Assicurazione Temporanea Caso Morte
Assicurazione Temporanea Caso Morte o Invalidità Totale e Permanente

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 Tutela Exclusiva
(Tariffa 607 per il caso di Decesso,
Tariffa 608 per il caso di Decesso o Invalidità Totale e Permanente)

Data di aggiornamento: 1 giugno 2023
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 Tutela Exclusiva è un'assicurazione collettiva di tipo mono-annuale (stipulata mediante una Convenzione tra una Azienda – il Contraente – ed Helvetia Vita S.p.A.) che prevede due tariffe differenziate in funzione delle coperture selezionate (Tariffa 607 e Tariffa 608), come di seguito riportato.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Il prodotto prevede le seguenti tipologie di prestazione:

- ✓ **Prestazione in caso di Decesso dell'Assicurato (Tariffa 607)**
  In caso di decesso di ogni Assicurato nel corso della durata contrattuale è previsto il pagamento, ai Beneficiari designati, del capitale assicurato relativo alla posizione assicurativa individuale.
- ✓ **Prestazione in caso di Decesso o di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato (Tariffa 608)**
  Con riferimento a ciascun Assicurato, al verificarsi del primo dei due eventi oggetto della copertura - decesso o invalidità totale e permanente derivante da malattia organica o da infortunio - è previsto il pagamento, ai Beneficiari designati, del capitale assicurato relativo alla posizione assicurativa individuale.

Una volta selezionata la Tariffa, la stessa si applicherà a tutti gli Assicurati della collettiva.

Nei casi in cui l'Assicurato, alla scadenza della relativa posizione assicurativa, sia in vita e non si sia manifestata alcuna malattia/non si sia verificato alcun infortunio che ne abbia comportato l'invalidità totale e permanente, in base alle coperture attivate, non è prevista alcuna prestazione ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

Che cosa NON è assicurato?

Non è assicurabile la persona fisica che, alla decorrenza del contratto, abbia un'età inferiore a 18 anni e alla scadenza contrattuale superi i 70 anni assicurativi.
Inoltre non sono assicurabili soggetti diversi dal personale dipendente e dirigente dell'Azienda Contraente.

Ci sono limiti di copertura?

Non sarà possibile presentare una richiesta di risarcimento qualora il decesso o l'invalidità totale e permanente, in funzione della tariffa selezionata, non si siano verificate durante il periodo in cui le coperture sono efficaci, ai sensi della successiva sezione "Quando comincia la copertura e quando finisce?".

Sono inoltre previsti i seguenti periodi di sospensione e limitazioni alle coperture qualora il decesso o l'invalidità totale e permanente rientrino nei periodi di carenza e nelle esclusioni di cui alla sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP Aggiuntivo Vita.

Dove vale la copertura?

Le prestazioni assicurative sono garantite senza limiti territoriali, fermo quanto riportato nella sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP Aggiuntivo Vita.

Che obblighi ho?

Il Contraente e ciascun Assicurato, ai fini di ogni rinnovo della Convenzione, sono tenuti a dare comunicazione alla Società delle variazioni dello stato di salute e/o dello stile di vita degli Assicurati nel frattempo intervenute.

In ragione di tali modifiche, la Società può richiedere documentazione integrativa atta a permettere il rinnovo della Convenzione stessa, di rifiutare l'assunzione di alcune tipologie di rischio ovvero di prevederne comunque l'assunzione, limitando la portata della copertura offerta e/o disponendo l'applicazione di specifici sovrappremi.
Inoltre il Contraente deve avvisare tempestivamente la Società in caso di risoluzione del rapporto di lavoro di ciascun Assicurato compreso nella collettiva, **in tal caso le relative coperture assicurative cessano automaticamente in corrispondenza della data di risoluzione del rapporto di lavoro**.

La richiesta di liquidazione dovrà essere consegnata all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il contratto, ovvero inviata alla Società in forma scritta – anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo allegato alle Condizioni contrattuali (Richiesta di pagamento) – a mezzo lettera raccomandata A/R corredata dai documenti richiesti. Nel suddetto modulo è inoltre riportato l'elenco completo di tutta la documentazione necessaria da produrre a supporto della richiesta stessa.

Quando e come devo pagare?

A fronte delle prestazioni assicurate relative a ciascuna posizione assicurativa (ossia relative a ciascun Assicurato) il Contraente si obbliga a versare un premio alla Società. Il premio, per ogni Assicurato, è determinato al termine di ciascun anno solare sulla base di specifici tassi determinati in relazione al capitale assicurato, all'età e al sesso dell'Assicurato, al suo stato di salute ed alle attività professionali e/o sportive svolte anche saltuariamente dallo stesso.

Il premio è pagato dal Contraente in via complessiva, contro quietanza emessa dalla Società, presso l'Intermediario cui è assegnato il contratto, tramite:

- assegno 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.

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La Convenzione ha una durata di 5 anni e si rinnova automaticamente di volta in volta alla scadenza, per periodi di uguale durata, in mancanza di diversa volontà espressa da una delle Parti almeno 3 mesi prima della scadenza della stessa.
La durata delle coperture assicurative è invece annuale, con rinnovo automatico al 31 Dicembre di ogni anno, ferma restando la durata della Convenzione di cui sopra.

La Convenzione si intende conclusa nel momento in cui vengono apposte sul documento di Convenzione/Polizza le firme della Società, del Contraente e di tutti gli Assicurati, ed il Contraente provvede contestualmente al pagamento del premio complessivo.

A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto, le coperture assicurative relative alle singole posizioni assicurative individuali sono operanti dalle ore 24 del giorno indicato in Convenzione/Polizza quale data di decorrenza.
Con riferimento ai soggetti che vengano assunti o che ottengano la qualifica di Dirigenti successivamente al 31 Dicembre, le coperture avranno validità dalla data di assunzione o promozione.

Sia la copertura in caso di decesso sia quella in caso di invalidità totale e permanente si estinguono automaticamente alla data di risoluzione del rapporto di lavoro dell'Assicurato presso l'Azienda Contraente.

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

Il diritto di revoca non è previsto.

Il Contraente può esercitare il recesso **entro 30 giorni** dalla conclusione del contratto.

Il mancato pagamento del premio relativo all'annualità di riferimento non determina la risoluzione della Convenzione, ma comporta la sospensione della copertura per quell'anno.

Sono previsti riscatti o riduzioni? □ SI X NO

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

Assicurazione Temporanea Caso Morte
Assicurazione Temporanea Caso Morte o Invalidità Totale e Permanente

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

Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.
Helvetia Tutela Exclusiva
(Tariffa 607 per il caso di decesso,
Tariffa 608 per il caso di Decesso o Invalidità Totale e Permanente)

Data di aggiornamento: 1 giugno 2023
Il presente DIP Aggiuntivo Vita rappresenta l'ultima versione disponibile

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, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A. Via G. B. Cassinis n. 21 – 20139 Milano; tel. +39 02 53.51.1; sito internet: www.helvetia.it; e-mail: direzione.vita@helvetia.it; PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it.

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.

Il patrimonio netto della Società, all'ultimo bilancio approvato, è pari a 307.861.001,04 Euro, di cui 47.594.000,00 Euro costituiscono la parte relativa al capitale sociale e 249.278.472,42 Euro si riferiscono alle riserve patrimoniali.

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. Di seguito si dà evidenza dei requisiti patrimoniali e dei fondi ammissibili alla loro copertura, calcolati secondo la Formula Standard in vigore al 31.12.2022.

