helvetia.com/content/dam/os/corporate/web/documents/investor-relations/financial-condition-report/2022/presentation-fcr-2022.pdf.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Si segnala che la compagnia si impegna nei confronti del Contraente/Assicurato nei limiti delle somme assicurate e dei massimali concordati con la compagnia stessa.

La polizza prevede le seguenti coperture:

✓ **INFORTUNI**

La garanzia è operante per gli infortuni subiti dalle persone iscritte nell'apposito registro o "Libro dei Soci o Elenco dei Volontari" dell'Associazione assicurata, durante lo svolgimento delle attività istituzionali previste dallo statuto dell'Associazione stessa, compresa la partecipazione a gite, raduni, mostre, manifestazioni aventi carattere promozionale, religiose e formative, connesse ai fini istituzionali della stessa Associazione di Volontariato, secondo il calendario di attività appositamente predisposto.

Sono compresi gli infortuni che gli Assicurati dovessero subire durante la permanenza nei locali delle Sedi dell'Associazione di Volontariato, compresi i lavori attinenti la conduzione e/o la manutenzione della stessa.

La garanzia comprende anche il rischio "in itinere", intendendosi per tale quello relativo agli infortuni subiti dagli assicurati durante il trasferimento della propria abitazione o sede di lavoro alla sede dell'Associazione di Volontariato e/o presso il luogo dove svolgono la propria attività e viceversa, sui percorsi e nei tempi strettamente necessari al trasferimento stesso con l'utilizzo dei normali mezzi di trasporto pubblico e privato.

La garanzia è prestata in base agli obblighi derivanti dal decreto legge del 14/2/92 nell'ambito della legge Quadro sul Volontariato 11/8/91, n. 266. e successive modifiche.

La garanzia copre gli infortuni che si verificano:

- alla guida di autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori e natanti da diporto, per uso privato;
- durante i viaggi in aereo effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri di trasporto pubblico, da chiunque eserciti, condotti da piloti professionisti;
- in qualità di passeggero su mezzi di trasporto terrestre e di superficie acquea;
- in stato di malore o incoscienza;
- per imperizia, imprudenza, negligenza, anche gravi;
- per asfissia non di origine morbosa, per annegamento, assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, folgorazione, avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- per affezioni da morsi di animali o punture di insetti;
- in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, aggressioni, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- per strappi muscolari, ernie traumatiche o da sforzo;
- per la pratica occasionale di sport aventi carattere amatoriale e/o creativo.

A seguito di infortunio, come sopra descritto, possono essere operanti una o più delle seguenti prestazioni:

- **MORTE DA INFORTUNIO**: se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Compagnia corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.
  La garanzia opera purché il decesso si verifichi entro 2 anni dall'infortunio anche successivamente alla scadenza della polizza.
- **INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO:** se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente, la Compagnia:
  - determina il grado di invalidità permanente sulla base delle percentuali stabilite nella "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente" (ex tabella INAIL, all. n.1 DPR 30 giugno 1965 n.1124);
  - riconosce un indennizzo in percentuale sulla somma assicurata, in proporzione al grado di invalidità accertato.

  L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dall'infortunio ed in rapporto causale.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non previste.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Diaria da Ricovero da Infortunio e Malattia	La garanzia è estesa ai ricoveri conseguenti ad infortuni e/o malattie contratti in servizio o per cause di servizio e alle malattie professionali che si manifestano durante il periodo di validità della garanzia. La garanzia è prestata per ogni giorno di degenza ospedaliera.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Ci sono limiti di copertura?

! **Oltre a quanto rappresentato nel DIP Danni, sono in ogni caso esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti da:**

- guida di mezzi di locomozione aerei, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- uso e guida di mezzi di locomozione subacquea;
- guida di veicoli/natanti a motore diversi da quelli indicati in polizza e in ogni caso, se il conducente Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti;
- pratica anche solo occasionale avente carattere amatoriale e/o ricreativo di: pugilato, atletica pesante, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bob, rugby, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere, football americano, hockey su ghiaccio, su pista e su prato, discesa su rapide (rafting), regate oceaniche e traversate in alto mare effettuate in solitario, sport equestri che prevedano un tesseramento alle competenti federazioni sportive, free climbing, jumping e sport costituenti per l'assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
- uso, anche come passeggero, di veicoli, aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio e natanti a motore in competizione e nelle relative prove;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, suicidio;
- movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- guerra od insurrezioni;
- arruolamento volontario, nonché richiamo alle armi per mobilitazione o per altri motivi di carattere eccezionale;
- partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo e non limitativo, spedizioni esplorative o artiche, himalayane e/o andine).

