helvetia
La tua Assicurazione svizzera

Helvetia Leader Protetto

Tariffa 1390 Non-Fumatore
Tariffa 1391 Fumatore

Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, di tipo temporaneo in caso di morte, a capitale e premio annuo costanti

Il presente **Set informativo** (Mod. C-SI-LP-0 Ed. 06/2026) è composto da:

- **Dip Vita** – Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativo;
- **Dip Aggiuntivo Vita** – Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativo;
- **Condizioni contrattuali** comprensive di **Glossario**. Le Condizioni contrattuali sono redatte a norma di quanto previsto dalle Linee Guida contratti chiari e comprensibili del Tavolo Tecnico dell'Associazione Nazionale Italiana Assicuratori (ANIA);
- **Fac-simile della Polizza**.

Il Set Informativo deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Polizza.

Helvetia Leader Protetto è un prodotto di Helvetia Vita S.p.A. – Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.

Helvetia Vita S.p.A.
Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.
Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
Tel. 02 5351 1 – Fax 02 537289
PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it – www.helvetia.it

Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia – Capitale Sociale € 47.594.000 i.v. – Società con Socio Unico
N° iscrizione Reg. Imprese di Milano, C.F. e P.I. 03215010962 – R.E.A. n° 1882793
Imp. Autor. all'eser. delle ass. sulla Vita con Provv. ISVAP n° 1979 del 4/12/2001
(G.U. n° 288 del 12/12/2001)
Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n° 1.00142 - Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n° d'ordine 031

Assicurazione Temporanea in caso di morte

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.
Helvetia Leader Protetto
(Tariffa 1390 Non-Fumatore e Tariffa 1391 Fumatore)

Data di aggiornamento: 03 Giugno 2026
Il presente DIP Vita rappresenta l'ultima versione disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

Helvetia Leader Protetto è un'assicurazione sulla vita temporanea in caso di decesso a capitale e premio annuo costanti che, in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima della scadenza contrattuale, riconosce al Contraente oppure ai Beneficiari designati il pagamento di un importo pari al capitale assicurato. Prevede inoltre condizioni tariffarie diverse e di conseguenza premi differenziati, in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato (stato tabagico).

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Il prodotto prevede le seguenti tipologie di prestazione:

✓ **Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato**
In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima della scadenza, la Società corrisponde, al Contraente oppure ai Beneficiari designati dal Contraente, il capitale assicurato indicato in Polizza.

Se alla scadenza l'Assicurato è in vita, il contratto non riconosce alcuna prestazione ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

Che cosa NON è assicurato?

Non è assicurabile:
- × la persona fisica che, in qualità di Assicurato, alla data di decorrenza abbia un'età inferiore a 18 anni compiuti o superiore ai 75 anni assicurativi e che, in ogni caso, superi gli 85 anni assicurativi alla scadenza contrattuale;
- × un capitale inferiore a 50.000 Euro;
- × la persona fisica non residente in Italia;
- × il decesso che si sia verificato fuori dal periodo in cui la Garanzia è efficace.

Ci sono limiti di copertura?

Con riferimento alla Garanzia in caso di decesso è escluso il decesso causato da:
- ! dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano;
- ! incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di decorrenza del contratto o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;
- ! patologie derivanti da abuso d'alcool;
- ! uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- ! decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

	Sono presenti, inoltre, periodi di carenza e ulteriori specifiche esclusioni. Si rinvia alla sezione "Ci sono limiti di copertura?" del Dip Aggiuntivo Vita per le informazioni di dettaglio.

Dove vale la copertura?

La prestazione assicurativa è garantita senza limiti territoriali, fermo quanto riportato nella sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP Aggiuntivo Vita.

Che obblighi ho?

Il Contraente è tenuto, unitamente all'Assicurato, a dare immediata comunicazione alla Società qualora nel corso della durata contrattuale modifichi le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente e/o modifichi il proprio status tabagico iniziando a fumare (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro).
In tali casi la Società può rideterminare il premio inizialmente pattuito o il capitale assicurato.

La richiesta di liquidazione dovrà essere consegnata in forma scritta all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il contratto, o inviata alla Società – anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo allegato alle Condizioni contrattuali (Modulo di richiesta per liquidazione sinistro) – via e-mail a HVliquid@helvetia.it o a mezzo lettera raccomandata A/R corredata dai documenti richiesti, riportati anche all'interno del suddetto modulo.

Quando e come devo pagare?

Il prodotto prevede il pagamento di un premio annuo costante, determinato alla conclusione del contratto, in relazione allo stato tabagico ed all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute ed alle attività professionali e/o sportive svolte, anche saltuariamente, alla durata del contratto ed al capitale assicurato.
Il pagamento del premio viene effettuato – all'atto della conclusione del contratto e, per tutta la durata contrattuale, ad ogni ricorrenza annua della data di decorrenza – presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite: assegno bancario/postale non trasferibile intestato all'Intermediario; bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario; bollettino postale sul conto corrente dell'Intermediario; carta di debito/credito presso l'Intermediario se accettata dall'Intermediario, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente applicabile; **fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente e sull'Intermediario rispettivamente per la parte di propria competenza determinata in ragione dello strumento di pagamento prescelto e dei relativi accordi con i prestatori del servizio.**
In alternativa al pagamento del premio con periodicità annuale, il Contraente può scegliere una frequenza di pagamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale, bimestrale o mensile. In tal caso, il pagamento del premio è gravato dai seguenti interessi di frazionamento:

Periodicità	Semestrale	Quadrimestrale	Trimestrale	Bimestrale	Mensile
Interesse di frazionamento	1,00%	1,25%	1,50%	1,75%	2,00%

A richiesta del Contraente, i premi successivi a quello di perfezionamento possono essere corrisposti anche tramite SEPA Direct Debit Core.

È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata del contratto (intesa come l'arco di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e quella di scadenza) può essere fissata, a scelta del Contraente, tra 1 e 30 anni, fermi i limiti massimi di età dell'Assicurato a scadenza.

Il contratto si intende concluso nel momento in cui vengono apposte sulla Polizza le firme della Società e del Contraente (nonché dell'Assicurato) e quest'ultimo provvede contestualmente al pagamento della prima rata di premio.

A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto, la prestazione assicurata è operante dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza, fermi i periodi di carenza previsti.

Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Non è prevista la revoca.
Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto **entro 30 giorn**i dal momento in cui il contratto stesso è concluso.

Il mancato pagamento del premio annuo previsto, trascorsi **dodici mesi** dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione, determina la risoluzione del contratto.

Sono previsti riscatti o riduzioni? □ SI X NO

Il Contraente può riattivare il contratto in caso di interruzione del pagamento dei premi.
Si rinvia alla sezione "Quali costi devo sostenere?" contenuta nel DIP Aggiuntivo Vita per le relative condizioni economiche.

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto dall'assicurazione e non riconosce un valore di riduzione.

Assicurazione Temporanea in caso di morte

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo Vita)

Helvetia Leader Protetto

Data di aggiornamento: 03 Giugno 2026

Il presente DIP Aggiuntivo Vita rappresenta l'ultima versione disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni contrattuali prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Helvetia, Via G. B. Cassinis n. 21 - 20139 Milano, tel. n. +39 02 53.51.1, indirizzo sito internet: www.helvetia.it, e-mail: direzione.vita@helvetia.it, PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it. La Compagnia è autorizzata all'esercizio sulle assicurazioni sulla vita con Provv. ISVAP n. 1979 del 4 Dicembre 2001 (G. U. del 12 Dicembre 2001 n. 288) ed è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n. 1.00142.

Con riferimento all'ultimo bilancio di esercizio approvato (bilancio al 31 dicembre 2025) il patrimonio netto della Società è pari a 300.463.884,43 Euro. Il risultato economico del periodo è invece pari a 2.594.864,74 Euro.

Con riferimento alla situazione di solvibilità, il valore dell'indice di solvibilità (Solvency Capital Ratio) al 31 dicembre 2025 è pari al 264,28%. La relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria della Società (SFCR) è disponibile sul sito internet della stessa ed è consultabile al seguente indirizzo: www.helvetia.it/solvencyII.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

! **Ulteriori esclusioni della Garanzia in caso di decesso dell'Assicurato**

! **È inoltre escluso dalla Garanzia il decesso causato dalla:**

- **pratica di una delle seguenti attività sportive:** sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere;
- **pratica di una delle seguenti attività professionali:** operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto alle forze armate se impiegato in missioni all'estero;

La Società può tuttavia valutare le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente, dall'Assicurato e dichiarate prima della conclusione del contratto:

- **includendo le medesime nella garanzia, a fronte di un'eventuale applicazione di uno specifico sovrappremio aggiuntivo, risultante da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice, o in alternativa;**
- **escludendo dalla garanzia il decesso causato dalla pratica di tali attività, risultante da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice.**

In tutti i casi di esclusione, ad eccezione del caso di decesso dell'Assicurato causato da dolo del Contraente e/o dei Beneficiari, la Società si impegna a corrispondere al Contraente oppure ai Beneficiari dai lui stesso designati il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso al posto del capitale assicurato.
Si precisa infine che per le polizze senza visita medica obbligatoria il decesso causato dalla pratica delle professioni e delle attività sportive sopra elencate è sempre escluso dalla presente Garanzia e prevede quindi la liquidazione dell'importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

! **Periodi di carenza della Garanzia in caso di decesso in caso di polizze senza visita medica**

! **Clausola di carenza generale**
Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto e quest'ultimo sia in regola con il pagamento del premio, il capitale assicurato non sarà pagato ed in suo luogo verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata alla data del decesso.
La Società non applicherà entro i primi 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto la limitazione sopra indicata e pertanto la prestazione dovuta sarà pari al capitale assicurato indicato in Polizza, qualora il decesso sia conseguenza diretta di:

- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite postvaccinica;
- shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza del contratto;
- infortunio - intendendosi per tale l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporale obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso - avvenuto dopo la data di decorrenza.

Inoltre, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla data di conclusione del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato ed al suo posto verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.

! **Clausola di carenza ridotta** (per il caso in cui l'Assicurato fornisca alla Società test HIV con esito negativo)
Vale quanto indicato al precedente punto "Clausola di carenza generale", ad eccezione dell'ultimo capoverso che viene omesso.

! **Periodi di carenza della Garanzia in caso di decesso in caso di polizze con visita medica**

! **Clausola di carenza settennale per decesso dovuto ad infezione da HIV** (per il caso in cui l'Assicurato, sottopostosi a visita medica, ma non abbia fornito alla Società test HIV con esito negativo).
Considerato che l'Assicurato non ha fornito alla Società test HIV con esito negativo, rimane convenuto che qualora il decesso dello stesso avvenga entro i primi 7 anni dalla data di decorrenza del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la prestazione assicurata non sarà pagata ed al suo posto verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.

A chi è rivolto questo prodotto?

Target Market Positivo: il prodotto è rivolto ad una clientela professionale (ditta individuale/persona giuridica con sede legale in Italia) interessata ad una soluzione assicurativa che, a fronte del pagamento di un premio annuo costante, tuteli economicamente l'Azienda ed il proprio business dalle conseguenze negative derivanti dall'eventuale perdita per decesso di una risorsa considerata chiave per l'Azienda in termini economici e strategici, mediante la corresponsione – all'Azienda stessa – del capitale assicurato.
Il prodotto è destinato inoltre alle Imprese con sede legale in Italia che intendano e/o siano tenute ad assicurare il proprio Dirigente/ Dipendente in servizio attivo al momento della sottoscrizione della polizza in caso di sua prematura scomparsa, mediante la corresponsione di un capitale assicurato a Beneficiari liberamente designati.

La clientela è inoltre disposta a sopportare la presenza di esclusioni, carenza e/o limitazioni di polizza.

Target Market Negativo: il prodotto non è destinato ad una tipologia di clientela:
- retail (persone fisiche) o professionale con sede legale non in Italia;
- che intenda riscattare il capitale nel corso della durata contrattuale.

Quali costi devo sostenere?

Tabella dei costi gravanti sul premio

Spese di emissione	25,00 Euro (trattenute solo in caso di recesso)				
Caricamento in % del premio (fisso e indipendentemente dall'età e dal sesso dell'Assicurato, dalla durata contrattuale, dall'importo e relativo frazionamento).	25,00%				
Interessi di frazionamento	**Periodicità**				
	Semestrale	Quadrimestrale	Trimestrale	Bimestrale	Mensile
	1,00%	1,25%	1,50%	1,75%	2,00%

Le spese per accertamenti sanitari, anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, sono a carico dell'Assicurato fino a capitali assicurati inferiori o pari a 500.000,00 Euro ed il relativo costo non è quantificabile a priori, in quanto dipende dalle tariffe applicate dalla struttura medica liberamente scelta dall'Assicurato.
Per capitali assicurati superiori ad Euro 500.000, invece, le relative spese sono a carico della Società, a condizione che gli stessi vengano svolti presso centri medici convenzionati.

Tabella sui costi per riscatto: non presenti perché il riscatto non è possibile

Tabella sui costi per l'erogazione della rendita: non presenti perché rendita non prevista.