Informazioni relative al margine di solvibilità Solvency II	Al 31.12.2022
Solvency Capital Requirement (SCR)	136.184.242
Minimum Capital Requirement (MCR)	61.282.909
Fondi Propri ammissibili a copertura del SCR	313.970.431
Fondi Propri ammissibili a copertura del MCR	258.134.892
Solvency Capital Ratio*	230,55%

* Il "Solvency Capital Ratio" è il rapporto tra i Fondi Propri ammissibili dalla Società ed il capitale di solvibilità (Solvency Capital Requirement) richiesto dalla normativa Solvency II.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Helvetia Tutela Exclusiva è un'assicurazione collettiva mono-annuale (stipulata mediante una Convenzione tra una Azienda – il Contraente – ed Helvetia Vita S.p.A.) che prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

✓ **Prestazione in caso di Decesso dell'Assicurato (Tariffa 607)**
In caso di decesso di ogni Assicurato nel corso della durata contrattuale è previsto il pagamento, ai Beneficiari designati, del capitale assicurato relativo alla posizione assicurativa individuale.

✓ **Prestazione in caso di Decesso o di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato (Tariffa 608)**
Con riferimento a ciascun Assicurato, al verificarsi del primo dei due eventi oggetto della copertura - decesso o invalidità totale e permanente derivante da malattia organica o da infortunio - è previsto il pagamento, ai Beneficiari designati, del capitale assicurato relativo alla posizione assicurativa individuale.

Agli effetti della presente copertura, per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della

capacità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa (capacità lavorativa generica), indipendentemente da quella effettivamente svolta dall'Assicurato, sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66%. Inoltre, l'invalidità totale e permanente deve essere stata causata, indipendentemente dalla volontà dell'Assicurato, da una malattia organica o da un infortunio che risultino oggettivamente accertabili.

Non è possibile selezionare la solo copertura in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato.
Una volta selezionata la Tariffa, la stessa si applicherà a tutti gli Assicurati della collettiva.

Con riferimento al capitale assicurato relativo a ciascun Assicurato, si segnala che tale importo è quello comunicato dall'Azienda Contraente alla Società ed è stabilito in base a criteri uniformi, indipendenti dalla volontà dei singoli Assicurati.

Nei casi in cui l'Assicurato, alla scadenza della relativa posizione assicurativa, sia in vita e non si sia manifestata alcuna malattia/non si sia verificato alcun infortunio che ne abbia comportato l'invalidità totale e permanente, in base alle coperture attivate, non è prevista alcuna prestazione ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

Non è prevista la possibilità di modificare i termini del contratto mediante l'esercizio di predefinite opzioni contrattuali.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quanto riportato nel DIP Vita.

Ci sono limiti di copertura?

! **Esclusioni in caso di Decesso**
È escluso dalla Garanzia il decesso causato da:

- dolo o colpa grave 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;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data del primo ingresso in Convenzione;
- 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;
- AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) o altra patologia ad essa collegata qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sette anni dall'inserimento in Convenzione. Tale esclusione potrà essere annullata qualora l'Assicurato si sottoponga, al momento dell'inserimento in Convenzione o successivamente, allo specifico test HIV ed il risultato dello stesso sia negativo.

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 ai Beneficiari designati il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso, al posto del capitale assicurato.

! **Esclusioni in caso di Invalidità Totale e Permanente**
È esclusa dalla Garanzia l'invalidità totale o permanente:

- che si verifica dopo il 70° anno di età dell'Assicurato;
- causata da dolo o colpa grave del Contraente o dei Beneficiari;
- causata da partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- causata da partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- causata da tentato suicidio;
- causata da infezione da virus HIV o altre patologie ad essa collegate;
- causata da infortunio verificatosi sia in volo che in terra in dipendenza di viaggi aerei compiuti sia come militare sia come civile, fatta eccezione per i viaggi compiuti in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su automobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati, condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche.

Viene inoltre esclusa l'invalidità totale e permanente che si verifichino dopo il 70° anno di età dell'Assicurato.
In tutti i suddetti casi, ad eccezione del caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato causata da dolo del Contraente e/o dei Beneficiari la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati il solo importo della riserva matematica calcolato al momento dell'invalidità totale e permanente, al posto del capitale assicurato.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?	**Denuncia di sinistro:** essendo previsto apposito modulo prestampato denominato "Richiesta di pagamento", contenente l'elenco dei documenti da consegnare per l'erogazione di ogni prestazione, si rimanda a tale Modulo inserito in coda alle Condizioni contrattuali. In ogni caso il Contraente e/o gli aventi diritto hanno la facoltà di effettuare la denuncia scritta anche in forma libera. La richiesta, indipendentemente dalla forma scritta utilizzata (modulo o denuncia libera) deve essere consegnata all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il contratto assicurativo, ovvero inviata direttamente a Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G. B. Cassinis 21 – 20139 Milano (Italia), a mezzo lettera raccomandata A/R, e deve essere corredata da tutta la documentazione prevista dalle Condizioni contrattuali.
	Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione in caso di decesso dell'Assicurato si estinguono dopo dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Qualora i Beneficiari omettano di richiedere 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.
	Liquidazione della prestazione: verificata l'esistenza dell'obbligo al pagamento, Helvetia Vita S.p.A. esegue i pagamenti in favore degli aventi diritto **entro 30 giorni** dalla data di ricevimento della richiesta completa di tutta la documentazione prevista (ovvero dalla data di ricevimento presso l'Intermediario, se anteriore). Trascorso tale termine sono dovuti gli interessi di mora a favore degli aventi diritto.
Dichiarazioni inesatte e reticenti	**Le dichiarazioni del Contraente e di ogni Assicurato devono essere esatte, veritiere e complete. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle prestazioni assicurate.** **Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio ovvero, in caso di assicurazione in nome o per conto di terzi, qualora il terzo sia a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la cessazione dell'assicurazione.**

Quando e come devo pagare?

Premio	A fronte delle prestazioni assicurate relative a ciascuna posizione assicurativa (ossia relative a ciascun Assicurato) il Contraente si obbliga a versare un premio alla Società. Il premio, per ogni Assicurato, è determinato al 31 Dicembre di ciascun anno solare sulla base di specifici tassi determinati in relazione al capitale assicurato, all'età e al sesso dell'Assicurato, al suo stato di salute ed alle attività professionali e/o sportive svolte anche saltuariamente dallo stesso. Nel caso in cui la durata iniziale sia inferiore ad 1 anno o nel caso di ingressi in assicurazione nel corso dell'anno, si stabiliranno ratei di premio ottenuti considerando l'età assicurativa dell'Assicurato alla data di effettivo ingresso in collettiva (e non al 31 dicembre) e riducendo il premio annuo in proporzione alla durata infrannuale della copertura. Con riferimento agli Assicurati per i quali il Contraente richiederà in corso d'anno o in coincidenza con il rinnovo annuale un aumento del capitale assicurato verrà calcolato un ulteriore premio calcolato tenendo conto della parte incrementale del capitale assicurato – che il Contraente si impegna a versare contestualmente alla variazione del capitale stesso – e del periodo di tempo compreso tra la data di variazione dello stesso ed il 31 Dicembre immediatamente successivo. In caso di accertamento dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di denuncia della stessa il Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento di invalidità totale e permanente; mentre la Società si impegna a mantenere in vigore le Garanzie prestate. Se l'invalidità totale e permanente è riconosciuta dalla Società o dal Collegio Arbitrale il pagamento del suddetto premio cessa definitivamente e la Società corrisponde le prestazioni assicurate, diversamente il Contraente è tenuto a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia di invalidità totale e permanente aumentati degli interessi legali. Il premio è pagato dal Contraente in via complessiva, contro quietanza emessa dalla Società, presso l'Intermediario cui è assegnato il contratto, tramite: ▪ assegno 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 del premio 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 Convenzione con la ragione sociale dell'Azienda 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. 50/2016 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 Convenzione con la ragione sociale dell'Azienda Contraente, il codice CIG, l'eventuale CUP, il nome del prodotto). **È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.**