! Sono esclusi gli infortuni dovuti a malaria e infarti di qualsiasi tipo.

! Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità permanente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

! L'indennizzo per caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

! L'indennizzo per invalidità permanente:

- non è dovuto per invalidità permanente pari o inferiore al 5%; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.
- è di carattere personale, quindi non trasmissibile agli eredi.

! Con riferimento alle ernie traumatiche o da sforzo, qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

! Nel caso di un unico evento che provochi l'infortunio di più persone assicurate, l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia non potrà comunque superare l'importo di € 2.000.000,00. Qualora gli indennizzi liquidabili eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

! Con riferimento alla garanzia aggiuntiva "Diaria da Ricovero", si precisa che la stessa è prestata per la durata massima di 30 giorni per sinistro e di 90 giorni per anno assicurativo. Si intende escluso il Day Hospital.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro**: • **MORTE DA INFORTUNIO ED INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO** **In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono:** - fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi da subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro; - darne avviso scritto all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità; il *sinistro* può essere denunciato anche accedendo all'area internet riservata MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata. - corredare la denuncia del sinistro con certificato medico; dando indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento dell'evento stesso. **In caso di morte da infortunio** dell'Assicurato, il beneficiario identificato in polizza o, in difetto, gli eredi legittimi e/o testamentari, devono presentare: - documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero; - certificato di morte; - certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato; - atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi; - nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i beneficiari o gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace; - eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità de sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto. • **DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO O MALATTIA** **In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono:** - fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura; - darne avviso scritto all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità; il *sinistro* può essere denunciato anche accedendo all'area internet riservata MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata. - fornire alla Società l'originale della cartella clinica completa e ogni altra documentazione sanitaria atta ad accertare la patologia oggetto del ricovero, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato.
	Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni non vere o la mancata comunicazione di aggravamento di rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa.
Obblighi dell'impresa	La Compagnia provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione dell'atto di quietanza.

Quando e come devo pagare?

Premio	Il premio di polizza deve essere pagato all'intermediario autorizzato a cui è assegnata la polizza oppure alla Compagnia. Il premio di polizza corrisposto comprende le imposte previste dalla normativa vigente. **Frazionamento**: In alternativa al pagamento annuale del premio, il Contraente può scegliere una periodicità di pagamento semestrale. In tal caso il pagamento del premio è gravato dall'addizionale di frazionamento del 3%.
Rimborso	• **In caso di recesso per sinistro,** la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'Assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di rischio non corso. • **In caso di cessazione dell'Assicurazione per dipendenza da sostanze psicoattive o sieropositività HIV che rendono non più assicurabile l'Assicurato**, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La polizza può essere emessa con durata annuale o poliennale, sia nella forma con tacito rinnovo che in quella senza tacito rinnovo: • nel primo caso (forma a tacito rinnovo), in assenza di disdetta, il contratto di durata non inferiore all'anno si rinnova automaticamente, ad ogni ricorrenza annuale della prima scadenza contrattuale, per un anno; in caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cessa alla scadenza; • nel secondo caso (forma senza tacito rinnovo) la garanzia cessa in automatico alla scadenza del contratto. **Carenza:** con riferimento alle ernie traumatiche o da sforzo, la copertura assicurativa decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia. L'assicurazione cessa qualora in corso di contratto intervengano delle condizioni che rendono non più assicurabile il soggetto assicurato (dipendenza da sostanze psicoattive, sieropositività HIV).
Sospensione	Non è prevista la facoltà di sospendere le garanzie.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Qualora la polizza sia stata acquistata tramite tecniche di vendita a distanza, il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla stipula della polizza. In tal caso la Compagnia procederà alla restituzione del premio o della parte di premio già pagato, al netto delle imposte di legge. Il recesso non può essere esercitato nel caso in cui sia stato denunciato un sinistro nel periodo previsto per il diritto di ripensamento.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a una tipologia di clientela, costituita da Associazioni di Volontariato, che intende tutelare i propri soci e i volontari dalle conseguenze di Infortuni che possono verificarsi durante lo svolgimento delle attività previste dallo statuto dell'Associazione di Volontariato stessa.