Costi per l'esercizio delle opzioni: non presenti, perché non vi sono opzioni previste.
Costi di intermediazione: la quota parte retrocessa agli Intermediari con riferimento **all'intero flusso commissionale** relativo al prodotto è **pari al 70,67%**.
Costi dei PPI: non previsti in quanto la presente tipologia contrattuale non rientra nella categoria PPI.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Il Cliente può inoltrare il reclamo per iscritto alla Società, per contestazioni relative al contratto e alla sua esecuzione, nonché per quanto riguarda il comportamento tenuto dagli Agenti (e relativi dipendenti e collaboratori di cui la stessa si avvale), scrivendo a: Helvetia Vita S.p.A., Ufficio Reclami, via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano, e-mail: reclami@helvetia.it, e-mail PEC: reclami.helvetiavita@actaliscertymail.it. Se il reclamo riguarda il comportamento tenuto dall'Agente, è anche possibile inviarlo direttamente all'Agente stesso. In questi casi, la Compagnia fornisce riscontro entro il termine di 45 giorni dal ricevimento del reclamo, eventualmente sospeso, per massimo 15 giorni, per integrazioni da parte dall'Agente.

	I reclami relativi al comportamento di Broker devono essere inoltrati, per iscritto, direttamente ai recapiti indicati nei siti internet degli stessi. Per maggiori dettagli sulle modalità di presentazione dei reclami si rimanda al sito della Società www.helvetia.it nonché al sito dei Broker.
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,** anche con il modello ivi disponibile.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'**Arbitro Assicurativo** tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
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 (facoltativa)	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione elle controversie (facoltativa)	**Procedura FIN-NET:** per la risoluzione delle liti transfrontaliere 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 https://ec.europa.eu/info/fin-net_en, chiedendo l'attivazione della Procedura. Tramite il sito internet della Società (www.helvetia.it – Reclami) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione della suddetta procedura.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	**Regime fiscale sui premi** I premi delle assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni. Ciò vale, in particolare, per i premi relativi alla Garanzia in caso di decesso dell'Assicurato. **Detraibilità fiscale dei premi** Il trattamento fiscale applicabile ai premi versati per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio", intendendosi per tali le garanzie aventi ad oggetto esclusivo i rischi di decesso, di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5,00%), di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana e di malattia grave, dipende dal regime fiscale dell'Azienda Contraente e da quanto disciplinato dalle norme di legge tempo per tempo in vigore. **Tassazione delle prestazioni assicurate** Le somme dovute dalla Società in dipendenza del contratto sono esenti da imposizione fiscale laddove corrisposte a persona fisica. Se corrisposte a soggetti che esercitano attività di impresa, costituiscono reddito di impresa e la Società non applica alcuna ritenuta. Le somme liquidate in caso di decesso dell'Assicurato sono inoltre esenti dall'imposta sulle successioni.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	**Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche – il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi – non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.** **Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.** **Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet della Società al seguente link https://www.helvetia.com/it/web/it/oblio-oncologico.html.**
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, **invia tempestivamente alla Società o all'Intermediario la certificazione rilasciatagli,** secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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 Leader Protetto
Tariffa 1390 Non-Fumatore e
Tariffa 1391 Fumatore

Assicurazione temporanea in caso di morte

Condizioni contrattuali
Mod. C-SI-LP-0 - Ed. 06/2026

Le presenti Condizioni contrattuali sono aggiornate al 03 Giugno 2026, data dell'ultima revisione dei dati in esse inclusi.

Le Condizioni contrattuali sono redatte secondo quanto previsto dalle Linee Guida contratti chiari e comprensibili del Tavolo Tecnico dell'Associazione Nazionale Italiana Assicuratori (ANIA)

Helvetia Vita S.p.A.
Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.
Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
Tel. 02 5351 1 – Fax 02 537289
PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it – www.helvetia.it

Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia – Capitale Sociale € 47.594.000 i.v. – Società con Socio Unico
N° iscrizione Reg. Imprese di Milano, C.F. e P.I. 03215010962 – R.E.A. n° 1882793
Imp. Autor. all'eser. delle ass. sulla Vita con Provv. ISVAP n° 1979 del 4/12/2001
(G.U. n° 288 del 12/12/2001)
Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n° 1.00142 - Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n° d'ordine 031

GUIDA ALLA CONSULTAZIONE DEL DOCUMENTO

1. All'interno delle Condizioni contrattuali sono presenti i riquadri, di seguito riportati, differenziati per colore e stile del bordo per facilitare la comprensione del testo e del funzionamento del prodotto.

   Questi riquadri contengono la spiegazione dei principali termini tecnici specifici del contratto.

   Questi riquadri contengono i riferimenti alle norme di Legge.

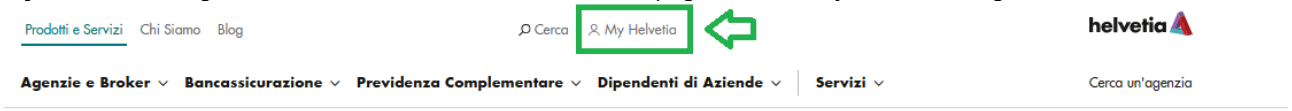
   Questi riquadri contengono un esempio dei calcoli matematici previsti nel contratto.

2. Le **clausole contrattuale** che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni delle garanzie, sono riportate in corrispondenza di un punto esclamativo rosso e/o in grassetto e sono da leggere con particolare attenzione.

3. Il **Glossario** riporta le definizioni di tutti i termini tecnici contenuti nell'intero Set Informativo.

AREA RISERVATA – "MY HELVETIA"

Dopo la sottoscrizione del contratto puoi registrarti gratuitamente all'Area Riservata (c.d. Home Insurance) denominata **My Helvetia**, collegandoti al sito www.helvetia.it. Nella home page clicca su My Helvetia e segui le istruzioni indicate.



All'interno di My Helvetia potrai consultare le tue polizze, scaricare i Set Informativi e richiedere una serie di operazioni come, ad esempio, la modifica dei tuoi dati personali o dei beneficiari o il cambio dei beneficiari.

CONTATTI UTILI

☎ Numero Verde 800.909650

Attivo dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 18:00
(coerentemente con il calendario delle festività nazionali e chiusure della Società)

Cosa devi fare?	Come farlo e a chi puoi rivolgerti
Recedere dal contratto	Devi mandare una comunicazione di recesso con raccomandata A/R a Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali – Via G. B. Cassinis 21 – 20139 Milano
Chiedere informazioni sul contratto	✓ Puoi rivolgerti al tuo Intermediario di fiducia ✓ Puoi chiamare il numero verde
Chiedere la liquidazione del capitale in caso di decesso/invalidità totale e permanente/malattia grave	✓ Puoi rivolgerti al tuo Intermediario di fiducia ✓ Puoi mandare la richiesta, completa della documentazione via e-mail all'indirizzo HVliquid@helvetia.it ✓ Puoi mandare una raccomandata A/R con il modulo/richiesta e tutta la documentazione del caso a Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa Canali Tradizionali – Via G. B. Cassinis 21 – 20139 Milano
Avere informazioni e/o esercitare i tuoi diritti in tema di privacy	✓ Puoi spedire una richiesta a Helvetia Vita S.p.A., Via G. B. Cassinis 21- 20139 Milano ✓ Puoi mandare una e-mail a privacy@helvetia.it

VUOI PRESENTARE UN RECLAMO?

Puoi presentare un reclamo per iscritto a Helvetia Vita S.p.A. per contestazioni relative al contratto e alla sua esecuzione, nonché per quanto riguarda il comportamento tenuto dall'intermediario (e relativi dipendenti e collaboratori) di cui la stessa si avvale, scrivendo a: Helvetia Vita S.p.A., Ufficio Reclami, via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano, e-mail: reclami@helvetia.it, e-mail PEC: reclami.helvetiavita@actaliscertymail.it. Se il reclamo riguarda il comportamento tenuto da un Agente, puoi inviarlo direttamente all'Agente stesso.
La Compagnia fornisce riscontro entro il termine di 45 giorni dal ricevimento del reclamo, eventualmente sospeso per massimo 15 giorni, per integrazioni da parte dall'Agente.
I reclami relativi al comportamento di Broker devono essere inoltrati, per iscritto, direttamente agli stessi.
Nel caso in cui tu non sia soddisfatto dell'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro nel termine di cui sopra, puoi rivolgerti all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) seguendo le istruzioni e utilizzando il modello disponibile sul sito internet dell'IVASS.
Per reperire ulteriori informazioni e il modello da utilizzare per la presentazione dei reclami all'IVASS, puoi consultare la Sezione Reclami del sito della Società www.helvetia.it.

Indice

Modalità assuntive **4**
Art. 1 – Modalità assuntive 4
Art. 2 – Stato tabagico 5
Garanzia in caso di Decesso **6**
Art. 3 – Prestazione assicurata 6
Art. 4 – Premio 6
Art. 5 – Conclusione, decorrenza, durata e limiti di età dell'Assicurato 7
Art. 6 – Costi 7
Art. 7 – Diritto di Revoca e di Recesso 8
Art. 8 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato 8
Art. 9 – Mancato pagamento del premio 9
Art. 10 – Ripresa del pagamento del premio: riattivazione 9
Art. 11 – Cessione, pegno e vincolo 10
Art. 12 – Beneficiari e Referente Terzo 10
Art. 13 – Duplicato della Polizza 11
Art. 14 – Valuta 11
Art. 15 – Tasse e imposte 11
Art. 16 – Legge applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente 11
Art. 17 – Non pignorabilità e non sequestrabilità delle prestazioni assicurate 12
Art. 18 – Informativa 12
Esclusioni e carenze della Garanzia in caso di Decesso **13**
Art. 19 – Esclusioni 13
Art. 20 – Clausola di carenza generale – polizza senza visita medica (valida se richiamata in polizza) 14
Art. 21 – Clausola di carenza ridotta – polizza senza visita medica (valida se richiamata in polizza) 14
Art. 22 – Clausola di carenza settennale per decesso dovuto ad infezione da HIV – polizza con visita medica (valida se richiamata in polizza) 14
Cosa fare per richiedere la liquidazione delle prestazioni **15**
Art. 23 – Pagamento della Società in caso di decesso dell'Assicurato 15
Modulo di richiesta per liquidazione sinistro **17**
Glossario **18**
Allegato 1: Tabella delle patologie riduzione termini diritto oblio oncologico **21**

Modalità assuntive

Art. 1 – Modalità assuntive

Helvetia Leader Protetto è un'assicurazione sulla vita, di tipo modulare, che prevede condizioni tariffarie diverse e di conseguenza premi differenziati, in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato (di seguito stato tabagico).
Helvetia Leader Protetto offre una Garanzia consistente in una copertura temporanea per il caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, a capitale e a premio annuo costanti (ciò significa che il capitale che verrà liquidato dalla Società in caso si verifichi l'evento e il premio annuo previsto non cambiano nel corso della durata contrattuale). Il contratto prevede modalità assuntive differenti sulla base di quanto riportato di seguito:

<table>
<tr><th></th><th colspan="3">Fascia di età</th></tr>
<tr><th></th><th>Da 18 a 50 anni</th><th>Da 51 a 65 anni</th><th>Da 66 a 75 anni</th></tr>
<tr><td>Capitale assicurato da 50.000 fino a 150.000,00 Euro</td><td rowspan="2">Questionario semplificato</td><td>Questionario semplificato</td><td>▪ Questionario sanitario
▪ Questionario sullo stile di vita
▪ Rapporto visita medica</td></tr>
<tr><td>Capitale assicurato da 150.000,01 Euro e 300.000,00 Euro</td><td>▪ Questionario sanitario
▪ Questionario sullo stile di vita</td><td>▪ Questionario sanitario
▪ Questionario sullo stile di vita
▪ Rapporto visita medica
▪ Analisi completa urine
▪ Analisi completa sangue</td></tr>
<tr><td>Capitale assicurato da 300.000,01 Euro e 500.000,00 Euro</td><td rowspan="2">▪ Questionario sanitario
▪ Questionario sullo stile di vita
▪ Rapporto visita medica
▪ Analisi completa urine
▪ Analisi completa sangue</td><td>▪ Questionario sanitario
▪ Questionario sullo stile di vita
▪ Rapporto visita medica
▪ Analisi completa urine
▪ Analisi completa sangue</td><td>▪ Questionario sanitario
▪ Questionario sullo stile di vita
▪ Rapporto visita medica
▪ Analisi completa urine
▪ Analisi completa sangue
▪ Ecg a riposo
▪ PSA (solo per maschi con età superiore a 50 anni)</td></tr>
<tr><td>Capitale assicurato da 500.000,01 Euro e 750.000,00 Euro</td><td>▪ Questionario sanitario
▪ Questionario sullo stile di vita
▪ Rapporto visita medica
▪ Analisi completa urine
▪ Analisi completa sangue
▪ Ecg a riposo
▪ PSA (solo per maschi con età superiore a 50 anni)</td><td rowspan="2">▪ Questionario sanitario
▪ Questionario sullo stile di vita
▪ Rapporto visita medica
▪ Analisi completa urine
▪ Analisi completa sangue
▪ Ecg a riposo
▪ Ecg sotto sforzo
▪ PSA (solo per maschi con età superiore a 50 anni)</td></tr>
<tr><td>Capitale assicurato da 750.000,01 Euro e 1.000.000,00 di Euro</td><td>▪ Questionario sanitario
▪ Questionario sullo stile di vita
▪ Rapporto visita medica
▪ Analisi completa urine
▪ Analisi completa sangue
▪ Ecg a riposo
▪ PSA (solo per maschi con età superiore a 50 anni)</td></tr>
<tr><td>Capitale assicurato oltre 1.000.000 di Euro</td><td>▪ Questionario sanitario
▪ Questionario sullo stile di vita
▪ Rapporto visita medica
▪ Analisi completa urine
▪ Analisi completa sangue
▪ Ecg a riposo
▪ Ecg sotto sforzo
▪ PSA (solo per maschi con età superiore a 50 anni)</td><td colspan="2">▪ Questionario sanitario
▪ Questionario sullo stile di vita
▪ Rapporto visita medica
▪ Analisi completa urine
▪ Analisi completa sangue
▪ Ecg a riposo
▪ Ecg sotto sforzo
▪ PSA (solo per maschi con età superiore a 50 anni)
▪ Eventuali ulteriori visite ed accertamenti da valutare caso per caso con la Società</td></tr>
</table>