Rimborso	L'Assicurato può chiedere il rimborso del premio in caso di esercizio del diritto di **recesso**, secondo le modalità riportate alla successiva sezione "Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?". Per le uscite in corso d'anno, non dipendenti da sinistro, verrà rimborsato al Contraente il rateo di premio relativo al periodo infrannuale di mancata esposizione al rischio, determinato mediante riduzione proporzionale a tale durata del premio corrisposto. A tal proposito si segnala che il Contraente deve avvisare tempestivamente la Società in caso di risoluzione del rapporto di lavoro di un Assicurato compreso nella collettiva. In tal caso, infatti, le coperture assicurative cessano automaticamente in corrispondenza della data di risoluzione del rapporto di lavoro e la Società restituisce al Contraente il rateo di premio relativo al periodo compreso tra la data di cessazione del rapporto di lavoro ed il 31 Dicembre immediatamente successivo. Qualora il Contraente comunichi la risoluzione del rapporto di lavoro solo in coincidenza con il rinnovo annuale, la Società non rimborserà il rateo di premio in quanto la copertura è stata prestata per l'intero anno. Qualora, invece, il capitale venga ridotto verrà rimborsato al Contraente il rateo di premio relativo al periodo compreso tra la data di variazione dello stesso ed il 31 Dicembre immediatamente successivo.
Sconti	La Società può prevedere specifici sconti; informazioni dettagliate sulla loro misura e sulle relative modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita della Società.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La Convenzione ha una durata di 5 anni e si rinnova automaticamente di volta in volta alla scadenza, per periodi di uguale durata, in mancanza di diversa volontà espressa da una delle Parti almeno 3 mesi prima della scadenza della stessa. La durata delle coperture assicurative è invece annuale, con rinnovo automatico al 31 Dicembre di ogni anno, ferma restando la durata della Convenzione di cui sopra. Con riferimento ai soggetti che vengano assunti o che ottengano la qualifica di Dirigenti successivamente al 31 Dicembre, le coperture avranno validità dalla data di assunzione o promozione. Sia la copertura in caso di decesso sia quella in caso di invalidità totale e permanente si estinguono automaticamente alla data di risoluzione del rapporto di lavoro dell'Assicurato presso l'Azienda Contraente.
Sospensione	Il mancato pagamento del premio relativo all'annualità di riferimento comporta la sospensione della copertura per quell'anno.

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

Revoca	Il contratto non prevede la revoca.
Recesso	Il Contraente può recedere dal contratto **entro 30 giorni** dalla sua conclusione, tramite richiesta scritta inviata direttamente alla Società (Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano) con lettera raccomandata A/R, contenente gli elementi identificativi del contratto. La notifica di recesso libera le parti da qualunque obbligazione futura derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della raccomandata, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa. La Società **entro 30 giorni** dal ricevimento della comunicazione di recesso rimborserà al Contraente **il premio da questi corrisposto, al netto delle spese di emissione 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.**
Risoluzione	Il mancato pagamento del premio relativo all'annualità di riferimento non determina la risoluzione della Convenzione, ma comporta la sospensione della copertura per quell'anno.

Sono previsti riscatti o riduzioni? □ SI X NO

Valori di riscatto e riduzione	La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto dall'assicurazione e non riconosce un valore di riduzione.
Richiesta di informazioni	La richiesta di informazioni non è possibile in quanto la presente forma assicurativa non prevede la possibilità di riscatto e riduzione.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a tutte le Aziende che, mediante la stipula di una Convenzione con la Società, intendano e/o siano tenute ad assicurare - per il caso di decesso e/o di invalidità totale e permanente - un gruppo di soggetti costituiti sia Dipendenti sia Dirigenti in servizio effettivo presenti in Azienda all'atto della stipula della Convenzione, nonché coloro che in un prosieguo di tempo siano assunti dall'Azienda o cambino qualifica.
Il cliente in target è interessato a coperture mono-annuali a rinnovo automatico dietro corresponsione di un premio annuo che si adegua di anno in anno.

Il prodotto è sottoscrivibile a condizione che ciascun Assicurato abbia un'età almeno pari a 18 anni (compiuti) e non superi i 70 anni a scadenza.

Il prodotto non è destinato ad una tipologia di clientela rappresentata da persone fisiche.

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 mono-annuale (fisso e indipendentemente dall'età e dal sesso dell'Assicurato, dalla durata contrattuale e dall'importo)*	20,00%

* Tale misura di costo è già ricompresa nei Tassi di premio allegati alle Condizioni contrattuali.

Le spese per visita medica e accertamenti sanitari, anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, sono a carico del Contraente ed il relativo costo non è quantificabile a priori, in quanto dipende dalle tariffe applicate dalla struttura medica liberamente scelta dal Contraente stesso.

Tabella sui costi per riscatto
Il contratto non prevede riscatti, pertanto non sono previsti neanche i relativi costi.

Tabella sui costi per l'erogazione della rendita
Il contratto non prevede la possibilità di convertire il capitale in rendita, pertanto non sono previsti neanche i relativi costi.

Costi per l'esercizio delle opzioni
Il contratto non prevede la possibilità di esercitare opzioni, pertanto non sono previsti neanche i relativi costi.

Costi di intermediazione
La quota parte retrocessa agli Intermediari con riferimento **all'intero flusso commissionale** relativo al prodotto è **pari al 50,00%**.

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	Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, anche qualora riguardino soggetti coinvolti nel ciclo operativo della Società (compresi gli Intermediari iscritti alla Sezione A del RUI che hanno rapporti di collaborazione con la Società e relativi dipendenti e collaboratori), devono essere presentati per iscritto presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti: Helvetia Vita S.p.A. - Ufficio Reclami – Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano – Email: reclami@helvetia.it. La Società invia la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
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** secondo le modalità indicate su **www.ivass.it**.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it** (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita (facoltativa)	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione elle controversie (facoltativa)	**Procedura FIN-NET:** per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet 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. **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 qualsiasi imposizione fiscale.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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 Tutela Exclusiva

Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, collettivo di tipo mono-annuale per il caso di decesso (Tar. 607)
Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, collettivo di tipo mono-annuale per il caso di decesso o di invalidità totale e permanente (Tar. 608)

Condizioni contrattuali
Mod. C-SI-HE-0 Ed. 02/2024

Le Condizioni contrattuali sono redatte secondo quanto previsto dalle Linee Guida dei Contratti Semplici e Chiari 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