Quali costi devo sostenere?

La quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 25,89%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto alla Compagnia presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti: Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Ufficio Reclami - Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano Fax 02 5351794 - Email: reclami@helvetia.it. Competono alla Compagnia anche i reclami che riguardano i soggetti coinvolti nel ciclo operativo della Compagnia stessa, compresi gli Agenti e relativi dipendenti o collaboratori. La Compagnia invia la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo, prorogati fino a 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i dipendenti o collaboratori).
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	– Arbitrato (facoltativo): qualora dovesse sorgere un dissenso tra l'Assicurato e la Compagnia circa la determinazione dell'ammontare del danno. In tal caso, ai sensi di polizza, i periti, nominati da ciascuna delle Parti, si accordano di nominare un terzo perito, detto Arbitro, per addivenire ad una decisione. – Procedura FIN-NET: per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://www.ec.europa.eu/fin-net, chiedendo l'attivazione della Procedura. – Tramite il sito della Compagnia (www.helvetia.it) è possibile acquisire in forma più dettagliata informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
Gruppo Helvetia

Assicurazione Infortuni per le associazioni di volontariato

Helvetia Infortuni Associazioni di Volontariato

Condizioni di Assicurazione

Mod. H244
Ed. 10/2022

Per effetto di quanto disposto dal secondo comma dell'art.166 del Codice delle Assicurazioni (decreto legislativo 7/9/2005 n.209), al fine di dar loro risalto sono evidenziate con carattere di particolare rilievo quelle Condizioni di Assicurazione che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente e/o dell'Assicurato.

Per comodità di consultazione si riporta in sintesi il contenuto del presente documento:

INDICE

GLOSSARIO 1

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE 3

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI 6

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO 10

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA 11

CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI 12

GLOSSARIO

Qui di seguito sono riportati i principali termini utilizzati nella documentazione precontrattuale e contrattuale presente nel Fascicolo Informativo con il significato loro attribuito dalla Compagnia.

DEFINIZIONI GENERALI

Abuso di psicofarmaci	Assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.
Ambulatorio	La struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Assicurato	I singoli volontari che prestano attività di volontariato e che costituiscono il numero complessivo di aderenti all'associazione di Volontariato, come indicato nel Rischio assicurato, iscritti nel registro degli aderenti di cui all'art. 3 del D.M. 14/02/92 modificato dall'art. 3 del D.M. 16/11/92, anche quando partecipano a raduni, mostre, manifestazioni aventi carattere promozionale, ricreative e formative connesse ai fini istituzionali della stessa Associazione di Volontariato.
Assicurazione	Il contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, del danno a lui causato da un sinistro.
Associazione di Volontariato	Ogni organismo costituito al fine di svolgere attività di volontariato come definito dalla legge 266/1991 art.2 che si avvalga delle prestazioni volontarie e gratuite dei propri aderenti.
Beneficiario	Gli eredi dell'assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Compagnia	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto.
Day Hospital	La degenza, esclusivamente diurna, in istituto di cura documentata da cartella clinica - dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'assicurato nell'istituto di cura - per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportino la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continue.
Documentazione Sanitaria	Si compone della cartella clinica e della documentazione medica e di fatture, notule e/o ricevute in originale.
Ebbrezza alcolica – ubriachezza	Condizioni conseguenti all'assunzione di alcool, nelle quali il livello di alcoolemia risulta essere pari o superiore ai limiti previsti dalle vigenti normative.
Franchigia	Parte dell'indennizzo che rimane a carico dell'assicurato, nel caso che ciò sia stato preventivamente concordato nella polizza.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società all'assicurato in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	Atto medico, praticato in istituto di cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di pronto soccorso.