! **Per gli Assicurati con età compresa tra 51 e 65 anni che scelgono capitali assicurati da 150.000,01 fino a 300.000,00 euro, in base agli esiti della compilazione dei Questionari (sanitario e stile di vita), la Società può richiedere comunque di sottoporsi a visita medica (con conseguente compilazione del Rapporto di Visita Medica) e ad eventuali accertamenti sanitari ritenuti necessari per una completa valutazione del rischio.**

! **In ogni caso, qualora dalla compilazione dei Questionari (semplificato o sanitario/stile di vita) si rilevino patologie di rilievo** *(si precisa che non saranno invece considerate ai fini dell'esclusione, le patologie oncologiche*

da cui l'Assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo della patologia si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di decorrenza del contratto. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni. Si rimanda all'Allegato 1 "Tabella delle patologie" allegato alle presenti Condizioni contrattuali per i dettagli relativi alle patologie che prevedono termini ulteriormente ridotti per il maturarsi del diritto all'oblio oncologico) **la Società può assumere il rischio con l'applicazione di sovrappremi o escludere specifici rischi, nonché rifiutare il rischio.**

! **Per determinare l'ammontare del capitale assicurato si considerano tutte le polizze temporanee caso morte – collettive comprese, con esclusione delle polizze del tipo PPI (Payment Protection Insurance) – che risultino:**
- **in capo al medesimo Assicurato;**
- **sottoscritte con la Società considerando tutti gli Intermediari della stessa;**
- **in vigore e/o in corso di emissione all'atto della stipula del presente contratto.**

! **La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto dall'assicurazione e non riconosce un valore di riduzione.**

Art. 2 – Stato tabagico

Definizione dello stato di non–fumatore dell'Assicurato ed eventuali modifiche dello stato tabagico
Ai fini del presente contratto si definisce non-fumatore l'Assicurato che non abbia mai fumato (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro) o che non fumi da almeno tre anni dalla data di conclusione del contratto.

! **Lo stato di non-fumatore dell'Assicurato deve essere formalizzato mediante apposita dichiarazione, riportata in Polizza, sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato, poiché è uno degli elementi che incide sulla determinazione della tariffa comportando un premio inferiore rispetto a quello che sarebbe previsto in caso di Assicurato fumatore.**

! **In caso di dichiarazione inesatta circa lo stato di non-fumatore dell'Assicurato si applica quanto previsto al successivo Art. 8 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato.**

! Si segnala in proposito che in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, **per la liquidazione del capitale assicurato** la Società può verificare l'effettiva permanenza dello stato di non-fumatore dell'Assicurato, **anche richiedendo la documentazione di carattere sanitario necessaria a tale verifica.**

! **Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato dichiaratosi inizialmente non-fumatore inizi o ricominci a fumare (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro), il Contraente è tenuto, unitamente all'Assicurato, a darne immediata comunicazione alla Società** a mezzo lettera raccomandata A/R inviata al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano.

In tal caso la Società provvederà a rideterminare:
- **il premio inizialmente pattuito**
  o alternativamente
- **il capitale assicurato.**

Il nuovo premio, o il nuovo capitale assicurato, verrà calcolato applicando le corrispondenti condizioni tariffarie relative ad Assicurati Fumatori, in base all'età dell'Assicurato alla decorrenza e alla durata del contratto in essere.

In caso venga determinato un nuovo premio, questo sarà dovuto a partire dalla prima rata immediatamente successiva alla data di ricezione in Società della comunicazione di modifica dello stato di non-fumatore dell'Assicurato. In caso di riproporzionamento di capitale, quest'ultimo sarà immediatamente efficace.

Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato dichiaratosi inizialmente Fumatore abbia smesso di fumare, trascorsi almeno 3 anni da tale data può darne comunicazione alla Società, unitamente al Contraente, a mezzo lettera raccomandata A/R inviata all'indirizzo sopra riportato.
In tale caso la Società provvederà a rideterminare il premio annuo e lo stesso sarà dovuto a partire dalla prima rata di premio immediatamente successiva alla data di ricezione della comunicazione di cambio di stato presso la Società. La Società stessa può verificare preventivamente l'effettivo stato di Non-Fumatore dell'Assicurato, anche a mezzo di accertamenti sanitari.

Garanzia in caso di Decesso

Art. 3 – Prestazione assicurata

In base al presente contratto, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Società garantisce il pagamento al Contraente oppure ai Beneficiari da lui stesso designati (Art. 12 – Beneficiari) di un importo pari al capitale assicurato indicato nella Polizza.
A tale proposito si segnala che il contratto prevede un capitale assicurato minimo almeno pari a 50.000 Euro.

! **La prestazione assicurata sopra riportata può essere richiesta qualora il contratto sia in vigore ed in regola con il pagamento dei premi.**
! **In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, non è prevista alcuna prestazione dalla Società ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società stessa.**

Art. 4 – Premio

Il contratto prevede la corresponsione di un premio annuo, costante per tutta la durata contrattuale ed il cui ammontare è indicato nella Polizza.

L'importo del premio annuo viene determinato alla conclusione del contratto, in relazione allo stato tabagico ed all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute ed alle attività professionali e/o sportive svolte, anche saltuariamente, alla durata contrattuale ed al capitale assicurato.

Il pagamento del premio viene effettuato all'atto della conclusione del contratto e per tutta la durata contrattuale ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza
Fermo restando che il premio relativo al primo anno è sempre dovuto per intero, in alternativa al pagamento del premio con periodicità annuale, il Contraente può scegliere una frequenza di pagamento: semestrale, quadrimestrale, trimestrale, bimestrale o mensile. In tal caso, il premio è gravato dagli interessi di frazionamento riportati nella seguente tabella:

FRAZIONAMENTO	INTERESSE DI FRAZIONAMENTO
Semestrale	1,00%
Quadrimestrale	1,25%
Trimestrale	1,50%
Bimestrale	1,75%
Mensile	2,00%

Non sono previsti importi minimi di premio.

! **Resta inteso che la Società può applicare eventuali sovrappremi in ragione di una modifica delle attività lavorative e/o sportive praticate anche saltuariamente dall'Assicurato, intervenuta in corso di contratto, valutando la stessa rispetto alla Garanzia prestata (per maggiori informazioni si rinvia al successivo Art. 19 – Esclusioni).**

Il pagamento dei premi avviene presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite:
- assegno bancario/postale non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario;
- bollettino postale sul conto corrente dell'Intermediario;
- carta di debito presso l'Intermediario;
- carta di credito se accettata dall'Intermediario, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente applicabile;

fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente e sull'Intermediario rispettivamente per la parte di propria competenza determinata in ragione dello strumento di pagamento prescelto e dei relativi accordi con i prestatori del servizio.

Il pagamento dei premi deve, invece, essere effettuato esclusivamente tramite bonifico direttamente a favore di Helvetia Vita S.p.A. sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT26F0306912711100000008137 e BIC BCITITMM (per i contratti distribuiti da Agenzie Helvetia Vita o da altri Intermediari) o sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT27H0200809292V00960000004 e BIC UNCRITMM (per i contratti distribuiti da Broker):
- **per importi di premio superiori ad Euro 50.000** (inserendo come causale il numero di Polizza con cognome e nome del Contraente ed il nome del prodotto);
- **in caso il prodotto sia collocato nell'ambito di contratti di appalto pubblico di servizi in base al Codice dei Contratti Pubblici** (D. Lgs. n. 36/2023 e s.m.i.), la Società assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n. 136/2010 e successive modifiche e pertanto sarà necessario inserire – nella causale del bonifico in direzione – anche il numero di polizza, il cognome e nome del Contraente, il codice CIG, l'eventuale CUP e il nome del prodotto.

Riferimenti a norme di legge

Decreto Legislativo 31 marzo 2023, n.36
Tale Decreto Legislativo disciplina i contratti di appalto e di concessione delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori aventi ad oggetto l'acquisizione di servizi, forniture, lavori e opere, nonché i concorsi pubblici di progettazione.

Legge 13 agosto 2010, n. 136
Tale Legge, contenente il "Piano straordinario contro le mafie", prevede importanti misure di contrasto alla criminalità organizzata e strumenti di prevenzione delle infiltrazioni criminali. In particolare, all'art. 3 "Tracciabilità dei flussi finanziari", disciplina un meccanismo che consente di seguire il flusso finanziario proveniente da un contratto di appalto, al fine di identificare il soggetto che percepisce il denaro pubblico con la finalità di evitare, mediante un meccanismo di trasparenza, che finisca nelle mani delle mafie.

Per consultare il testo integrale della suddetta normativa si rinvia al sito www.gazzettaufficiale.it.

A richiesta del Contraente, i premi successivi a quello di perfezionamento possono essere corrisposti anche tramite SEPA Direct Debit Core, attivabile mediante compilazione di apposita modulistica fornita dalla Società, fermo restando che – nel caso sia stata scelta una periodicità di pagamento mensile o bimestrale – il SEPA Direct Debit Core sarà attivo rispettivamente a partire dalla terza o dalla quarta ricorrenza mensile della data di decorrenza successiva alla data di ricevimento della richiesta presso la Società. Si precisa inoltre che il SEPA potrà essere attivato solo qualora il premio annuo sia almeno pari a 600,00 Euro.

- **È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.**
- **Resta inteso che un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di premio.**
- **Nel caso in cui si verifichi il decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, non è più dovuto alcun premio da parte del Contraente.**

Art. 5 – Conclusione, decorrenza, durata e limiti di età dell'Assicurato

Conclusione

Cosa si intende per conclusione?
È il momento a partire dal quale inizia ad esistere il contratto assicurativo.

Il contratto si intende concluso nel momento in cui vengono apposte sulla Polizza le firme della Società e del Contraente (nonché dell'Assicurato) e quest'ultimo provvede contestualmente al pagamento della prima rata di premio.

Decorrenza

Cosa si intende per decorrenza?
È il momento a partire dal quale operano le coperture assicurative e le relative prestazioni.

A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto, la prestazione assicurata di cui all'Art. 3 – Prestazione assicurata è operante dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza.
Il Contraente deve essere una persona giuridica con sede legale in Italia. Il Contraente deve essere una persona giuridica con sede legale in Italia. L'Assicurato deve essere una persona fisica residente in Italia.

Durata
Per durata del contratto si intende l'arco di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e quella di scadenza.
La durata di questo contratto può essere fissata a scelta del Contraente – al momento della sottoscrizione – **da un minimo di 1 anno ad un massimo di 30 anni**, fermo il limite di età massima alla scadenza contrattuale di seguito riportato.

Limiti di età dell'Assicurato
L'età dell'Assicurato, **alla data di decorrenza** del contratto, deve essere almeno pari a **18 anni compiuti (età anagrafica) e comunque non superiore a 75 anni assicurativi. Alla scadenza contrattuale l'Assicurato non deve superare gli 85 anni assicurativi.**

L'età assicurativa dell'Assicurato viene determinata come di seguito indicato: se dall'ultimo compleanno sono trascorsi meno di sei mesi o sei mesi esatti, l'età considerata è quella compiuta; se invece sono trascorsi più di sei mesi, l'età considerata è quella prossima da compiere.

Esempi di calcolo dell'età assicurativa dell'Assicurato:

Se alla data di decorrenza della Polizza l'Assicurato ha un'età compiuta pari a 35 anni e sono trascorsi 5 mesi dalla data del suo ultimo compleanno, la sua età assicurativa a tale data è pari a 35 anni (= età compiuta).

Se alla data di decorrenza della Polizza l'Assicurato ha un'età compiuta pari a 35 anni e sono trascorsi 7 mesi dalla data del suo ultimo compleanno, la sua età assicurativa a tale data è pari a 36 anni (= età prossima da compiere).