Indice

Condizioni contrattuali **4**
Norme che regolano il contratto in generale **4**
Art. 1 – Obblighi della Società 4
Art. 2 – Conclusione ed entrata in vigore della Convenzione 4
Art. 3 – Prestazioni Assicurate 4
Art. 4 – Recesso 5
Art. 5 –Modalità assuntive 5
Art. 6 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato 6
Art. 7 – Limiti di Età 7
Art. 8 – Pagamento del premio e costi 7
Art. 9 – Beneficiari e Referente Terzo 8
Art. 10– Cessione, pegno, vincolo, riscatto e prestiti 9
Art. 11 - Durata 9
Art. 12 – Modifiche alla Convezione 10
Art. 13 – Dovere del Contraente 10
Art. 14 – Rischio catastrofe 10
Art. 15 – Trasferimento di agenzia ed operazioni societarie straordinarie 10
Art. 16 – Foro competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie 10
Art. 17 – Tasse e imposte 11
Art. 18 – Non pignorabilità e non sequestrabilità delle prestazioni assicurate 11
Art. 19 – Informativa 11
Copertura in caso di decesso **12**
Art. 20 – Prestazioni Assicurate 12
Delimitazione ed esclusioni della copertura in caso di decesso **12**
Art. 21 – Delimitazione ed esclusioni 12
Copertura in caso di invalidità totale e permanente **13**
Art. 22 – Prestazioni Assicurate 13
Art. 23 – Definizione di invalidità totale e permanente 13
Art. 24 – Accertamento dell'invalidità totale permanente 13
Art. 25 – Accertamento autonomo dell'invalidità totale e permanente 13
Art. 26 – Modalità di accertamento autonomo 13
Art. 27 – Termini per l'accertamento autonomo dell'invalidità totale e permanente 14
Art. 28 – Termini per l'accertamento della Società 14

Art. 29 – Definizione di invalidità totale e permanente ai fini dell'accertamento autonomo 14
Art. 30 – Obblighi del Contraente e dell'Assicurato 14
Art. 31 – Modalità di pagamento del capitale assicurato 14
Art. 32 – Arbitrato 14
Art. 33 – Sospensione del pagamento del premio 14
Esclusioni della copertura in caso di invalidità totale e permanente 15
Art. 34 – Esclusioni 15
Cosa fare per richiedere la liquidazione delle prestazioni 15
Art. 35 – Pagamenti delle prestazioni 15
Modulistica 18
Tassi di premio 20
Glossario 21

AVVERTENZA: all'interno delle Condizioni contrattuali sono presenti alcuni riquadri che si differenziano per colore e stile del bordo; gli stessi sono stati inseriti per facilitare la comprensione del testo e del funzionamento del prodotto (a norma di quanto previsto dalle Linee Guida per contratti semplici e chiari del Tavolo Tecnico dell'Associazione Nazionale Italiana Assicuratori – ANIA). Di seguito se ne riportano le logiche di utilizzo:

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 previsti contrattualmente mediante formula matematica.

Inoltre le clausole contrattuali che prevedono oneri e obblighi di comportamento 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.

Condizioni contrattuali

Le presenti Condizioni contrattuali sono aggiornate al 19 Febbraio 2024, data dell'ultima revisione dei dati in esse inclusi.

La presente Convenzione è disciplinata dalle:
- CONDIZIONI CONTRATTUALI di seguito riportate;
- NORME DI LEGGE, per quanto non espressamente disciplinato.

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.

Norme che regolano il contratto in generale

Art. 1 – Obblighi della Società

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla Convenzione-Polizza, dalle appendici rilasciate dalla Società e dai documenti di Polizza dalla medesima firmati.

Art. 2 – Conclusione ed entrata in vigore della Convenzione

Cosa si intende per Convenzione?
Indica un accordo raggiunto tra due o più soggetti, mediante il quale ciascuna parte si obbliga a mantenerne i reciproci impegni.

Tra l'Azienda Contraente la collettiva ed Helvetia Vita S.p.A. viene stipulato un accordo quadro (c.d. **Convenzione**) avente lo scopo di attivare una assicurazione di tipo collettivo mono-annuale che prevede l'erogazione di un capitale in caso di:
- decesso dell'Assicurato, se seleziona **la tariffa 607**;
- decesso o invalidità totale e permanente dell'Assicurato, se seleziona la **tariffa 608**;

come specificato nelle Condizioni contrattuali della "Copertura in caso di decesso" e della "Copertura in caso di invalidità totale e permanente" di seguito riportare.

Helvetia Tutela Exclusiva presuppone:
- un unico **Contraente** (l'Azienda) ed un unico accordo quadro (la Convenzione);
- che tale contratto garantisca tutte ed esclusivamente le persone dell'Azienda, intese come le persone facenti parte della medesima Azienda Contraente e richiamate all'interno del documento di **Polizza**, che costituiscono gli **Assicurati** della Convenzione. Le persone assicurabili sono sia Dipendenti sia Dirigenti in servizio effettivo, presenti all'atto della stipula della Convenzione, nonché coloro che in un prosieguo di tempo siano assunti dall'Azienda. Con specifico riferimento ai Dirigenti sono ammessi in qualità di Assicurati anche coloro i quali ottengano, in un secondo momento rispetto alla stipula della Convenzione, la qualifica di Dirigente presso l'Azienda Contraente stessa. A tal proposito si precisa che il prodotto è conforme a quanto previsto dal Contratto Collettivo Nazionale dei Dirigenti (C.C.N.L.) appartenenti alle Associazioni di Categoria;
- che i **Beneficiari** in caso di decesso o in caso di sopravvenuta invalidità totale e permanente di ciascun Assicurato siano i soggetti designati in Polizza.

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

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

La Convenzione si intende conclusa nel momento in cui vengono apposte sulla Polizza le firme della Società, del Contraente e di tutti gli Assicurati, ed il Contraente provvede contestualmente al pagamento del premio complessivo.
A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto, le prestazioni assicurate sono operanti dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza.
Con riferimento ai soggetti che vengano assunti o che ottengano la qualifica di Dirigenti successivamente al 31 Dicembre, le coperture avranno validità dalla data di assunzione o promozione.

Sia la copertura in caso di decesso sia quella in caso di invalidità totale e permanente si estinguono automaticamente alla data di risoluzione del rapporto di lavoro dell'Assicurato presso l'Azienda Contraente, con rimborso al Contraente del rateo di premio, così come disciplinato al successivo Art. 8 – Pagamento del premio e costi, punto Pagamento del premio.

Art. 3 – Prestazioni Assicurate

Helvetia Tutela Exclusiva è un'assicurazione collettiva mono-annuale, con rinnovo annuale, che prevede, per la durata della Convenzione, la copertura del rischio di solo decesso oppure del rischio di decesso o di invalidità totale e permanente per un gruppo di Assicurati.
Più precisamente, in fase di emissione della Convenzione il Contraente potrà scegliere tra la:
- **Tariffa 607:** che prevede la copertura, per tutti gli Assicurati della collettiva, in caso di decesso; o alternativamente;

- **Tariffa 608:** che prevede la copertura, per tutti gli Assicurati della collettiva, in caso di decesso o di invalidità totale e permanente.

! **Non è, invece, possibile selezionare la sola garanzia in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato. Resta inteso che la tariffa selezionata dal Contraente dovrà essere applicata a tutti gli Assicurati della collettiva.**

Nel caso si verifichi il decesso o l'invalidità totale e permanente di un Assicurato, la Società si impegna a liquidare, ai Beneficiari designati, un importo pari al capitale assicurato indicato in Polizza, così come riportato ai successivi Artt. 20 – Prestazioni Assicurate della copertura in caso di decesso e 22 – Prestazioni Assicurate della copertura in caso di invalidità totale e permanente.