Invalidità Permanente	Perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	L'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
IVASS già ISVAP	Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, cui spetta il controllo sulle Imprese di assicurazione, nonché sugli intermediari di assicurazione (agenti e i broker).
Malattia	Ogni oggettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia Improvvisa	Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morboso noto all'assicurato.
Malattia mentale e/o disabilità mentale	Ogni disturbo psichico e comportamentale così come definiti nel Settore V della "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" decima revisione - ICD - 10 dell'organizzazione Mondiale della Sanità (come da elenco allegato).
Malattia Preesistente	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della polizza.
Malattie/Invalidità Coesistenti	Malattie o invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
Parti	Il Contraente/Assicurato e la Società.
Polizza	Il documento che prova l'Assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Psicofarmaci	Farmaci contenenti sostanze psicoattive che agiscono sul Sistema Nervoso Centrale.
Recesso	Scioglimento del vincolo contrattuale.
Ricovero	Degenza dovuta a malattia o infortunio comportante necessità di pernottamento in ospedale o casa di cura, regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria.
Scoperto	È la percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'assicurato, nel caso che ciò sia stato preventivamente concordato nel contratto assicurativo.
Scopo terapeutico	Terapia medica efficace per curare le malattie.
Sforzo	Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie attività e dagli atti di forza lavorativi dell'assicurato.
Sinistro	Il verificarsi del ricovero in istituto di cura o della degenza in Day Hospital o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni mediche, che nel loro insieme possono avvenire anche in tempi diversi, garantiti dal contratto assicurativo a seguito di malattia, infortunio, parto o interruzione terapeutica non volontaria della gravidanza.
Vendita a distanza	Il collocamento di contratti assicurativi senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario o della Compagnia e del Contraente.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile).

Art. 2 - Altre assicurazioni
Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).
Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze di assicurazione stipulate dai singoli Volontari e Associati che essi avessero in corso con altre Compagnie di assicurazioni.

Art. 3 - Pagamento del premio
Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è dovuto per intero anche se ne è stato concesso il frazionamento in rate semestrali, quadrimestrali o trimestrali.
L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se l'Assicurato/Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 del Codice Civile). I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società.

Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione
Devono essere provate dalle Parti per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio
L'Assicurato/Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 Codice Civile).

Art. 6 - Diminuzione del rischio
Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'assicurato (art. 1897 Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente e/o Assicurato
Per le modalità di denuncia e le informazioni di dettaglio di ogni singola sezione richiamata in polizza, si rimanda a quanto previsto nei capitoli NORME PER LA DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO dedicati alle sezioni Infortuni (art. 27) e Malattia (art. 32 relativo alla garanzia "Diaria da Ricovero da Infortunio e da Malattia)".

Art. 8 - Recesso in caso di Sinistro
Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.
Il recesso ha effetto dalla scadenza del periodo annuo in corso, ovvero, qualora sia comunicato meno di 60 giorni prima di tale data, dalla scadenza annua successiva.
La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 9 - Durata del contratto
In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del contratto, quest'ultimo è prorogato per un anno e così successivamente.

Art. 10 - Oneri fiscali
Sono a carico del Contraente.

Art. 11 - Foro competente
Valgono le norme di legge.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge
L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Art. 12.1 – Misure restrittive (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)
La *Compagnia* non è tenuta a prestare l'*assicurazione* nella misura in cui la copertura assicurativa possa esporre la *Compagnia* stessa al manifestarsi o al rischio di:

- **violazione di divieto, erogazione di sanzione o applicazione di restrizione derivante da Risoluzioni delle Nazioni Unite;**
- **erogazione di sanzioni economiche o commerciali, derivanti dalla violazione di leggi o disposizioni dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera o degli Stati Uniti d'America.**

Art. 12.2 - Diritto di ripensamento (solo per le polizze collocate tramite vendita a distanza)
Il *Contraente* può recedere dall'*assicurazione* **entro 14 giorni** dalla stipula della *polizza*, senza penali e senza doverne indicare il motivo.
Il recesso può essere esercitato mediante **comunicazione scritta** contenente gli elementi identificativi della *polizza*, inviata con:

- raccomandata A/R;
- posta elettronica certificata (PEC);
- format disponibile sul sito della *Compagnia* all'indirizzo www.helvetia.it.