Art. 6 – Costi

Costi gravanti sul premio

Spese di emissione	25,00 Euro (trattenute solo in caso di recesso)
Caricamento in % del premio (fisso e indipendentemente dall'età e dal sesso dell'Assicurato, dalla durata contrattuale, dall'importo e relativo frazionamento)	25,00%

Interessi di frazionamento	**Periodicità**				
	Semestrale	Quadrimestrale	Trimestrale	Bimestrale	Mensile
	1,00%	1,25%	1,50%	1,75%	2,00%

Le spese per accertamenti sanitari, anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, sono a carico dell'Assicurato fino a capitali assicurati inferiori o pari a 500.000,00 Euro ed il relativo costo non è quantificabile a priori, in quanto dipende dalle tariffe applicate dalla struttura medica liberamente scelta dall'Assicurato.
Per capitali assicurati superiori ad Euro 500.000, invece, le relative spese sono a carico della Società, a condizione che gli stessi vengano svolti presso centri medici convenzionati.

Sconti
La Società può prevedere specifici sconti la cui misura e modalità di applicazione possono essere consultate presso gli Intermediari della Società.

Art. 7 – Diritto di Revoca e di Recesso

Cos'è la revoca?
Mediante la revoca il Contraente chiede di annullare la Proposta sottoscritta, prima che il contratto sia concluso.

Il presente contratto non prevede la revoca della proposta in quanto la sottoscrizione della Polizza da parte della Società, del Contraente nonché dell'Assicurato ed il contestuale pagamento del premio (o della prima rata di premio) da parte del Contraente stesso comportano la conclusione del contratto.

Cos'è il recesso?
Mediante la richiesta di recesso il Contraente può sciogliere il contratto – ottenendo la restituzione del totale o di una parte del premio versato – a condizione che la richiesta venga effettuata entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto stesso.

Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto stesso, dandone comunicazione scritta alla Società con lettera raccomandata A/R indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia). La Società, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto e pari ad **Euro 25,00**, con il limite del premio versato. La comunicazione di recesso deve essere corredata dai seguenti documenti:

- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato, ovvero autocertificazione di esistenza in vita;
- coordinate bancarie del Contraente per le operazioni di accredito (Banca, codice IBAN del Contraente). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dal Contraente stesso;
- in caso di polizza a pegno o a vincolo, assenso scritto alla liquidazione da parte del creditore pignoratizio/vincolatario.

Il diritto di recesso libera il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.

! **La Società può inoltre trattenere:**
- **la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto;**
- **le spese eventualmente sostenute per la visita medica o per gli ulteriori accertamenti sanitari, laddove richiesti.**

Art. 8 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

! **Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete, diversamente la Società potrebbe sottovalutare il rischio che avrebbe accettato a condizioni di premio superiori o che avrebbe rifiutato.**

! **In caso di dichiarazioni inesatte o incomplete, la Società può valutare se la verità sia stata alterata o taciuta per malafede, colpa grave o negligenza, applicando le conseguenti disposizioni di Legge (Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile).**

Riferimenti a norme di Legge

Articolo 1892 del Codice Civile "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave": *disciplina che la Società può annullare il contratto per dichiarazioni inesatte e reticenze del Contraente relative a circostanze tali che non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, quando il Contraente stesso ha agito con dolo o con colpa grave. L'annullo del contratto può essere richiesto dalla Società entro 3 mesi dal giorno in cui la stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. In tale caso, la Società ha diritto ai premi relativi al periodo in corso al momento in cui ha richiesto l'annullamento ed in ogni caso, al premio versato per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine previsto per l'annullo del contratto, la stessa non è tenuta a pagare la somma assicurata.*

Articolo 1893 del Codice Civile "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave": *disciplina che la Società non può annullare il contratto per dichiarazioni inesatte e reticenze del Contraente, quando quest'ultimo ha agito senza dolo o colpa grave. La Società può comunque recedere dal contratto nei termini previsti, indicati al precedente Articolo 1892. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società o prima che la stessa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio pagato e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.*

Articolo 1894 del Codice Civile "Assicurazione in nome o per conto di terzi": *disciplina che in tali tipologie di assicurazioni, se i terzi hanno conoscenza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, sono applicabili le disposizioni dei precedenti Articoli 1892 e 1893.*

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito www.gazzettaufficiale.it/anteprima/codici/codiceCivile.

- **In ogni caso, l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica della prestazione assicurata in base all'età reale.**
- **In particolare, il Contraente deve fornire a Helvetia Vita S.p.A. tutti i dati necessari per ottemperare alla normativa riguardante l'adeguata verifica della clientela.**
- **Laddove nel corso della durata contrattuale il Contraente trasferisca la propria sede legale in un altro Stato membro dell'Unione Europea, il Contraente stesso è tenuto a darne comunicazione alla Società tempestivamente e comunque entro il termine di 30 giorni dall'avvenuto trasferimento. Quanto sopra al fine di consentire alla Società di effettuare gli adempimenti relativi all'applicazione delle imposte indirette e degli oneri parafiscali gravanti sui premi eventualmente previsti in altri stati dell'Unione Europea.**
- **Resta inteso che, nel caso in cui il Contraente non effettui la suddetta comunicazione nei termini sopra riportati, sarà tenuto a rimborsare alla Società quanto la stessa sia stata eventualmente chiamata a pagare in conseguenza della mancata comunicazione (ad esempio rimborsi dovuti per effetto di contestazioni mosse dall'Amministrazione finanziaria dello Stato membro di nuova sede legale).**
- **In ogni caso, il Contraente è tenuto ad avvisare tempestivamente la Società in relazione ad ogni eventuale cambio della propria sede legale.**
- **Il Contraente è tenuto ad avvisare tempestivamente la Società, laddove nel corso della durata contrattuale si verifichino modifiche alle circostanze che ne determinano la classificazione ai fini FATCA (persona giuridica statunitense o con residenza fiscale negli Stati Uniti) e/o CRS (persona giuridica avente ulteriore residenza fiscale in uno stato diverso da Italia e/o Stati Uniti). Analogo obbligo deve essere rispettato anche da quei soggetti che intervengono nel rapporto contrattuale con la sola qualifica di titolari effettivi.**
  In ogni caso, i soggetti di cui sopra sono tenuti ad avvisare tempestivamente la Società in relazione ad ogni eventuale cambio della propria sede legale e/o residenza fiscale.
- **Il Contraente dovrà inoltre dichiarare alla Società, per ogni singola operazione posta in essere sul contratto successiva al versamento della prima rata di premio, se la stessa sia effettuata per conto di titolari effettivi diversi da quelli indicati all'atto della sottoscrizione della Polizza e fornire tutti i dati necessari per la loro identificazione.**

Le comunicazioni di cui sopra devono essere consegnate in forma scritta all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il contratto o inviate direttamente alla Società al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano, a mezzo lettera raccomandata A/R.

Art. 9 – Mancato pagamento del premio

- **Il mancato pagamento del premio, trascorsi trenta giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la sospensione della prestazione assicurata di cui all'Art. 3 – Prestazione assicurata.**
- **Trascorsi dodici mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione (come definita al successivo Art. 10 – Ripresa del pagamento del premio: riattivazione), il contratto è risolto. In tal caso nulla è dovuto da parte della Società.**

Cosa si intende per risoluzione del contratto?
È il diritto di una delle parti a far cessare il contratto in caso di mancato rispetto, da parte dell'altro soggetto, degli obblighi contrattuali a suo carico (nel caso specifico la Società scioglie il contratto a fronte del mancato pagamento del premio nei termini previsti per la riattivazione).

Art. 10 – Ripresa del pagamento del premio: riattivazione

Entro sei mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il Contraente può riattivare il contratto riprendendo il pagamento del premio in corrispondenza di una delle scadenze pattuite. La riattivazione è consentita a condizione che l'Assicurato sia in vita e previo pagamento di tutti i premi arretrati in unica soluzione.
Trascorsi sei mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, per altri sei mesi, la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda presentata per iscritto dal Contraente alla Società (inviata ad Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano), e **previa**

accettazione a proprio insindacabile giudizio di quest'ultima, la quale può richiedere all'Assicurato di sottoporsi a visita medica e/o a nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.
La riattivazione del contratto, effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina la prestazione assicurata di cui all'Art. 3 – Prestazione assicurata con effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

- **Trascorsi dodici mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il contratto non può più essere riattivato.**
- **In assenza di riattivazione il contratto è risolto e nulla è dovuto da parte della Società.**

Art. 11 – Cessione, pegno e vincolo

Cos'è la cessione?
La cessione consiste nel trasferimento dei diritti e doveri del contratto, dal Contraente ad un'altra persona che accetta di assumere, a partire da un determinato momento, il ruolo di Contraente del contratto stesso.

Cos'è il pegno?
Il Contraente può porre il prodotto a garanzia di un impegno finanziario sottoscritto con una parte terza (una banca o una finanziaria) che diventa creditore pignoratizio, ossia soggetto a favore del quale è stato istituito il pegno. A titolo di esempio, se il contratto risulta essere stato dato in pegno e si verifica il decesso dell'Assicurato, la Società privilegerà il creditore pignoratizio nel pagamento della relativa prestazione, fermi i limiti di spettanza di quest'ultimo e di capienza del contratto.

Cos'è il vincolo?
Il vincolo di una polizza è una particolare condizione contrattuale che assegna al vincolatario (soggetto in favore del quale è stato istituito il vincolo) privilegi e priorità nell'ottenimento delle prestazioni previste dal contratto rispetto ad altri Beneficiari. A titolo di esempio, se il contratto risulta soggetto a vincolo e si verifica il decesso dell'Assicurato, la Società privilegerà il vincolatario nel pagamento della relativa prestazione, fermi i limiti di spettanza di quest'ultimo e di capienza del contratto.

Il Contraente può cedere ad altri (fermo restando la natura giuridica degli stessi) il contratto, così come può darlo in pegno o vincolare le prestazioni assicurate. **Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui la Società accetti tale variazione annotandola sul contratto o emettendo apposita appendice di variazione, che diviene parte integrante del contratto.**

- **Nel caso di pegno o vincolo, eventuali liquidazioni necessiteranno l'assenso scritto del titolare del pegno o vincolo.**

Art. 12 – Beneficiari e Referente Terzo

Il prodotto prevede le seguenti possibilità di designazione dei Beneficiari:

1. **in caso di prodotto sottoscritto per la copertura di Key Man**: date le finalità del contratto, il Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale coincide sempre con il Contraente;
2. **in caso di prodotto sottoscritto come obbligo da CCNL o come Benefit:** il Contraente designa, preferibilmente in forma nominativa, i Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato e può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tale designazione.

   La designazione dei Beneficiari non può tuttavia essere revocata o modificata, ai sensi dell'Art. 1921 del Codice Civile, nei seguenti casi:
   - dopo che il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
   - dopo il decesso del Contraente;
   - dopo che, verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

   Ai sensi dell'Art. 1920 del Codice Civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Società. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

   Nei primi due casi le operazioni di pegno o vincolo del contratto richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari. Sono comunque salve le previsioni di cui all'Art. 1922 del Codice Civile. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere effettuate mediante comunicazione scritta, sottoscritta in originale dal Contraente, alla Società o mediante testamento. **Tali atti avranno efficacia nei confronti della Società solo se a questa trasmessi al più tardi insieme alla documentazione utile all'avvio della procedura di liquidazione: in caso di mancata trasmissione entro tale termine, la designazione e le sue eventuali revoche o modifiche (in qualunque forma effettuata, anche testamentaria) non saranno opponibili alla Società**.

Riferimenti a norme di Legge
Articolo 1920 del Codice Civile "Assicurazione a favore di un terzo": *disciplina che è valida l'assicurazione sulla vita a favore di un terzo. La designazione del beneficiario può essere fatta nel contratto di assicurazione, o con successiva dichiarazione scritta comunicata alla Società, o per testamento; essa è efficace anche se il Beneficiario è determinato solo genericamente. Equivale a designazione l'attribuzione della somma assicurata fatta nel testamento a favore di una determinata persona.*
Per effetto della designazione il terzo acquista un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

Articolo 1921 del Codice Civile "Revoca del beneficio": *disciplina che la designazione del Beneficiario è revocabile con le forme con le quali può essere fatta a norma dell'articolo precedente. La revoca non può tuttavia farsi dagli eredi dopo la morte del Contraente, né dopo che, verificatosi l'evento, il Beneficiario ha dichiarato di voler profittare del beneficio. Se il Contraente ha rinunziato per iscritto al potere di revoca, questa non ha effetto dopo che il Beneficiario ha dichiarato al Contraente di voler profittare del beneficio. La rinuncia del Contraente e la dichiarazione del Beneficiario devono essere comunicate per iscritto all'assicuratore.*

Articolo 1922 del Codice Civile "Decadenza del beneficio": *disciplina che la designazione del Beneficiario, anche se irrevocabile, non ha effetto qualora il Beneficiario attenti alla vita dell'assicurato. Se la designazione è irrevocabile ed è stata fatta a titolo di liberalità, essa può essere revocata nei casi previsti dall'Articolo 800 del Codice Civile.*
Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito www.gazzettaufficiale.it/anteprima/codici/codiceCivile.