La copertura in caso di decesso è valida qualunque possa esserne la causa, ad eccezione di quelle indicate all'Art. 21 – Delimitazioni ed esclusioni, senza limiti territoriali. La copertura in caso di invalidità totale e permanente è, invece, disciplinata dalle Condizioni contrattuali relative alla copertura in caso di invalidità totale e permanente.

! **Si precisa che, in relazione alla Tariffa 608, le prestazioni assicurate (caso decesso o invalidità totale e permanente) non potranno in alcun caso cumularsi tra loro pertanto, con riferimento a ciascun Assicurato, verrà liquidata alternativamente solo la prestazione inerente al primo dei due eventi che si verifica. Resta inteso che il decesso dell'Assicurato che si verifichi prima che venga riconosciuta l'invalidità – già precedentemente denunciata ad Helvetia Vita – equivale ad avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità.**

I capitali assicurati sono quelli comunicati dall'Azienda Contraente, stabiliti in base a criteri uniformi indipendenti dalla volontà dei singoli Assicurati. Sarà sempre possibile effettuare operazioni in ingresso o in uscita dalla Convenzione, nonché di aumento o diminuzione del capitale assicurato, così come disciplinato al successivo Art. 8 – Pagamento del premio e costi, punto Pagamento del premio, con effetto dalla data indicata all'interno della Polizza, purché successiva alla comunicazione stessa. Le richieste dovranno essere inviate per iscritto ad: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G. B. Cassinis 21 – 20139 Milano.

Art. 4 – Recesso

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 dalla data di conclusione del contratto stesso.

Il Contraente può recedere dalla Convenzione entro 30 giorni dalla conclusione della stessa, inviando 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), contenente gli elementi identificativi del contratto. Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dalla Convenzione con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.
La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, provvederà a rimborsare al Contraente il premio da questi corrisposto, al netto **delle spese di emissione del contratto quantificate forfettariamente in 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.**

Art. 5 –Modalità assuntive

In funzione dell'ammontare del capitale assicurato la Società prevede la sottoscrizione della "Dichiarazione di Buono stato di salute" resa dall'Assicurato o, alternativamente, la compilazione del "Questionario sullo Stile di vita" e la sottoposizione dell'Assicurato a visita medica nonché a specifici accertamenti sanitari.

Gli oneri degli accertamenti sanitari – laddove previsti – sono a carico del Contraente e la documentazione da produrre per l'assunzione è quella indicata nella tabella di seguito riportata.

CAPITALE ASSICURATO E DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE IN BASE AL CAPITALE	
CAPITALE ASSICURATO	**DOCUMENTAZIONE**
Fino a Euro 300.000,00	"Dichiarazione di Buono stato di salute"
Da Euro 300.000,01 a Euro 500.000,00	Questionario sullo "Stile di vita" Rapporto di visita medica Esame delle urine Esame completo del sangue
Da Euro 500.000,01 a Euro 1.000.000,00	Questionario sullo "Stile di vita" Rapporto di visita medica Esame delle urine Esame completo del sangue ECG a riposo PSA(per Assicurati maschi con età superiore a 50 anni)

- **Si precisa che, ai fini della determinazione del capitale assicurato, si deve considerare la somma dei capitali assicurati in capo allo stesso Assicurato con altre polizze aventi ad oggetto il rischio di decesso (temporanee, miste e vita intera), sottoscritte con la Società ed in vigore o in corso di emissione all'epoca dell'inserimento in Convenzione.**
- **Qualora l'Assicurato non possa sottoscrivere la Dichiarazione di Buono stato di salute sarà necessario compilare il Questionario sullo Stile di vita e, se richiesto dalla Società, anche il Rapporto di Visita Medica e sottoporsi ad eventuali accertamenti sanitari.**

Qualora gli esiti degli accertamenti sanitari di ogni Assicurato, necessari in base a quanto indicato nella tabella sopra riportata, risultassero tutti nella norma, la singola posizione assicurativa sarà assunta a rischio standard; **nel caso vi fossero risultati fuori norma (si precisa che non saranno considerate come risultati fuori norma le patologie oncologiche da cui l'Assicurato 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 Questionario/Rapporto di Visita Medica/accertamenti sanitari. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni), la posizione assicurativa potrà essere assunta dalla Società ed entrare in Convenzione limitando la portata della copertura offerta e/o disponendo l'applicazione di specifici sovrappremi.**

- **Il Contraente potrà rifiutare l'applicazione della limitazione e/o del sovrappremio, ed in tale caso il rischio non sarà accettato e l'Assicurato non entrerà in Convenzione. In ogni caso la Società può richiedere ulteriori accertamenti sanitari e/o documentazione o di rifiutare l'assunzione del rischio, qualora emergano criticità sullo stato di salute dell'Assicurato.**

All'atto dell'emissione della collettiva la Società si impegna a fornire al Contraente, in conseguenza delle informazioni ricevute dallo stesso, la Convenzione - Polizza contenente i dati relativi all'Accordo Quadro nonché il capitale assicurato, il premio ed i Beneficiari relativi a ciascun Assicurato.

Art. 6 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

- **È di fondamentale importanza che ogni Assicurato ed il Contraente rendano dichiarazioni veritiere, esatte e complete all'atto della stipula della Convenzione e che comunichino, ai fini di ogni rinnovo della Convenzione, le eventuali variazioni nel frattempo intervenute. In ragione di tali modifiche, la Società può richiedere documentazione integrativa atta a permettere il rinnovo della Convenzione stessa.**
- **Le dichiarazioni inesatte e le reticenze, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare le conseguenze previste dagli *Artt. 1892 e 1893 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.*

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

- **Trascorsi 6 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione, il contratto non è contestabile per le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o degli Assicurati, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o malafede. L'indicazione inesatta dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle prestazioni assicurate.**
- **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 della 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 di sottoscrizione, 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**.

Art. 7 – Limiti di Età

All'atto della sottoscrizione o nel corso della durata della Convenzione, possono essere inclusi nell'assicurazione tutti gli appartenenti al Gruppo aventi età **non inferiore a 18 anni in ingresso** e **non superiore a 70 anni alla scadenza**.
L'assicurazione **non è pertanto possibile per coloro i quali abbiano un'età assicurativa, al momento dell'ingresso o del rinnovo, superiore a 69 anni.**
L'età di ogni Assicurato deve intendersi l'età assicurativa (ad eccezione della sola età pari a 18 anni che viene considerata come età anagrafica, ossia effettivamente compiuta) e cioè: se dall'ultimo compleanno sono trascorsi meno di sei mesi o sei mesi esatti, l'età è quella compiuta; se invece sono trascorsi più di sei mesi, l'età 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. 8 – Pagamento del premio e costi

Pagamento del premio
Il premio per ogni Assicurato sarà determinato al 31 dicembre di ogni anno (per la copertura per l'anno solare successivo) con riferimento alla:
- **Tariffa 607**: in base ai tassi di premio contenuti nella Tabella A;
- **Tariffa 608**: in base ai tassi di premio contenuti nella Tabella B;

determinati in funzione dell'età assicurativa dell'Assicurato e dell'importo del relativo capitale assicurato e posti in calce alle presenti Condizioni contrattuali.

Nel caso in cui la durata iniziale sia inferiore ad 1 anno o nel caso di ingressi in assicurazione nel corso dell'anno, si stabiliranno ratei di premio ottenuti considerando l'età assicurativa dell'Assicurato alla data di effettivo ingresso in collettiva (e non al 31 dicembre) e riducendo il premio annuo in proporzione alla durata infrannuale della copertura.