Il recesso ha efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione.

In caso di recesso, la *Compagnia* rimborsa al *Contraente* il *premio* versato **diminuito**:

- della **parte di *premio* utilizzata** per il periodo di efficacia dell'*assicurazione*;
- degli **oneri fiscali** e **previsti** (eventualmente) **dalla normativa vigente**.
- **Il *Contraente* NON può recedere se:**
- **l'*assicurazione* è stata vincolata;**
- **è stato denunciato un *sinistro* prima dell'esercizio del diritto di ripensamento.**

Per i *sinistri* avvenuti entro la data di esercizio del diritto di ripensamento e denunciati dopo quest'ultima, la *Compagnia* ha il **diritto di recuperare** il *premio* restituito al *Contraente*

Art. 13 – Prova
L'assicurato è esonerato dal provare che il danno non si è verificato in conseguenza di eventi esclusi dalla garanzia.

Art. 14 - Assicurazione per conto altrui
Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere assolti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 15 - Persone non Assicurabili
Premesso che la Società, qualora al momento della stipulazione della polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool - stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Società di corrispondere l'eventuale indennizzo.
In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. 16 - Controversie - Arbitrato irrituale
L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono. Le eventuali controversie sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, possono essere demandate per iscritto dalle Parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituti di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.
È data facoltà al collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.
Le decisioni del Collegio 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 17 - Rinuncia della Società all'azione di rivalsa
La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 Codice Civile verso terzi responsabili dell'infortunio.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 18 - Rischio assicurato
La garanzia è operante esclusivamente per gli infortuni subiti dalle persone iscritte nell'apposito registro o "**Libro dei Soci o Elenco dei Volontari"** dell'Associazione assicurata, durante lo svolgimento delle attività istituzionali previste dallo statuto dell'Associazione stessa **(allegato alla presente polizza di cui forma parte integrante)**, compresa la partecipazione a gite raduni, mostre, manifestazioni aventi carattere promozionale, religiose, ricreative e formative, connesse ai fini istituzionali della stessa Associazione di Volontariato, secondo il calendario di attività appositamente predisposto.
Sono altresì' compresi gli infortuni che gli Assicurati dovessero subire durante la permanenza nei locali delle Sedi dell'Associazione di Volontariato, compresi i lavori attinenti la conduzione e/o la manutenzione della stessa.
La garanzia comprende il rischio "IN ITINERE", intendendosi per tale quello relativo agli infortuni subiti dagli assicurati durante il trasferimento dalla propria abitazione o sede di lavoro alla sede dell'Associazione di Volontariato e/o presso il luogo dove svolgono la propria attività e viceversa, sui percorsi e nei tempi strettamente necessari al trasferimento stesso con l'utilizzo dei normali mezzi di trasporto pubblico e privato.
La garanzia è prestata in base agli obblighi derivanti dal decreto legge del 14/2/92 nell'ambito della legge Quadro sul Volontariato 11/8/91, n. 266. e successive modifiche.
L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 19 - Garanzie prestate
Sono compresi in garanzia gli infortuni:
- alla guida di autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori e natanti da diporto, per uso privato;
- durante i viaggi in aereo effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri di trasporto pubblico, da chiunque eserciti, condotti da piloti professionisti;
- in qualità di passeggero su mezzi di trasporto terrestre e di superficie acquea;
- in stato di malore o incoscienza;
- per imperizia, imprudenza, negligenza, anche gravi ;
- per asfissia non di origine morbosa, per annegamento, assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, folgorazione, avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- per affezioni da morsi di animali o punture di insetti (**esclusa la malaria**);
- in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, aggressioni, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**;
- per strappi muscolari, ernie traumatiche o da sforzo (**sono esclusi gli infarti di qualsiasi tipo**);
- per la pratica occasionale di sport aventi carattere amatoriale e/o ricreativo.

Art. 20 - Criteri di indennizzabilità
La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. **Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità permanente di cui alla tabella INAIL sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente**.