Nel caso di specifiche esigenze di riservatezza del Contraente, lo stesso – qualora abbia designato i Beneficiari in forma nominativa – può indicare un **Referente Terzo**. Il Referente Terzo è un soggetto (diverso dai Beneficiari) che la Società potrà contattare in caso di decesso dell'Assicurato per agevolare il pagamento delle prestazioni.

Art. 13 – Duplicato della Polizza

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione dell'esemplare della Polizza, l'Assicurato e il Contraente possono ottenerne un duplicato **a proprie spese e sotto la propria responsabilità.**

Art. 14 – Valuta

Gli impegni contrattuali, quali premi e prestazioni assicurate, sono regolati in Euro.

Art. 15 – Tasse e imposte

Le eventuali tasse ed imposte relative al contratto sono a carico del Contraente dei Beneficiari o degli aventi diritto.

Art. 16 – Legge applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.
La legge applicabile al contratto è la legge italiana.

Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie
Per eventuali controversie inerenti al rapporto assicurativo, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, è possibile far ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie secondo le modalità qui descritte:

- **Arbitro Assicurativo** (D.M. del 06 novembre 2024 n. 215): **a seguito della presentazione di un reclamo alla Società e in caso di mancata o insoddisfacente risposta allo stesso**, è possibile presentare un ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org). Si rimanda a tale sito per consultare tutti i requisiti di ammissibilità, le informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile;
- **Procedimento di Mediazione** (Legge 09/08/2013, n. 98 e s.m.i.): la domanda di Mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza 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 controversia stessa. L'attivazione del Procedimento di Mediazione è obbligatoria per chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi;
- **Negoziazione Assistita** (D.L. 132/2014, convertito con modifiche dalla L. 162/2014). La Convenzione di Negoziazione Assistita è un accordo mediante il quale le parti convengono di cooperare in buona fede e con lealtà per risolvere in via amichevole la controversia tramite l'assistenza di avvocati iscritti all'Albo. L'attivazione del procedimento di Negoziazione è facoltativa.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere 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 https://ec.europa.eu/info/fin-net_en, chiedendo l'attivazione della Procedura FIN-NET.

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

Foro competente
Solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui alla sopra citata Legge 09/08/2013, n. 98 e s.m.i., sarà possibile rivolgersi **all'Autorità Giudiziaria competente, la quale viene individuata in quella del luogo di sede legale/residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto.**

Tramite il sito della Società (www.helvetia.it – Reclami) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.

Riferimenti a norme di Legge

La Legge 9 agosto 2013, n. 98 *contenente disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia, disciplina anche il procedimento di "mediazione civile", istituto stragiudiziale (ossia non si svolge in un'aula di tribunale) che mira alla risoluzione delle controversie in tempi brevi e con costi contenuti a fronte delle agevolazioni fiscali previste, il quale*

deve essere attivato obbligatoriamente in prima istanza nell'ambito di controversie su contratti bancari, assicurativi o finanziari.

***La Legge 10 novembre 2014, n. 162**, che ha convertito in Legge con modificazioni il Decreto Legge del 12 settembre 2014, n. 132 (c.d. "Decreto giustizia") disciplina anche il procedimento di "Negoziazione assistita", istituto stragiudiziale che mira alla risoluzione delle controversie in via amichevole, mediante invito a stipulare una convenzione in cui le parti si impegnano a risolvere bonariamente la controversia con l'assistenza dei rispettivi legali di fiducia.*
Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito https://www.gazzettaufficiale.it.

Art. 17 – Non pignorabilità e non sequestrabilità delle prestazioni assicurate

Ai sensi dell'Art. 1923 del Codice Civile, le somme dovute dalla Società in relazione ai contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili. Sono salve, rispetto al premio pagato, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (Art. 1923, comma 2 del Codice Civile).

Riferimenti a norme di Legge
***Articolo 1923 del Codice Civile "Diritti dei creditori e degli eredi"**: le somme dovute dalla Società al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare. Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni.*

Art. 18 – Informativa

La Società comunica al Contraente eventuali variazioni rilevanti rispetto alle informazioni contenute nelle Condizioni contrattuali che intervengano per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.
Inoltre, entro 60 giorni dalla chiusura di ogni anno solare la Società invia al Contraente il Documento Unico di rendicontazione della propria posizione assicurativa.

Esclusioni e carenze della Garanzia in caso di Decesso

Art. 19 – Esclusioni

Cosa sono le esclusioni?
Le clausole di esclusione sono condizioni che limitano o escludono la copertura del rischio e la relativa liquidazione della prestazione in caso si verifichi l'evento assicurato.

! **Sempreché l'Assicurato abbia reso dichiarazioni corrette e veritiere, e abbia quindi consentito alla Società di valutare correttamente il rischio che si assume,** il rischio di decesso è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, **salvo le esclusioni sotto riportate ed i periodi di carenza di cui ai successivi Artt. 20, 21 e 22.**

! **È escluso dalla Garanzia il decesso causato da:**
- **dolo del Contraente e/o dei Beneficiari;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;**
- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di decorrenza del contratto o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;**
- **patologie derivanti da abuso d'alcool;**
- **uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;**
- **decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la Garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.**

! **È inoltre escluso dalla Garanzia il decesso causato da:**
- **pratica delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto alle forze armate se impiegato in missioni all'estero;**
- **pratica delle seguenti attività sportive: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere.**

! **In tutti i suddetti casi, ad eccezione del caso di decesso dell'Assicurato causato da dolo del Contraente e/o dei Beneficiari, la Società si impegna a corrispondere al Contraente e/o ai Beneficiari il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso al posto del capitale assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato causato da dolo del Contraente e/o dei Beneficiari non è prevista la liquidazione di alcuna prestazione.**

La Società può tuttavia valutare le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente, dall'Assicurato e dichiarate prima della conclusione del contratto:
- **includendo le medesime nella Garanzia, a fronte di un'eventuale applicazione di uno specifico sovrappremio aggiuntivo, risultante da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice. In tale caso è prevista la liquidazione del capitale assicurato indicato in Polizza,**
  o in alternativa
- **escludendo dalla Garanzia il decesso causato dalla pratica di tali attività, risultante da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice. In tal caso è prevista la liquidazione della riserva matematica calcolata al momento del decesso.**

! **Si precisa inoltre che per le polizze senza visita medica obbligatoria il decesso causato dalla pratica delle professioni e delle attività sportive sopra elencate è sempre escluso dalla presente Garanzia e prevede quindi la liquidazione dell'importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.**

! **Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato inizi a svolgere una delle attività lavorative/sportive ricomprese negli elenchi sopra riportati, il Contraente è tenuto, unitamente all'Assicurato, a darne immediata comunicazione alla Società** a mezzo lettera raccomandata A/R inviata al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia). **La Società può valutare di rideterminare il premio inizialmente pattuito, mediante l'applicazione di uno specifico sovrappremio aggiuntivo, o il capitale assicurato.**

! **Se l'Assicurato al momento della sottoscrizione della Polizza non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dal contratto, non è prevista alcuna prestazione.**

- **La Società inoltre non fornisce alcuna copertura o altra prestazione nella misura in cui la copertura o la prestazione stessa possano esporre la Società 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. 20 – Clausola di carenza generale – polizza senza visita medica (valida se richiamata in polizza)

Cos'è la carenza?
È il periodo di tempo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto e l'effettiva decorrenza della garanzia. L'esistenza del periodo di carenza è giustificata dal fatto che la Società intende tutelarsi dalla possibilità di dover pagare la prestazione prevista dalla garanzia a clienti che al momento della stipula del contratto siano già in situazioni di salute precaria o siano già a conoscenza di problematiche da affrontare.

- **Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla data di decorrenza del contratto e quest'ultimo sia in regola con il pagamento del premio, non sarà pagato il capitale assicurato di cui al precedente Art. 3 Prestazione assicurata, ma verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.**
- **La Società non applicherà entro i primi sei mesi dalla data di decorrenza del contratto la limitazione sopra indicata e pertanto la prestazione assicurata dovuta sarà pari al capitale assicurato indicato in Polizza, qualora il decesso sia conseguenza diretta di:**
  - una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
  - shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza;
  - infortunio - intendendosi per tale (fermo quanto disposto dall'Art. 19 – Esclusioni) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso - avvenuto dopo la data di decorrenza.
- **Anche se non espressamente previsto dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il suo effettivo stato di salute (con onere a suo carico) ed eliminare il periodo di carenza sopra indicato.**
- **Inoltre, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dalla data di decorrenza del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, non sarà pagato il capitale assicurato di cui al precedente Art. 3 Prestazione assicurata, ma verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.**

Art. 21 – Clausola di carenza ridotta – polizza senza visita medica (valida se richiamata in polizza)

- Nel caso in cui l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica, ma **abbia fornito alla Società test HIV con esito negativo, il testo della clausola è analogo a quello di cui al precedente Art. 20 – Clausola di carenza generale, fatta eccezione per l'ultimo capoverso, che viene omesso e risulta pertanto non applicabile.**

Art. 22 – Clausola di carenza settennale per decesso dovuto ad infezione da HIV – polizza con visita medica (valida se richiamata in polizza)

- Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica:
  - senza effettuare gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e di conseguenza non abbia fornito alla Società il test HIV con esito negativo,
    o
  - abbia effettuato il suddetto accertamento, senza però consegnare alla Società il test HIV con esito negativo,

  qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sette anni dalla data di decorrenza del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, non sarà pagato il capitale assicurato di cui al precedente Art. 3 Prestazione assicurata, ma verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed **abbia consegnato alla Società anche gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività con esito negativo**, non sarà applicata alcuna carenza e pertanto in caso di decesso verrà liquidato il capitale assicurato.

Cosa fare per richiedere la liquidazione delle prestazioni

Art. 23 – Pagamento della Società in caso di decesso dell'Assicurato

La richiesta di liquidazione dovrà essere consegnata in forma scritta all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il contratto o inviata direttamente alla Società via e-mail a HVliquid@helvetia.it oppure al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo allegato alle presenti Condizioni contrattuali), a mezzo lettera raccomandata A/R corredata dai documenti di seguito riportati.
Si precisa che il suddetto modulo viene messo a disposizione da parte della Società al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela.

In particolare, i documenti da presentare **per la liquidazione del capitale assicurato in caso di decesso sono:**

- denuncia di sinistro sottoscritta in originale dal Contraente (timbro Società e firma) o dagli aventi diritto, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato;
- consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto in caso di decesso (Reg. UE 679/2016);
- coordinate bancarie del Contraente o degli aventi diritto per le operazioni di accredito (nome, cognome, codice fiscale, Banca e codice IBAN). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dal Contraente stesso (timbro Società e firma) o dagli aventi diritto
- copia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale del rappresentante legale del Contraente *o* di ciascun avente diritto;
- nel caso in cui il prodotto sia stato sottoscritto come obbligo da CCNL o come Benefit: atto notorio o equivalente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (di seguito dichiarazione sostitutiva) redatta in Tribunale, dal Notaio o dal Sindaco (o da un suo incaricato a ricoprire il ruolo di pubblico ufficiale), purché riportante l'indicazione che l'Assicurato abbia lasciato o meno testamento:
  - ✓ **in caso di esistenza di testamento**, deve esserne inviata copia autenticata e l'atto di notorietà/la dichiarazione sostitutiva deve riportarne gli estremi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di agire;
  - ✓ **in caso di assenza di testamento e laddove i beneficiari indicati in polizza siano gli eredi legittimi**: nell'atto di notorietà/nella dichiarazione sostitutiva dovrà risultare la non esistenza di disposizioni testamentarie e quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
  - ✓ **in caso di assenza di testamento e laddove i beneficiari in polizza siano indicati con designazione specifica**: nell'atto di notorietà/nella dichiarazione sostitutiva dovrà risultare la non esistenza di disposizioni testamentarie;
- qualora gli aventi diritto risultino minorenni o incapaci, Decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo al Legale Rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
- certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico attestante la causa del decesso o Scheda di Morte ISTAT emesso dall'ASL;
- visura camerale o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni;
- in caso di polizza sottoposta a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario;
- relazione del medico curante redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Società e, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
- copia di un articolo di giornale (se disponibili) che riporti le circostanze dell'accaduto e – appena possibile – copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti in caso di decesso conseguente ad infortunio, omicidio o suicidio.

! **La Società potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.**
! **Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sul Contraente o sugli aventi diritto.**
! **ATTENZIONE: le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.**

Con riferimento ai documenti sopra riportati, a norma dell'articolo 8, comma 3 del Regolamento IVASS n. 41/2018, sarà cura della Società non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e **sempreché risulti ancora in corso di validità.**

Verificata la sussistenza dell'obbligo al pagamento, la Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali **entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta completa di tutta la documentazione sopra riportata** (ovvero alla data di ricevimento presso l'Intermediario interessato, se anteriore).
Decorsi i termini sopra riportati sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto. Gli interessi sono calcolati, nella misura degli interessi legali in vigore, a partire dal giorno in cui la Società o l'Intermediario è entrata/o in possesso della documentazione completa.