Per le uscite in corso d'anno, non dipendenti da sinistro, verrà rimborsato al Contraente il rateo di premio relativo al periodo infrannuale di mancata esposizione al rischio, determinato mediante riduzione proporzionale a tale durata del premio corrisposto.

! **A tal proposito si segnala che il Contraente deve avvisare tempestivamente la Società in caso di risoluzione del rapporto di lavoro di un Assicurato compreso nella collettiva**. **In tal caso, infatti, le coperture assicurative cessano automaticamente in corrispondenza della data di risoluzione del rapporto di lavoro** e la Società restituisce al Contraente il rateo di premio relativo al periodo compreso tra la data di cessazione del rapporto di lavoro ed il 31 Dicembre immediatamente successivo.

! **Qualora il Contraente comunichi la risoluzione del rapporto di lavoro solo in coincidenza con il rinnovo annuale, la Società non rimborserà il rateo di premio in quanto la copertura è stata prestata per l'intero anno.**

Con riferimento agli Assicurati per i quali il Contraente richiederà in corso d'anno o in coincidenza con il rinnovo annuale un aumento del capitale assicurato verrà calcolato un ulteriore premio calcolato tenendo conto della parte incrementale del capitale assicurato – che il Contraente si impegna a versare contestualmente alla variazione del capitale stesso – e del periodo di tempo compreso tra la data di variazione dello stesso ed il 31 Dicembre immediatamente successivo.

! **In tale caso la Società può richiedere documentazione o accertamenti sanitari (in funzione della categoria risultante dal nuovo capitale assicurato), di accettare il rischio mediante applicazione di sovrappremi se dalla documentazione e/o dagli eventuali accertamenti sanitari presentati emergano aggravamenti del rischio che non potrebbero essere accettati a condizioni normali o di rifiutare il rischio.**

Qualora, invece, il capitale venga ridotto verrà rimborsato al Contraente il rateo di premio relativo al periodo compreso tra la data di variazione dello stesso ed il 31 Dicembre immediatamente successivo.

In caso di accertamento dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, relativamente al premio si rimanda a quanto previsto dall'Art. 33 – Sospensione del pagamento del premio delle Condizioni contrattuali relative alla copertura in caso di invalidità totale e permanente. Il premio complessivo deve essere pagato dal Contraente alla scadenza prestabilita contro quietanza emessa dalla Società presso l'Intermediario cui è assegnato il contratto. **Resta inteso che un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di premio.**

Il pagamento del premio complessivo può avvenire tramite:
- assegno 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 del premio 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 canali) o sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT27H0200809292V00960000004 e BIC UNCRITMM (per i contratti distribuiti da Broker):
- **per importi di premio complessivi superiori ad Euro 50.000** (inserendo come causale il numero di convenzione con la ragione sociale dell'Azienda 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. 50/2016 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 convenzione con la ragione sociale dell'Azienda Contraente, il codice CIG, l'eventuale CUP, il nome del prodotto).

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

Riferimenti a norme di legge

Decreto Legislativo 18 aprile 2016, n. 50
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.

Costi
Costi gravanti sul premio

Spese di emissione	25,00 Euro (trattenute solo in caso di recesso)
Caricamento in % del premio mono-annuale (fisso e indipendentemente dall'età e dal sesso dell'Assicurato, dalla durata contrattuale e dall'importo)*	20,00%

* Tale misura di costo è già ricompresa nei Tassi di premio allegati alle Condizioni contrattuali.

Le spese per visita medica e accertamenti sanitari, anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, sono a carico del Contraente ed il relativo costo non è quantificabile a priori, in quanto dipende dalle tariffe applicate dalla struttura medica liberamente scelta dal Contraente stesso.

Art. 9 – Beneficiari e Referente Terzo

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. Il Contraente designa, preferibilmente in forma nominativa, i Beneficiari 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 che, verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

Nel primo caso 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. 10– Cessione, pegno, vincolo, riscatto e prestiti

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.

Fermo restando quanto previsto dal Contratto Collettivo Nazionale dei Dirigenti appartenenti alle Associazioni di Categoria, il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. **Tali atti diventano efficaci solo quando la Società ne faccia annotazione sulla Polizza o emetta apposita appendice alla stessa.**

! **Nel caso di pegno o vincolo, eventuali liquidazioni necessiteranno l'assenso scritto del titolare del pegno o vincolo.**
! **Il contratto non prevede, invece, né la possibilità di riscatto né la possibilità di concedere prestiti.**

Art. 11 - Durata

La **Convenzione** ha una durata di **5 anni** e si rinnova automaticamente di volta in volta alla scadenza, per periodi di uguale durata, in mancanza di diversa volontà espressa da una delle Parti, in forma scritta, almeno 3 mesi prima della scadenza della stessa. La durata delle **coperture** è invece **annuale**, con rinnovo automatico al 31 Dicembre di ogni anno, ferma restando la durata della Convenzione di cui sopra.

Art. 12 – Modifiche alla Convezione

Modifiche alla Convenzione rese necessarie da fatti oggettivi, estranei alla volontà delle Parti, che dovessero intervenire in qualsiasi momento e che rendano parzialmente inapplicabili le condizioni concordate, saranno oggetto di una ulteriore negoziazione.
Resta inteso che eventuali modifiche alle presenti Condizioni, stabilite dai Competenti Organi di Controllo, saranno applicate alla Convenzione fin dalla sua prima ricorrenza annuale successiva alla data delle modifiche, salva diversa disposizione da parte dei suddetti Organi di Controllo.

Art. 13 – Dovere del Contraente

Per tutti i contratti in forma collettiva non può esserci alcun rapporto diretto tra gli Assicurati e la Società. In tal senso il Contraente e la Società assumono formale impegno.

! **Il Contraente pertanto – qualora gli Assicurati siano portatori di un interesse alla prestazione assicurata, in quanto i rispettivi aventi causa sono designati quali Beneficiari della Convenzione – si impegna a divulgare al proprio personale i termini della Convenzione ed a consegnare, ad ogni Assicurato, il Set informativo reso disponibile dalla Società, conservando dichiarazione degli Assicurati comprovante l'avvenuta consegna.**

Art. 14 – Rischio catastrofe

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più Assicurati a seguito di uno stesso evento accidentale, **fino ad un importo massimo complessivo pari a 10 volte il capitale medio assicurato nell'anno solare in corso al momento del sinistro. Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite dal sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.**

Art. 15 – Trasferimento di agenzia ed operazioni societarie straordinarie

Nei casi di cessazione dell' Intermediario o assegnazione di portafoglio ad un nuovo Intermediario o in caso di modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale, la Società renderà al Contraente, entro 10 giorni lavorativi dalla data di efficacia delle suddette operazioni, un'informativa di dettaglio.

In caso di trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso l'impresa che avrà acquisito il contratto fornirà al Contraente apposita informativa entro 10 giorni lavorativi dalla data di pubblicazione del provvedimento o dell'avviso dell'IVASS. In tal caso, la comunicazione scritta fornirà informazioni in merito alla nuova denominazione sociale ed alla sede dell'impresa che ha acquisito il contratto, al distributore cui viene assegnato il contratto e, qualora previsto, al diritto di recesso dei Contraenti, fermo restando quanto previsto al precedente Art. 11 – Durata.

Le suddette informazioni saranno, altresì, rese disponibili per un periodo di almeno sei mesi nella home page del sito internet dell'impresa che acquisisce il contratto. In caso di trasferimento di portafoglio, di fusione o scissione dello stesso inoltre anche l'impresa cedente, incorporata o scissa, rende disponibile per almeno sei mesi nella home page del proprio sito internet la notizia dell'operazione con l'inserimento di un link che rimanda alla home page del sito internet dell'impresa che ha acquisito il contratto.