Art. 21 - Infortuni esclusi
Tutti quelli derivanti da:
1) **guida di mezzi di locomozione aerei, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;**
2) **uso e guida di mezzi di locomozione subacquea;**
3) **guida di veicoli/natanti a motore diversi da quelli indicati in polizza e in ogni caso, se il conducente Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti;**
4) **pratica anche solo occasionale avente carattere amatoriale e/o ricreativo di: pugilato, atletica pesante, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bob, rugby, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere, football americano, hockey su ghiaccio, su pista e su prato, discesa su rapide (rafting), regate oceaniche e traversate in alto mare effettuate in solitario, sport equestri che prevedano un tesseramento alle competenti federazioni sportive, free climbing, jumping e sport costituenti per l'assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;**
5) **uso, anche come passeggero, di veicoli, aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio e natanti a motore in competizione e nelle relative prove;**
6) **ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni;**
7) **operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;**
8) **delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, suicidio;**
9) **movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;**
10) **da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);**
11) **guerra od insurrezioni;**
12) **arruolamento volontario, nonché richiamo alle armi per mobilitazione o per altri motivi di carattere eccezionale;**

13) **partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo e non limitativo, spedizioni esplorative o artiche, himalayane e/o andine).**

Art. 22 - Estensione dell'assicurazione delle ernie traumatiche o da sforzo
L'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente, alle ernie traumatiche o da sforzo, con l'intesa che:

- **la copertura assicurativa decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;**
- **qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;**
- **qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, troverà applicazione l'art. 17 "Controversie – Arbitrato Irrituale" delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.**

Art. 23 - Caso di morte
L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio regolarmente denunciato ed in rapporto causale con esso. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.
L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.
Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 24 - Invalidità Permanente
Non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 5%.

a) Se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.
In caso di invalidità permanente definitiva di grado pari o superiore al 65% della totale, non si applica la suddetta franchigia e l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.
b) **L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio denunciato ed in rapporto causale.**
c) Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata.
d) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo per invalidità permanente viene calcolato sulla somma assicurata, in proporzione al grado di invalidità accertato, secondo i criteri e le percentuali indicate nella seguente Tabella:

Tabella delle Valutazioni del Grado Percentuale di Invalidità Permanente
(ex Tabella INAIL, Allegato N° 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124)

DESCRIZIONE	**Percentuali**		
Per la perdita totale, anatomica o funzionale:	**D**	**==**	**S**
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Di un globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi.		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambi le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria: a) con possibilità di applicazione di protesi efficace b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		 11 30	
DESCRIZIONE	**Percentuali**		
Per la Perdita Totale, anatomica o funzionale:	**D**	**==**	**S**
Di un rene con integrità del rene superstite		25	
Della milza senza alterazioni della crasi ematica		15	
Di un testicolo (non si corrisponde indennità)		0	
Dell'integrità della clavicola (esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione funzionale dei movimenti del braccio)		5	
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) in arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50		40

Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40		30
Di un braccio: a) per disarticolazione scapolo-omerale b) per amputazione al terzo superiore	 85 80		 75 70
Di un braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Di un avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Di tutte le dita della mano	65		55
Del pollice e del primo metacarpo	35		30
Del pollice	28		23
Dell'indice	15		13
Del medio		12	
Dell'anulare		8	
Del mignolo		12	
Della falange ungueale del pollice	15		12
Della falange ungueale dell'indice	7		6
Della falange ungueale del medio		5	
Della falange ungueale dell'anulare		3	
Della falange ungueale del mignolo		5	
Delle due ultime falangi dell'indice	11		9
Delle due ultime falangi del medio		8	
Delle due ultime falangi dell'anulare		6	
Delle due ultime falangi del mignolo		8	
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) con angolazione tra 110° - 75°: a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	 30 35 45 25		 25 30 40 20
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in flessione massima o quasi	55		50
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in estensione completa o quasi : a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	 40 45 55 35		 35 40 50 30
Della funzionalità dell'articolazione radio-carpica (anchilosi completa) in estensione	18		15
se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione: a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione	 22 25 35		 18 22 30
Della funzionalità della articolazione coxo-femorale (anchilosi completa) con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
Di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
DESCRIZIONE	**Percentuali**		
Per la perdita totale, anatomica o funzionale:	**D**	**==**	**S**
Di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30	
Dell'alluce e corrispondente metatarso		16	
Del solo alluce		7	
Di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3	
Della funzionalità dell'articolazione del ginocchio (anchilosi completa rettilinea)		35	
Della funzionalità della articolazione tibio-tarsica (anchilosi completa ad angolo retto).		20	
Di lunghezza (semplice accorciamento) di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva			
Visus Perduto	**Visus residuo**	**Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)**	**Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)**
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