! Si ricorda che il Codice Civile (Art. 2952) dispone che **i diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita si estinguono dopo dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda** (prescrizione). Qualora gli aventi diritto non richiedano gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie istituito presso il Ministero dell'Economia e

delle Finanze, come previsto in materia di rapporti dormienti dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

Cos'è la prescrizione?
È l'estinzione di un diritto nel caso in cui il relativo titolare non lo eserciti nei tempi stabiliti dalla Legge.

Riferimenti a norme di Legge

Il Regolamento UE 679/2016*: contiene le norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.*

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito: https://www.garanteprivacy.it/il-testo-del-regolamento.

Articolo 8, comma 3 del Regolamento IVASS n. 41/2018: *"Le imprese, al fine di ridurre gli oneri a carico dei contraenti, adottano modalità di gestione della documentazione idonee a evitare che venga richiesta, in fase di assunzione di nuovi contratti o gestione dei sinistri, documentazione non necessaria o di cui già dispongano, avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti con il medesimo contraente, e che risulti ancora in corso di validità".*

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito:
https://www.ivass.it/normativa/nazionale/secondaria-ivass/regolamenti/2018/n41/Regolamento_IVASS_41_2018.pdf

Articolo 2952 del Codice Civile "Prescrizione in materia assicurativa": *disciplina i diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.*

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito www.gazzettaufficiale.it/anteprima/codici/codiceCivile.

La Legge 23 dicembre 2005, n. 266 *("Legge finanziaria 2006") all'Art.1, comma 345, disciplina che il Fondo per le vittime delle frodi bancarie, di cui al comma 343 della medesima Legge, è alimentato dall'importo dei conti correnti e dei rapporti bancari definiti come dormienti all'interno del sistema bancario nonché del comparto assicurativo e finanziario.*
I rapporti dormienti del comparto assicurativo sono polizze le cui prestazioni non sono state riscosse dai Beneficiari e che giacciono presso le imprese in attesa che ne venga richiesta la liquidazione dagli aventi diritto o, in caso contrario, della prescrizione.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito https://www.gazzettaufficiale.it.

Modulo di richiesta per liquidazione sinistro

Il presente modulo viene messo a disposizione al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela

Spedire a: Helvetia Vita S.p.A.
Gestione Operativa – Canali Tradizionali
Via G.B: Cassinis 21 - 20139 Milano (MI)

Polizza n.: _____ Helvetia Leader Protetto

Intermediario: _____ Codice: _____

Contraente: _____

Con la presente si chiede il pagamento della prestazione assicurata relativa alla polizza in oggetto per decesso dell'Assicurato:

❑ Bonifico sul conto corrente n° _____ intestato a: _____

presso: _____ IBAN: _____

BIC: _____

❑ assegno di traenza intestato al Contraente o agli aventi diritto

❑ altro (specificare) _____

Si allegano i documenti di cui all'Art. 23 delle Condizioni contrattuali:

- consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto;
- copia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale del rappresentante legale del Contraente o degli aventi diritto;
- dati anagrafico fiscali degli aventi diritto (nome, cognome e codice fiscale di ciascun avente diritto);
- in caso di aventi diritto minorenni o incapaci, Decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo al legale rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Società da ogni responsabilità relativa al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
- atto di notorietà (ovvero dichiarazione sostitutiva a norma di quanto previsto all'Art. 23 delle Condizioni contrattuali) per l'individuazione degli aventi diritto (da cui risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento) o testamento dell'Assicurato;
- visura camerale o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni;
- certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico attestante la causa del decesso o Scheda di Morte ISTAT emesso dall'ASL;
- in caso di polizza sottoposta a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario;
- relazione del medico curante redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Società e, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
- copia di un articolo di giornale (se disponibili) che riporti le circostanze dell'accaduto e – appena possibile – copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti in caso di decesso conseguente ad infortunio, omicidio o suicidio.

Con riferimento ai documenti sopra riportati sarà cura della Società non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e sempreché risulti ancora in corso di validità.
Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sul Contraente oppure sugli aventi diritto.
La Società potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.
ATTENZIONE: le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

_____ _____
Luogo e data Firma del Contraente (timbro Società e firma) oppure
Firma degli aventi diritto

_____
Firma dell'Intermediario (per autenticità della firma del Contraente o degli aventi diritto)

PRIVACY

Per una lettura del testo dell'informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 si rimanda al testo riportato all'interno della Polizza.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 6 E 9 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, ed in particolare "i dati relativi alla salute":

□ dà □ nega

il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità di cui all'informativa, compresa la loro comunicazione.

Luogo e data _____ _____
Firma dell'Interessato/i

Avvertenza: negando o comunque non prestando il proprio consenso al trattamento dei dati non si consentirà l'esecuzione della richiesta.

Glossario

Anno/i (annuo): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile). In relazione agli anni riferiti al contratto di assicurazione (anno assicurativo) è il periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile) a partire dalla data di decorrenza del contratto stesso.
Annuale (durata): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile).
Appendice: documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.
Assicurato/i: persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario.
Beneficiario/i: persona fisica o giuridica, designata nel contratto o con successiva dichiarazione scritta comunicata alla Società o per testamento (art. 1920 p.p.cc), che può coincidere o no con il contraente stesso e con l'assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.
Bimestre (bimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Capitale assicurato: somma che sarà liquidata al Beneficiario in caso si verifichi l'evento assicurato previsto dalla Garanzia prestata nel corso della durata contrattuale.
Carenza: è il periodo durante il quale non sono efficaci le coperture assicurative. Il periodo di carenza decorre dal momento di decorrenza delle coperture assicurative stesse.
Cessione, Pegno e Vincolo: condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.
Conclusione trattamento attivo: data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico in mancanza di recidive.
Conclusione trattamento attivo della patologia: data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico in mancanza di recidive.
Condizioni contrattuali (o di assicurazione): insieme delle norme e delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.
Conflitto di interessi: insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.
Conto corrente (del Contraente): è il conto corrente di cui è titolare o contitolare il Contraente.
Contraente: persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.
Contratto (di assicurazione): è il documento emesso dalla Società concernente le garanzie assicurative prestate e volto a disciplinare il rapporto giuridico tra le Parti.
Costi (o spese): oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati.
CRS (Common Reporting Standard o Scambio Automatico di Informazioni): è il quadro di riferimento sviluppato dall'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e Sviluppo Economico) che individua una normativa basata su accordi multilaterali tra i Paesi partecipanti (Europei ed Extraeuropei), che ha lo scopo di combattere l'evasione fiscale internazionale attraverso lo scambio multilaterale di informazioni. In virtù di tale normativa, gli intermediari finanziari (banche, assicurazioni vita, ecc.) dei Paesi aderenti sono tenuti ad identificare i soggetti (contraenti, beneficiari, titolari effettivi) aventi una o più residenze fiscali diverse da quella italiana e/o statunitense.
Data di conclusione del contratto: è la data di perfezionamento del contratto assicurativo.
Data di decorrenza (del contratto): è la data a partire dalla quale sono efficaci le coperture assicurative previste e le relative prestazioni.
Dichiarazioni (precontrattuali): informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.
DIP Vita: documento informativo pre-contrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi. Fornisce le principali informazioni, diverse da quelle pubblicitarie, per consentire al Contraente di valutare il prodotto e di compararlo con gli altri prodotti aventi caratteristiche analoghe.
DIP Aggiuntivo Vita: documento informativo pre-contrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi. Fornisce le informazioni integrative e complementari rispetto a quelle contenute nel DIP Vita, diverse da quelle pubblicitarie, necessarie affinché il Contraente possa acquisire piena coscienza del prodotto.
Diritto all'oblio oncologico: il diritto, previsto dall'articolo 2 della Legge 7 dicembre 2023, n. 193 in relazione alla stipulazione o al rinnovo di contratti assicurativi, delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini, ivi incluse visite mediche di controllo e accertamenti sanitari, in merito alla pregressa condizione patologica da cui siano state precedentemente affette ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni dalla data della richiesta. Tale periodo è ridotto a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato I, del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'oblio oncologico, in deroga ai termini previsti dall'articolo 2, comma 1, della legge 7 dicembre 2023, n. 193, matura nei termini indicati nello stesso Allegato.
Documento Unico di Rendicontazione: riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione.
Durata contrattuale: è il periodo durante il quale le coperture assicurative hanno efficacia.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
Età assicurativa: è l'età (dell'Assicurato) ad una data epoca calcolata maggiorando di un anno l'età compiuta in anni interi se la frazione di anno trascorsa dall'ultimo compleanno all'epoca di computo è almeno pari ai sei mesi. In caso contrario è pari all'età esatta all'epoca di computo stessa.
FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act): normativa statunitense finalizzata a contrastare l'evasione fiscale da parte dei contribuenti americani detentori di investimenti all'estero. I Governi di Italia e Stati Uniti hanno sottoscritto un accordo bilaterale per l'applicazione della normativa FATCA in data 10.01.2014. In virtù di tale accordo, a partire dal 01.07.2014, gli intermediari finanziari stranieri (banche, assicurazioni vita, ecc.) saranno tenuti ad identificare e segnalare alla propria autorità fiscale i Clienti aventi residenza fiscale statunitense. Lo scambio di informazioni potrà avvenire automaticamente tra le rispettive autorità fiscali e riguarderà gli investimenti detenuti in Italia da cittadini e residenti americani e quelli detenuti negli Stati Uniti da soggetti residenti in Italia.
Garanzia in caso di decesso: garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al Contraente in caso di decesso dell'Assicurato.
Interessi di frazionamento: in caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.
IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire l'adeguata protezione degli assicurati perseguendo la sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione e riassicurazione e la loro trasparenza e correttezza nei confronti della clientela.
Limiti territoriali: spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.
Liquidazione: pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Mese (mensile): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Non pignorabilità e non sequestrabilità: principio secondo cui le somme dovute dalla Società al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.
Pegno: vedi: "Cessione, Pegno e Vincolo".
Persone Politicamente Esposte: ai sensi dell'art.1 del D. Lgs. n. 90/2017 e s.m.i. e delle disposizioni regolamentari, emanate dall'Autorità di Vigilanza di settore, sono le persone fisiche residenti sul territorio nazionale, in altri stati comunitari o extra comunitari, che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari diretti e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

1) per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono:
   a) Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
   b) deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
   c) membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
   d) giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
   e) membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
   f) ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
   g) componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
   h) direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
   i) direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
2) per familiari diretti si intendono il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili, i genitori;
3) ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al punto 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al punto 1; qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al punto 1;
4) senza pregiudizio dell'applicazione, in funzione del rischio, di obblighi rafforzati di adeguata verifica della clientela, quando una persona ha cessato di occupare importanti cariche pubbliche da un periodo di almeno un anno, i soggetti destinatari del decreto non sono tenuti a considerare tale persona come politicamente esposta.

Polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
Premio: il premio rappresenta il prezzo che il Contraente paga per acquistare la prestazione offerta dall'assicuratore. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della prestazione. I premi possono essere: unici, periodici (o anche detti annui), unici ricorrenti. I premi unici ricorrenti e periodici possono essere rateizzati (o frazionati). Per il presente prodotto i premi sono annui, ossia il Contraente si impegna a corrisponderli per tutta la durata di pagamento dei premi prevista dal contratto.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.
Prestazione/i assicurata/e: somma/e pagabile/i sotto forma di capitale che la Società garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi: prodotti emessi da imprese di assicurazione nell'esercizio delle attività rientranti nei rami vita definiti dall'articolo 2, comma 1, del D. Lgs. 7/09/2005, n. 209, recante il Codice delle Assicurazioni Private, qualora le prestazioni siano dovute soltanto in caso di decesso o per incapacità dovuta a lesione, malattia o infermità.
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).
Questionari (semplificato, sanitario e stile di vita): moduli costituiti da domande sullo stato di salute e/o sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
Recesso (o ripensamento): diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
Reclamo: per reclamo si intende una dichiarazione di insoddisfazione, in forma scritta, nei confronti di un'impresa di assicurazione, di un intermediario assicurativo iscritto al registro Unico degli Intermediari (RUI) o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso al RUI e relativa ad un contratto o ad un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.
Ricorrenza annuale: l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.
Rischio demografico: rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita; infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Società di erogare la prestazione assicurata.
Riserva matematica: importo che deve essere accantonato dalla Società per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle Compagnie particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.
Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.
Semestre (semestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
SEPA Direct Debit Core: disposizione automatica di addebito in Euro dei premi sul conto corrente del Contraente, attivata dalla Società (creditore) in virtù di un mandato sottoscritto dal Contraente stesso (debitore).
Set Informativo: insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale Contraente, prima della sottoscrizione del contratto e pubblicata nel sito internet della Società. Il Set Informativo è composto dal Dip Vita, dal DIP Aggiuntivo Vita, dalle Condizioni contrattuali comprensive di Glossario e dalla Proposta-polizza in fac-simile.
Settimana (settimanale): periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.
Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Società: compagnia autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione. Per questo contratto la Società è Helvetia Vita S.p.A.
Sovrappremio: maggiorazione di premio richiesta dalla Società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario), nel caso in cui l'Assicurato adotti abitudini/pratiche che possano incidere significativamente sul rischio (sovrappremio stile di vita), oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).
Titolare effettivo: ai sensi dell'Art. 20 del D. Lgs. n. 90/2017 e s.m.i. e delle disposizioni regolamentari emanate dall'Autorità di Vigilanza di settore, si intende:

1) in caso di società:
   a) la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedano o controllino un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica (tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale sia superiore al 25% di partecipazione al capitale sociale). Qualora l'applicazione dei criteri suddetti non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione dell'entità giuridica;
2) in caso di entità giuridiche quali le fondazioni e di istituti giuridici quali i trust e le società fiduciarie, che amministrano e distribuiscono fondi, sono cumulativamente individuati come titolari effettivi:
   a) i fondatori, ove in vita;
   b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
   c) se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;
   d) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.