! **Il Contraente è tenuto, a sua volta, a comunicare tali variazioni ad ogni Assicurato inserito nella Convenzione-Polizza.**

Art. 16 – Foro competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia in materia di contratti assicurativi è tenuto inizialmente ad attivare il **procedimento di mediazione** previsto dalla *Legge 09/08/2013, n. 98* e s.m.i. presso 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.

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

In ogni caso, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, è anche possibile esperire **il procedimento di negoziazione assistita** prevista ai sensi del *D. L. 132/14*, convertito con modifiche dalla *L. 162/14*, invitando l'altra parte a stipulare una convenzione di negoziazione tramite il proprio legale.

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

Tramite il sito della Società (www.helvetia.it – Reclami) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione delle suddette procedure.

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 – Tasse e imposte

Tasse e imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Art. 18 – Non pignorabilità e non sequestrabilità delle prestazioni assicurate

Ai sensi dell'*Art. 1923 del Codice Civile*, le somme dovute dalla Società in relazione dei 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. 19 – Informativa

La Società comunica al Contraente eventuali variazioni rilevanti, rispetto alle informazioni contenute nelle Condizioni contrattuali, intervenute per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.
La Società inoltre invia al Contraente, entro 60 giorni dalla chiusura di ogni anno solare, il *Documento unico di Rendicontazione* della propria posizione assicurativa.

Copertura in caso di decesso

Art. 20 – Prestazioni Assicurate

In base al presente contratto la Società si impegna ad erogare, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza della relativa posizione assicurativa, un importo, ai Beneficiari designati, pari al capitale assicurato indicato in Polizza.
Ai fini della documentazione da produrre per la liquidazione del capitale assicurato si rimanda al successivo Art. 35 – Pagamenti delle prestazioni.

! **In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della relativa posizione assicurativa inserita nella Polizza collettiva, questa si intenderà estinta ed il relativo premio acquisito dalla Società.**

Delimitazione ed esclusioni della copertura in caso di decesso

Art. 21 – Delimitazione ed 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 ed il Contraente abbiano reso dichiarazioni complete, corrette e veritiere, consentendo alla Società di valutare correttamente il rischio che si assume, le prestazioni assicurate relative al caso di decesso dell'Assicurato, di cui al precedente Art. 20 – Prestazioni Assicurate, sono garantite senza limiti territoriali, indipendentemente dai cambiamenti di professione dell'Assicurato e qualunque possa essere la causa del decesso, salvo quanto di seguito indicato.**

! **È escluso dalla garanzia il decesso causato da:**
- **dolo o colpa grave 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;**
- **suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data del primo ingresso in Convenzione;**
- **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;**
- **AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) o altra patologia ad essa collegata qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sette anni dall'inserimento in Convenzione. Tale esclusione potrà essere annullata qualora l'Assicurato si sottoponga, al momento dell'inserimento in Convenzione o successivamente, allo specifico test HIV ed il risultato dello stesso sia negativo.**

! **In tutti i casi sopra descritti, ad eccezione del caso di decesso dell'Assicurato causato da dolo del Contraente e/o dei Beneficiari, la Società si impegna a corrispondere, ai Beneficiari designati, 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 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.**

Copertura in caso di invalidità totale e permanente

Art. 22 – Prestazioni Assicurate

Nel caso in cui il manifestarsi di malattia o il verificarsi di un infortunio abbia comportato un'invalidità totale e permanente dell'Assicurato prima della scadenza della relativa posizione assicurativa, in base al presente contratto, la Società si impegna ad erogare un importo, ai Beneficiari designati, pari al capitale assicurato indicato in Convenzione-Polizza.

Ai fini della documentazione da produrre per la liquidazione del capitale assicurato si rimanda al successivo Art. 35 – Pagamenti delle prestazioni.

! **In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della relativa posizione assicurativa inserita nella Polizza collettiva, senza che si sia manifestata alcuna malattia o non si sia verificato alcun infortunio che abbia comportato un'invalidità totale e permanente non è prevista alcuna prestazione a carico della Società ed il premio resta acquisito dalla Società stessa.**

Art. 23 – Definizione di invalidità totale e permanente

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa (capacità lavorativa generica), indipendentemente da quella effettivamente svolta dall'Assicurato, sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66%.
L'invalidità totale e permanente deve essere stata causata, indipendentemente dalla volontà dell'Assicurato, da una malattia organica o da un infortunio che risultino oggettivamente accertabili.
Per la determinazione del grado di invalidità, resta inteso che la Società adotterà le percentuali riportate nella Tabella INAIL, di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche.

Art. 24 – Accertamento dell'invalidità totale permanente

A seguito del riconoscimento dell'invalidità totale e permanente, il Contraente o l'Assicurato possono richiedere la liquidazione del capitale assicurato relativo alla presente copertura.

L'accertamento dell'invalidità totale e permanente avviene in uno dei seguenti modi:

a) riconoscimento da parte dell'INPS della pensione di inabilità: ai sensi della presente copertura, l'invalidità totale e permanente si considera accertata;
b) primo riconoscimento da parte dell'INPS dell'assegno ordinario di invalidità totale e permanente e interruzione del rapporto di lavoro: ai sensi della presente copertura, l'invalidità totale e permanente si considera accertata;
c) primo riconoscimento da parte dell'INPS dell'assegno ordinario di invalidità totale e permanente e prosecuzione del rapporto di lavoro: si applica l'accertamento autonomo sulla base di quanto previsto al successivo Art. 25 – Accertamento autonomo dell'invalidità totale e permanente e seguenti;
d) riconoscimento da parte dell'INAIL: si applica l'accertamento autonomo sulla base di quanto previsto al successivo Art. 25 e seguenti;
e) riconoscimento da parte di altro ente previdenziale o da parte di un'Azienda Sanitaria Locale: si applica l'accertamento autonomo sulla base di quanto previsto al successivo Art. 25 – Accertamento autonomo dell'invalidità totale e permanente e seguenti;
f) ritardo nel riconoscimento dell'invalidità totale e permanente da parte dell'INPS, dell'INAIL, di altro ente previdenziale o di un'Azienda Sanitaria Locale: si applica l'accertamento autonomo sulla base di quanto previsto al successivo Art. 25 – Accertamento autonomo dell'invalidità totale e permanente e seguenti;
g) mancanza dei requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva rilevanti ai fini del riconoscimento dell'assegno ordinario di invalidità totale e permanente o della pensione di inabilità: si applica l'accertamento autonomo sulla base di quanto previsto al successivo Art. 25 – Accertamento autonomo dell'invalidità totale e permanente e seguenti.

Art. 25 – Accertamento autonomo dell'invalidità totale e permanente

Nei casi previsti all'Art. 24 – Accertamento dell'invalidità totale permanente, punti c), d), e), f) e g) la Società può procedere all'accertamento autonomo dell'invalidità totale e permanente. **Tale facoltà e irrevocabile.**
Una volta esercitata tale facoltà, resta esclusa qualsiasi rilevanza dell'esito dell'accertamento da parte dell'INPS, dell'INAIL, di un altro ente previdenziale o di un'Azienda Sanitaria Locale, sia esso conforme o meno all'esito della procedura di accertamento autonomo.