NOTE:
1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata in 16% se si tratta di infortunio agricolo.
5. In caso di afachia monolaterale:

	Percentuali
con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%

6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

e) Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della diminuita capacità generica, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
f) La perdita totale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovuta per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Art. 25 - Limite Catastrofale
Nel caso di un unico evento che provochi l'infortunio di più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 2.000.000,00. Qualora gli indennizzi liquidabili a sensi di polizza eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 26 - Esonero dall'obbligo di denuncia di infermità, mutilazioni, malattie gravi o difetti fisici
La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, mutilazioni, o difetti fisici conseguenti ad infortunio, da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza.
In caso di infortunio resta comunque confermato il disposto dell'art. 20 "Criteri di Indennizzabilità" delle Condizioni di Polizza.

Garanzia Aggiuntiva - valida se indicata la relativa somma assicurata nel frontespizio di polizza, nella tabella "Garanzie e Somme Assicurate per ciascun Assicurato".
1. Diaria da Ricovero da Infortunio e Malattia
La garanzia si intende prestata per i ricoveri conseguenti ad infortunio e/o malattie contratti in servizio o per cause di servizio e alle malattie professionali, indicate nella tabella annessa al DPR 30 Giugno 1965 n. 1124, che si manifestino durante il periodi di validità della garanzia.
La garanzia "DIARIA DA RICOVERO" è prestata per ogni giorno di degenza ospedaliera **(DAY HOSPITAL escluso) e per la durata massima di 30 giorni per sinistro e di 90 giorni per anno assicurativo**.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO

Art. 27 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro
In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

a. **fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro**;
b. **darne avviso scritto all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità**, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile; **il *sinistro* può essere denunciato anche accedendo all'area internet riservata MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata;**
c. **corredare la denuncia del sinistro con certificato medico; la denuncia deve inoltre contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento**;
d. **documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici;**
e. **sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato**;
f. **fornire, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti** (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla Società) **o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato**.
L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.
L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).
In caso di morte da infortunio dell'Assicurato, il beneficiario identificato in polizza o, in difetto, gli eredi legittimi e/o testamentari, devono presentare:

- documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero;
- certificato di morte;
- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i beneficiari o gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità de sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Si precisa che **le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato**.

Art. 28 – Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente
Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 20 "Criteri di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.
La Società s'impegna a comunicare all'Assicurato, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Art. 29 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio
Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi.
Tuttavia se l'Assicurato decede, per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato
  oppure, in mancanza
- l'importo offerto
  oppure, se non vi è stata ancora l'offerta
- l'importo oggettivamente determinabile dalla Società con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente articolo 38 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro, **fornendo, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti** (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), **corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero**.

Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, **dovranno fornire alla Società**:

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Società, gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.
La Società s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

Art. 30 – Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di diaria da ricovero da infortunio
Fermo quanto previsto dalla Garanzia Aggiuntiva "Diaria da Ricovero da infortunio e Malattia", si precisa che, **l'indennizzo viene corrisposto a cura ultimata, su presentazione, in originale, della relativa documentazione sanitaria (cartella clinica e certificati medici)**.
La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 31 – Modalità di pagamento dell'indennizzo per tutte le garanzie infortuni
La Società disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà effettuata in Italia.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA

Art. 32 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro
In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto devono:
- **fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura**;
- **darne avviso scritto all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile**; **il *sinistro* può essere denunciato anche accedendo all'area internet riservata MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata;**
- **fornire alla Società l'originale della cartella clinica completa e ogni altra documentazione sanitaria atta ad accertare la patologia oggetto del ricovero, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato**;
- **sottoporsi in Italia agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società**.