Trimestre (trimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Valuta (di denominazione): valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.
Vincolo: vedi "Cessione, Pegno e Vincolo".

Allegato 1: Tabella delle patologie riduzione termini diritto oblio oncologico

Si riporta di seguito l'elenco delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico.

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni – Uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

Polizza N.

Helvetia Leader Protetto

Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, di tipo temporaneo in caso di decesso, a capitale e premio annuo costanti

La presente Polizza è stata aggiornata al 03 Giugno 2026, data dell'ultima revisione dei dati in essa inclusi.

Contraente:

Intermediario:

Copia per

FAC-SIMILE

Polizza

Informazioni per il contraente

Mezzi di pagamento

Il pagamento dei premi avviene presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite:

- assegno bancario/postale non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario;
- bollettino postale sul conto corrente dell'Intermediario;
- carta di debito presso l'Intermediario;
- carta di credito se accettata dall'Intermediario, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente applicabile;

fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente e sull'Intermediario rispettivamente per la parte di propria competenza determinata in ragione dello strumento di pagamento prescelto e dei relativi accordi con i prestatori del servizio.

Il pagamento dei premi deve, invece, essere effettuato esclusivamente tramite bonifico direttamente a favore di Helvetia Vita S.p.A. sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT26F0306912711100000008137 e BIC BCITITMM (per i contratti distribuiti da Agenzie Helvetia Vita o da altri Intermediari) o sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT 27H0200809292V00960000004 e BIC UNCRITMM (per i contratti distribuiti da Broker):

- per importi di premio superiori ad Euro 50.000 (inserendo come causale il numero di polizza con cognome e nome del Contraente ed il nome del prodotto);
- in caso il prodotto sia collocato a mezzo di fattispecie contrattuali qualificabili come contratti di appalto pubblico di servizi in base al Codice dei Contratti Pubblici (D. Lgs. n. 36/2023 e s.m.i.), per i quali la Società assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n. 136/2010 e successive modifiche (inserendo come causale il numero di polizza con cognome e nome del Contraente, il codice CIG, l'eventuale CUP, il nome del prodotto).

A richiesta del Contraente, i premi successivi a quello di perfezionamento possono essere corrisposti anche tramite SEPA Direct Debit Core direttamente alla Società, attivabile mediante compilazione di apposita modulistica, fornita dalla Società fermo restando che - nel caso sia stata scelta una periodicità di pagamento mensile o bimestrale - il SEPA Direct Debit Core sarà attivo rispettivamente a partire dalla terza o dalla quarta ricorrenza mensile della data di decorrenza successiva alla data di ricevimento della richiesta presso la Società.
È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.

Clausola di ripensamento

Entro il termine di 30 giorni dalla conclusione del contratto il Contraente può esercitare il diritto di recesso inviando comunicazione scritta, **con lettera raccomandata A/R,** indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano (Italia), contenente gli elementi identifi cativi del contratto (numero di polizza, nome e cognome del Contraente).
La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle eventuali imposte e delle spese sostenute per l'emissione del contratto pari ad **Euro 25,00**, con il limite del premio versato.
La Società può inoltre trattenere:

- **la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto;**
- **le spese eventualmente sostenute per la visita medica e per gli ulteriori accertamenti sanitari, laddove richiesti.**

HOME INSURANCE - INFORMATIVA

Si ricorda che sulla home page del sito internet www.helvetia.it è disponibile la sezione riservata My Helvetia attraverso la quale ciascun Contraente potrà accedere alla propria posizione assicurativa. L'accesso è consentito gratuitamente al Contraente mediante credenziali identificative personali che potranno essere richieste in fase di registrazione. Accedi o registrati a My Helvetia, per consultare le tue polizze e/o effettuare in autonomia alcune operazioni. Per maggiori informazioni visita il sito www.helvetia.it.

FACSIMILE

Dati generali di Polizza

Contraente	Partita IVA: Sede legale: Cap: Città: Nazione: Email:
Delegato ad operare (Legale Rappresentante)	Data di nascita: Sesso: Luogo di nascita: Codice Fiscale: Residente in: Cap: Città: Nazione:
Assicurato	Data di nascita: Età: Sesso: Luogo di nascita: Codice Fiscale: Professione: Fumatore:
Forma assicurativa, Prestazioni, Efficacia del contratto	Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, di tipo temporaneo in caso di decesso, a capitale e premio annuo costanti **Garanzia in caso di Decesso** Capitale assicurato in caso di decesso *(l'importo sopra indicato è espresso in Euro)* **Clausola di carenza applicabile** Durata: anni Decorrenza: Scadenza:
Premio	**Premio annuo costante** da pagarsi fino alla rata del compresa *(l'importo sopra indicato, espresso in Euro, è comprensivo di eventuali: interessi di frazionamento e sovrappremi)* **Premio di rata** *(l'importo sopra indicato, espresso in Euro, è comprensivo di eventuali: interessi di frazionamento e sovrappremi)*

La parte di premio annuo afferente al caso morte è pari ad Euro

(maggiori dettagli al riguardo sono contenuti nella sezione "Regime fiscale" del DIP Aggiuntivo Vita)

FAC-SIMILE

Beneficiari

In caso di Decesso dell'Assicurato

1) XX,XX%
Data di nascita: Cod.Fisc:
Indirizzo di recapito:

2) XX,XX%
Data di nascita: Cod.Fisc:
Indirizzo di recapito:

Avvertenza: in caso di mancata compilazione dei campi relativi ai Beneficiari designati in forma nominativa la Società potrà incontrare, in caso di decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari. La modifica e la revoca di questi ultimi deve essere comunicata alla Società.

Referente Terzo *(da compilare in caso di particolari esigenze di riservatezza)*

FAC-SIMILE

Identificazione ai fini della normativa antiriciclaggio, Accordo FATCA e Disposizioni CRS

Contraente

Indirizzo di corrispondenza:
Luogo attività lavorativa diverso da sede legale:
Il Contraente dichiara di U.S. Person soggetta alla normativa FATCA
Il Contraente dichiara di ulteriori domicili fiscali
Origine dei fondi utilizzati per il pagamento dei premi relativi al contratto:
Reddito/Fatturato del Contraente:

Delegato

Cittadinanza:
Documento di riconoscimento: Numero:
Rilasciato da: di:
Data rilascio: Data scadenza:
Il Delegato dichiara di U.S. Person soggetta alla normativa FATCA
Il Delegato dichiara di ulteriori domicili fiscali
Il Delegato dichiara di persona politicamente esposta
Legame con il Contraente:

Titolare effettivo

Di seguito si riporta il legame tra il Contraente e i Beneficiari designati.

Beneficiari **In caso di decesso dell'Assicurato**

Il Contraente, sotto la propria responsabilità, dichiara la veridicità dei dati sopra riportati rilevanti ai seguenti fini: normativa in materia di antiriciclaggio (D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), Accordo FATCA sottoscritto in data 10/01/2014 tra Italia e Stati Uniti, Disposizioni CRS (Common Reporting Standard per lo scambio automatico di informazioni aventi valenza fiscale tra i Paesi aderenti all'accordo OCSE) in vigore dall'01.01.2016.

➡ **Contraente** (o Delegato)

_____

FAC-SIMILE

Questionari Assuntivi

Questionario Stile di Vita dell'Assicurato

1 **L'assicurato fa uso, anche saltuariamente, o ha fatto uso di tabacco (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro) negli ultimi 3 anni?**

2 **L' Assicurato assume abitualmente bevande alcoliche?**

3 **L'Assicurato ha mai assunto o fa uso di sostanze stupefacenti o droghe?**

4 **L'Assicurato effettua viaggi, anche saltuariamente, in paesi pericolosi per il clima o situazioni politico-militari (non sono considerati a rischio viaggi effettuati dall'assicurato per turismo e organizzati da primarie agenzie se soggiorna in villaggi turistici e viaggi effettuati per lavoro nelle aree più frequenti: Europa, America del Nord, Australia, Giappone, Cina continentale/Tibet escluso)?**

5 **L'assicurando pratica una delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto alle forze armate se impiegato in missioni all'estero.**

6 **L'Assicurato pratica altra professione che lo espone anche saltuariamente a pericoli?**

7 **L'Assicurato pratica una delle seguenti attivita sportive: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere?**

8 **In precedenza le è stata rifiutata o offerta con aggravamento del premio, un'assicurazione sulla vita o di malattia?**

9 **L'Assicurato ha in essere altre assicurazioni sulla vita o proposte concomitanti la somma delle quali supera € 500.000?**

FAC-SIMILE

Questionario Sanitario dell'Assicurato

ATTENZIONE: Non sono da dichiarare le patologie oncologiche da cui l'Assicurando sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di compilazione del presente Questionario. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni. Si rimanda all'Allegato 1 "Tabella delle patologie", allegata alle Condizioni contrattuali, per i dettagli relativi alle patologie che prevedono termini ulteriormente ridotti per il maturarsi del diritto all'oblio oncologico.

1 **Nella parentela consanguinea dell'Assicurato (madre, padre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di malattia di Alzheimer, malattie del cuore o della circolazione, ictus, diabete, malattie renali o tumori prima dell'età di 65 anni?**

2 **Ha mai ricevuto una diagnosi per, o sofferto di, o si è sottoposto a cure per uno dei seguenti disturbi? (selezioni tutte le risposte valide)**

Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o virus dell'immunodeficienza umana (HIV)
Carcinoma, cisti, tumore, crescita anomala o nodulo
Ictus cerebrale o accidente cerebrovascolare
Diabete
Attacco cardiaco (infarto miocardico)
Epatite
Pressione alta (ipertensione)
Colesterolo alto (iperlipidemia)
Attacco ischemico transitorio (TIA)
Nessuna di queste

3 **Negli ultimi 10 anni, ha dovuto (o le è stato consigliato di) sottoporsi a esami clinici, visite mediche o cure da parte di un medico per via di una delle seguenti motivazioni? (selezioni tutte le risposte valide)**

Allergie o malattie o disturbi del sistema immunitario
Patologia o disturbo della vescica, dei reni, della prostata o del tratto urinario
Malattia del sangue
Patologia o disturbo delle ossa, delle articolazioni, dei muscoli o del tessuto connettivo
Patologia o disturbo del cervello, del midollo spinale o neuropatia
Patologia o disturbo respiratorio o dei polmoni
Patologia o disturbo di orecchie, naso, gola o bocca
Patologia o disturbo dell'occhio
Patologia o disturbo di cuore, vene o vasi sanguigni
Patologia o disturbo ormonale, ghiandolare o metabolico
Patologia o disturbo infettivo o virale
Lesione o avvelenamento
Patologia o disturbo di intestino, esofago o stomaco
Patologia o disturbo del fegato, dotto biliare o colecisti
Patologia o disturbo mentale, comportamentale o emotivo
Patologia o disturbo sessualmente trasmissibili
Disturbo o patologia riproduttiva
Patologia o disturbo della cute
Altro (non presente nell'elenco)
Nessuna di queste

4 **Negli ultimi 12 mesi, l'Assicurato si è sottoposto ad indagini diagnostiche particolari (quali ad esempio risonanza magnetica, TAC, ecografia, scintigrafia, elettroencefalogramma, mammografia, biopsie) al di fuori dei controlli a puro scopo preventivo, che abbiano dato esito fuori dalla norma e per malattie o disturbi NON ancora dichiarati?**

FAC-SIMILE

5	**L'Assicurato è mai stato ricoverato in ospedali o case di cura/cliniche o si è mai sottoposto ad interventi chirurgici (esclusi ricoveri o interventi per appendectomia, tonsillectomia, parto, interventi di chirurgia estetica, fratture non ricorrenti e senza complicazioni ne postumi, safenectomia, meniscectomia) per malattie o disturbi NON ancora dichiarati?**
6	**Sta seguendo delle cure per malattie o disturbi che NON ha ancora dichiarato?**
7	**L'Assicurato è titolare di una pensione di invalidità o inabilità oppure ha fatto domanda per averla?**
8	**Si prega di indicare la sua altezza in (cm)**
9	**Si prega di indicare il suo peso (kg)**

FAC-SIMILE

QUESTIONARIO DI COERENZA

Di seguito è riportato il Questionario per la coerenza compilato sulla base delle dichiarazioni fornite dal Contraente.