Si precisa che **le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato**.
L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

Art. 33 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo
Fermo quanto previsto dalla Garanzia Aggiuntiva "Diaria da Ricovero da infortunio e Malattia", si precisa che, **l'indennizzo viene corrisposto a cura ultimata** in base alle modalità previste dall'articolo che precede.
La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 34 – Modalità di pagamento dell'indennizzo
La Società disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia.

CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI

DECIMA REVISIONE – ICD – 10 DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA' SETTORE V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI

Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici:
Demenza nella malattia di Alzheimer; Demenza vascolare; Demenza in altre malattie classificate altrove; Demenza non specificata; Sindrome amnesica organica, non indotta da alcol o da altre sostanze psicoattive; Delirium non indotto da alcol o da altre sostanze psicoattive; Altri disturbi psichici dovuti a danni o disfunzioni cerebrali e a malattie somatiche; Disturbi di personalità e del comportamento dovuti a malattia, lesione e disfunzioni cerebrali; Disturbi psichici organici o sintomatici non specificati.

Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive:
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di altri stimolanti, compresa la caffeina; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di allucinogeni; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di solventi volatili; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive.

Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti:
Schizofrenia; Disturbo schizotipico; Disturbi deliranti persistenti; Disturbi psicotici acuti e transitori; Disturbo delirante indotto; Disturbi schizoaffettivi; Altri disturbi psicotici non organici; Psicosi non organica non specificata.

Disturbi dell'umore [affettivi]:
Episodio maniacale; Disturbo affettivo bipolare; Episodio depressivo; Disturbo depressivo ricorrente; Disturbi persistenti dell'umore [affettivi]; Disturbi dell'umore [affettivi] di altro tipo; Disturbo dell'umore [affettivo] non specificato.

Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi:
Disturbi ansioso-fobici; Altri disturbi d'ansia; Disturbo ossessivo-compulsivo; Reazione a grave stress e disturbi dell'adattamento; Disturbi dissociativi [di conversione]; Disturbi somatoformi; Altri disturbi nevrotici.

Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici:
Disturbi dell'alimentazione; Disturbi del sonno non organici; Disfunzione sessuale non causata da disturbo o malattia organica; Disturbi mentali o comportamentali associati con il puerperio non classificati; Fattori psicologici e comportamentali associati a disturbi o malattie classificati; Abuso di sostanze che non provocano dipendenza; Sindromi comportamentali non specificate associate a disturbi fisiologici e a fattori somatici.

Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto:
Disturbi di personalità specifici; Altri disturbi di personalità e forme miste; Modificazioni durature della personalità non attribuibili a danno o malattia cerebrale; Disturbi delle abitudini e degli impulsi; Disturbi dell'identità sessuale; Disturbo della preferenza sessuale; Problemi psicologici e comportamentali associati con lo sviluppo e l'orientamento sessuale; Altri disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto; Disturbo non specificato della personalità e del comportamento nell'adulto.

Ritardo mentale:
Ritardo mentale lieve; Ritardo mentale di media gravità; Ritardo mentale grave; Ritardo mentale profondo; Ritardo mentale di altro tipo; Ritardo mentale non specificato.

Disturbi dello sviluppo psicologico:
Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio; Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche; Disturbo evolutivo specifico della funzione motoria; Disturbo evolutivo specifico misto; Disturbi evolutivi globali; Disturbo dello sviluppo psicologico di altro tipo; Disturbo dello sviluppo psicologico non specificato.

Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza:
Disturbi ipercinetici; Disturbi della condotta; Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale; Disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia; Disturbo del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza; Disturbi a tipo tic; Altri disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza; Disturbo mentale non specificato; Disturbo mentale S.A.I.

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia

Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
Tel. 02 5351 1 (20 linee)
Fax 02 5520360 – 5351461
www.helvetia.it, PEC: helvetia@actaliscertymail.it

Capitale Sociale franchi svizzeri 82.621.900 i.v.
N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano,
C.F. e Partita I.V.A. 01462690155 – R.E.A. n. 370476
Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric. Del M. Ind.,
Comm. Ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n.2
G.U. n. 357 del 31/12/1984 Provv. ISVAP n. 00757
del 19/12/1997 pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/1997
Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 2.00002
Iscr. Albo Gruppi Ass. n°d'ord. 031

helvetia
La tua Assicurazione svizzera