FAC-SIMILE

Privacy

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016

Helvetia Vita S.p.A. rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali, forniamo di seguito le informazioni essenziali relative al trattamento e le modalità per esercitare agevolmente ed in modo consapevole i diritti previsti dalla vigente normativa.

1. Titolare del trattamento dei dati
Titolare del trattamento è Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano, Telefono: 02 53.51.1; Email Pec: helvetiavita@actaliscertymail.it.

2. Dati di contratto del Responsabile per la Protezione dei Dati
Per qualsiasi informazione o per l'esercizio dei Suoi diritti potrà rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati, inviando una comunicazione scritta all'indirizzo della Compagnia: via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano, o tramite mail al recapito: privacy@helvetia.it.

3. Finalità del trattamento dei dati
Il Titolare tratta[1] i Suoi dati personali - inclusi quelli appartenenti alle "categorie particolari", come i dati relativi alla salute - che Lei comunica direttamente (es. tramite siti internet, portali, social media) o raccolti tramite la rete di intermediari, **per svolgere le attività necessarie alla gestione del Suo rapporto assicurativo (finalità assicurativa).**
Rientrano tra le finalità assicurative: la preventivazione dei premi, la stipula di polizze assicurative, la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni, la riassicurazione, la coassicurazione.
Il Titolare tratterà i Suoi dati personali altresì per adempiere a specifici **obblighi di legge**, quali a titolo esemplificativo: prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; prevenzione del riciclaggio di denaro e finanziamento del terrorismo; prevenzione e individuazione delle frodi fiscali - garantendo l'adempimento degli obblighi di comunicazione alle autorità fiscali.
La informiamo, inoltre, che Lei potrà autorizzare il Titolare a trattare i Suoi dati personali, non appartenenti alle "categorie particolari" per le **finalità commerciali e di marketing** (ossia: invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale, partecipazione a concorsi a premi), **e di profilazione connessa al marketing** (ossia: trattamento automatizzato di dati personali per analizzare o prevedere aspetti riguardanti la situazione economica, le preferenze personali, gli interessi, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti).

4. Base del trattamento
La base giuridica del trattamento è:
- l'adempimento di obblighi precontrattuali e contrattuali (e di legge[2], ove previsti);
- il consenso esplicito, nel trattamento delle "categorie particolari" di dati personali.

Per la finalità commerciale e di marketing, e di profilazione connessa al marketing, sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è la manifestazione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali per tale specifica finalità.
Il Suo rifiuto in tal caso non comporta alcuna conseguenza sui contratti in essere o in corso di costituzione, ma preclude di usufruire dei servizi sopra descritti e di svolgere attività commerciali e di marketing.

5. Modalità d'uso dei dati personali
I Suoi dati personali sono trattati dal Titolare mediante operazioni - manuali o anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati - strettamente necessari per fornirLe le prestazioni, i servizi e i prodotti assicurativi richiesti.

6. Destinatari dei dati
Per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nell'informativa i Suoi dati sono trattati e/o possono essere comunicati a:
- dipendenti e collaboratori del Titolare nell'ambito delle rispettive funzioni;
- soggetti (o categorie di soggetti) a titolo esemplificativo di seguito elencati (c.d. catena assicurativa[3]):
  - soggetti del settore assicurativo (assicuratori, coassicuratori e riassicuratori);
  - intermediari di vendita (agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione); banche e SIM;
  - fornitori terzi (legali, medici legali, cliniche; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri, il recupero dei crediti, il controllo delle frodi, le indagini sul grado di soddisfazione della clientela, nonché società di servizi informatici, di factoring, di revisione contabile e certificazione del bilancio, di archiviazione o di imbustamento e/o smistamento della corrispondenza);
  - organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dello sviluppo economico, MEF, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, CONSOB, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, INPS, INAIL ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario centrale infortuni, Ministero delle Infrastrutture – Motorizzazione Civile);
- altre Società del gruppo Helvetia che, in qualità di autonomi titolari, hanno un interesse legittimo a trattare i Suoi dati personali per finalità amministrative;
- altre Società del gruppo Helvetia Italia ed alla relativa rete di intermediari o a società esterne di promozione e/o sviluppo commerciale incaricate a supportare le Compagnie nei trattamenti, per finalità commerciale e di marketing.

Una lista completa ed aggiornata dei terzi destinatari dei dati può essere da Lei ottenuta inviando una mail a privacy@helvetia.it.
In ogni caso, i Suoi dati personali NON saranno diffusi.

[1] *Trattamento: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con, o senza, l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali, o a insieme di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.*

[2] *A titolo esemplificativo, la normativa antiriciclaggio e la normativa IDD (dati necessari per la valutazione delle esigenze e dei bisogni del cliente-interessato, nonché dell'adeguatezza o appropriatezza del prodotto).*

[3] *La c.d. catena assicurativa è il complesso tessuto di rapporti contrattuali tra le imprese di assicurazione e numerosi soggetti (persone fisiche e giuridiche, operanti in Italia e all'estero), che cooperano nel gestire un medesimo rischio assicurativo. Tale pluralità di rapporti è peculiare dell'attività assicurativa e necessaria per la fornitura dei servizi assicurativi. Si articola in una pluralità di fasi (dalla c.d. fase assuntiva a quella liquidativa), che possono interessare più soggetti, i quali devono necessariamente trattare i dati personali di diversi interessati (ad esempio contraente, assicurato, beneficiario e, a certe condizioni, terzo danneggiato).*

FAC-SIMILE

Privacy

7. Trasferimento dei dati verso paesi terzi
I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi terzi che garantiscono un adeguato livello di protezione sostanzialmente equivalente a quello assicurato all'interno dell'Unione, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea.

8. Periodo di conservazione dei dati
I dati personali vengono conservati:
- per il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato (di regola non oltre i 20 anni dalla cessazione del rapporto contrattuale), fatti salvi eventuali obblighi di conservazione previsti dalla legge o da specifici termini prescrizionali;
- per dodici mesi dalla raccolta dei dati utilizzati ai soli fini commerciali e di marketing, e profilazione connessa al marketing.

9. Diritti dell'interessato
Il Regolamento Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di chiedere al Titolare del trattamento:
la conferma che sia in corso un trattamento di Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso), ex art. 15 del Regolamento;
la rettifica dei dati personali inesatti, o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica), ex art. 16 del Regolamento;
la cancellazione dei dati stessi, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento (diritto all'oblio), ex art. 17 del Regolamento;
la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione), ex art. 18 del Regolamento;
di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali da Lei forniti al Titolare e di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità), ex art. 20 del Regolamento.
Lei ha, inoltre, il diritto di revocare il consenso al trattamento dei Suoi dati, in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca ex art. 21 del Regolamento.
La revoca del consenso prestato, comporta l'inevitabile blocco del trattamento da parte della Compagnia, con i conseguenti effetti sulla normale esecuzione del contratto.
Potrà, inoltre, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale.

10. Comunicazione dei dati e conseguenze del rifiuto
La comunicazione dei Suoi dati personali al Titolare è strettamente necessaria allo svolgimento delle attività descritte nell'informativa. L'eventuale Suo rifiuto di fornire i dati personali comporta l'impossibilità di concludere il contratto, adempiere, prima della conclusione del contratto, a Sue specifiche richieste, concludere nuovi contratti di assicurazione, eseguire i relativi obblighi e gestire e liquidare gli eventuali sinistri.

Impegno a fornire l'informativa

L'Interessato si impegna a fornire, in nome e per conto del Titolare e conformemente al testo ricevuto, l'informativa prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, agli eventuali altri Interessati di cui lo stesso abbia comunicato o comunicherà al Titolare i dati personali.

➡ **Interessato/Contraente** (o Delegato)

_____

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole, che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, ed in particolare *"i dati relativi alla salute"*, esprime i seguenti consensi/dinieghi:

l'Assicurato dà/nega il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità di cui all'informativa, compresa la loro comunicazione.

➡ **Interessato/Assicurato**

_____

FAC-SIMILE

Il sottoscritto dichiara di:

- **essere al corrente** che non sono ammessi mezzi e modalità di pagamento diversi da quelli riportati nel presente documento;
- **aver scelto di ricevere il Set Informativo composto da: DIP Vita Mod. C-SI-LP-0 Ed. 06/2026, DIP Aggiuntivo Vita Mod. C-SI-LP-0 Ed. 06/2026 e Condizioni contrattuali comprensive di Glossario Mod. C-SI-LP-0 Ed. 06/2026 tramite consegna cartace/e-mail all'indirizzo _____ di averlo ricevuto e di aver preso visione del relativo contenuto.**

Il sottoscritto dichiara inoltre di disporre delle nozioni e degli strumenti tecnici (Acrobat e Reader 3.0 e versioni successive) necessari alla consultazione ed alla gestione di documenti in formato file elettronico PDF ricevuti.

La suddetta documentazione è comunque disponibile anche sul sito internet di Helvetia Vita S.p.A. (www.helvetia.it) e può essere richiesta in qualsiasi momento in formato cartaceo presso gli Intermediari della Società.

➡ **Contraente** (o Delegato)

_____

Il sottoscritto

- esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile;
- dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le Condizioni contrattuali nonché le clausole contenute nel presente documento di Polizza e che lo stesso non contiene cancellature e di non averne ricevuti altri ad integrazione dello stesso;
- è consapevole, ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Società, che le notizie e i dati di ordine sanitario e informativo forniti costituiscono elemento fondamentale per la stipulazione della polizza e pertanto dichiara, ad ogni effetto di legge, di aver risposto con esattezza e veridicità, di non aver taciuto o alterato alcuna circostanza in relazione alle domande dei Questionari Assuntivi, assumendosi quindi ogni responsabilità in merito alle stesse, anche se le risposte sono state scritte da altri;
- libera dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni si è ricorso o dovesse ricorrere, prima e dopo la sottoscrizione del presente documento di Polizza, nonché gli ospedali, le case di cura, le cliniche, gli enti e istituti in genere, pubblici e privati, in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino e ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società e/o gli aventi diritto ritenessero opportuno rivolgersi, autorizzandoli ed invitandoli espressamente a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione;
- dichiara che la sottoscrizione del presente contratto non viene posta come condizione obbligatoria all'ottenimento di un mutuo immobiliare o altro credito al consumo.

Il sottoscritto dichiara inoltre che il contratto richiesto rientra/non rientra tra le tipologie di contratto di cui al Codice dei contratti pubblici (D. Lgs. n. 36/2023 e s.m.i.) per le quali è previsto l'obbligo di richiedere il Codice Identificativo di Gara (CIG) all'Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture (AVCP), nonché l'assoggettamento alle disposizioni in materia di tracciabilità dei flussi finanziari (Legge 136/2010 e s.m.i.).

Il sottoscritto infine prende atto che:

- **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti del soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. E' fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;**
- **prima della sottoscrizione del contratto, il soggetto di cui sopra deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni relative allo stato di salute e allo stile di vita degli Assicurati, riportate in polizza all'interno della sezione Questionari Assuntivi;**
- **anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, gli Assicurati possono chiedere di essere sottoposti a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, restando inteso che il costo di tali accertamenti è a suo carico;**
- **l'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla Legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.**

Il presente documento è composto da N. 14 pagine.

Helvetia Vita S.p.A.

➡ **Contraente** (o Delegato)

_____

➡ **Assicurato**

_____

FACSIMILE

Polizza N.

Il sottoscritto dichiara di aver preso conoscenza e di approvare specificamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, quanto di seguito indicato:

Contraente (o Delegato)

_____

Questo documento è stato emesso in **il**
Intermediario:

Dichiarazione di perfezionamento
(la data di incasso del premio deve essere sempre valorizzata e deve essere coerente con la data registrata a sistema)
La Società dichiara che il premio di perfezionamento di Euro _____ è stato incassato in data _____salvo buon fine.

Incaricato alla rilevazione dei dati *(ai sensi del D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni)*
(da sottoscrivere sempre)

Attesto di aver effettuato la rilevazione dei dati - ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni e di aver verificato l'autenticità delle firme che precedono e in caso di presenza di un soggetto Delegato ad operare per conto del Contraente di averne verificato i poteri di delega.

Cognome e Nome
Qualifica

Incaricato alla rilevazione dei dati

_____

FAC-SIMILE

Mod. C-SI-LP-0 Ed. 06/2026

Helvetia Vita S.p.A.
Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.
Via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
Tel 02 5351 1 – Fax 02 537289
PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it – www.helvetia.it

Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA,
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia – Capitale Sociale € 47.594.000 i.v. – Società con Socio Unico
N° iscrizione Reg. Imprese di Milano, C.F. e P.I. 03215010962 – R.E.A. n° 1882793
Imp. Autor. all'eser. delle ass. sulla Vita con Provv. ISVAP n° 1979 del 4/12/2001
(G.U. n° 288 del 12/12/2001)
Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n° 1.00142 - Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n° d'ordine 031