Art. 26 – Modalità di accertamento autonomo

La facoltà di procedere all'accertamento autonomo dell'invalidità totale e permanente deve essere manifestata a mezzo lettera raccomandata A/R da parte del Contraente o dell'Assicurato, trasmettendo contestualmente il certificato del medico curante redatto sul modulo speciale che la Società fornisce gratuitamente per il tramite dei propri Intermediari e l'eventuale ulteriore documentazione disponibile.

Art. 27 – Termini per l'accertamento autonomo dell'invalidità totale e permanente

Il Contraente o l'Assicurato dovranno inviare una lettera raccomandata A/R alla Società **entro 2 mesi**:

- dalla data di riconoscimento da parte dell'INPS, dell'INAIL, di un altro ente previdenziale o di un'Azienda Sanitaria Locale per i casi di cui ai punti a), b), c), d) ed e) dell'Art. 24 – Accertamento dell'invalidità totale e permanente;
- **trascorso un anno** dalla data di presentazione della domanda nel caso di cui al punto f) dell'Art. 24 – Accertamento dell'invalidità totale e permanente;
- **trascorsi due mesi** dal verificarsi dell'invalidità totale e permanente nel caso di cui al punto g) dell'Art. 24 – Accertamento dell'invalidità totale e permanente.

Art. 28 – Termini per l'accertamento della Società

La Società si impegna ad accertare l'invalidità totale e permanente **entro 90 giorni** dalla data di spedizione della lettera raccomandata di cui sopra, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.

Art. 29 – Definizione di invalidità totale e permanente ai fini dell'accertamento autonomo

Ai fini dell'accertamento autonomo dell'invalidità totale e permanente di cui agli Artt. 25 – Accertamento autonomo dell'invalidità totale e permanente, 26 – Modalità di accertamento autonomo e 27 – Termini per l'accertamento autonomo dell'invalidità totale e permanente, si considera invalido totale e permanente l'Assicurato che, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa, ovvero la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, sia ridotta in modo permanente a causa dell'infermità o difetto fisico o mentale, a meno di un terzo.

Art. 30 – Obblighi del Contraente e dell'Assicurato

Nel caso di avvio della procedura di accertamento autonomo dell'invalidità totale e permanente, a richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso d'invalidità totale e permanente, sono obbligati:

a) a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società per gli accertamenti dello stato di invalidità totale e permanente dell'Assicurato;

b) a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità totale e permanente.

! **La Società si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità totale e permanente con medici di sua fiducia.**

Art. 31 – Modalità di pagamento del capitale assicurato

Il pagamento del capitale assicurato verrà eseguito in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente.

Art. 32 – Arbitrato

Nel caso in cui, a seguito della procedura di accertamento autonomo dell'invalidità totale e permanente, la stessa non venga riconosciuta dalla Società, il Contraente o l'Assicurato possono, entro il termine di 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione, di promuovere con lettera raccomandata A/R indirizzata ad: Helvetia Vita S.p.A – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia), la decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente o dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle Parti. In caso di mancato accordo entro 20 giorni dalla richiesta di arbitrato la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale dove ha sede la Direzione della Società.
Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro il termine di 30 giorni, come amichevole compositore senza formalità di procedura.

Gli arbitri, ove lo credano, potranno esperire senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare od incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).
Ciascuna delle parti sopporta le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico. Le altre spese sono a carico della parte soccombente.

Art. 33 – Sospensione del pagamento del premio

Dalla data del timbro postale della lettera raccomandata (di cui al successivo Art. 35 – Pagamenti delle prestazioni) il Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento di invalidità totale e permanente; mentre la Società si impegna a mantenere in vigore le garanzie prestate.
Se l'invalidità totale e permanente è riconosciuta dalla Società o dal Collegio Arbitrale di cui al precedente Art. 32 – Arbitrato il pagamento del suddetto premio cessa definitivamente e la Società corrisponde le prestazioni assicurate, **diversamente il Contraente è tenuto a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia di invalidità totale e permanente aumentati degli interessi legali.**

Esclusioni della copertura in caso di invalidità totale e permanente

Art. 34 – Esclusioni

! **Viene esclusa la copertura dei casi di invalidità totale e permanente:**
- **che si verifichino dopo il 70° anno di età dell'Assicurato;**
- **causati da dolo o colpa grave del Contraente o dei Beneficiari;**
- **causati da partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **causati da partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;**
- **causati da tentato suicidio;**
- **causati da infezione da virus HIV o da altre patologie ad essa collegate;**
- **causati da infortunio verificatosi sia in volo che in terra in dipendenza di viaggi aerei compiuti sia come militare sia come civile, fatta eccezione per i viaggi compiuti in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su automobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati, condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche.**

! **In tutti i casi sopra descritti, ad eccezione del caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato causata da dolo del Contraente e/o dei Beneficiari, la Società si impegna a corrispondere, ai Beneficiari designati, il solo importo della riserva matematica calcolato al momento dell'invalidità totale e permanente, al posto del capitale assicurato. In caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato causata da dolo del Contraente e/o dei Beneficiari non è prevista la liquidazione di 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.**

Cosa fare per richiedere la liquidazione delle prestazioni

Art. 35 – Pagamenti delle prestazioni

Ogni richiesta di liquidazione dovrà essere consegnata all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il contratto, o inviata direttamente alla Società 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 sono:
- **in caso di decesso dell'Assicurato:**
  - denuncia, tramite lettera raccomandata A/R, 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*);
  - dati anagrafico fiscali degli aventi diritto e loro coordinate bancarie per le operazioni di accredito (nome, cognome, codice fiscale, Banca e coordinate bancarie – codice IBAN – di ciascun avente diritto). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale da ciascun avente diritto;
  - copia leggibile di un valido documento d'identità e del codice fiscale di ciascun avente diritto e del legale rappresentante dell'Azienda;
  - 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 emessa dall'ASL;
  - documentazione attestante la designazione dei Beneficiari, quale:
    - **in caso di designazione effettuata facendo riferimento alla qualità di eredi legittimi o testamentari,** atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio, al Sindaco (o un suo incaricato a ricoprire il ruolo di pubblico ufficiale) o presso il Tribunale, sul quale viene indicato:
      - se il Contraente ha lasciato o meno testamento (solo qualora il Contraente stesso coincida con l'Assicurato). In caso di esistenza di testamento, deve esserne inviata copia autenticata e l'atto di notorietà deve riportarne gli estremi precisando che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di agire;
      - quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire.
        Per capitali non superiori ad Euro 50.000,00, determinati anche considerando la somma delle prestazioni dovute dalla Società a fronte di più contratti aventi il medesimo Assicurato, potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;
    - **in caso di designazione effettuata con riferimento a un soggetto specificamente individuato:**
      - <u>se è presente un testamento:</u>

        - copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà;
        - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria piena responsabilità, quali sono i Beneficiari e che il Beneficiario ha effettuato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni relative al testamento o ai testamenti, che oltre ai Beneficiari menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e che nel testamento non sono presenti revoche o modifiche della designazione dei Beneficiari. Nella dichiarazione sostitutiva è necessario inoltre indicare quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
    - se non è presente un testamento:
        - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria piena responsabilità, che il Beneficiario ha effettuato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie, nonché l'indicazione di tutte le persone nominate come Beneficiari. Nella dichiarazione sostitutiva è necessario inoltre indicare quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
  - 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 relativa al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
  - visura camerale o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni;
  - in caso di polizza a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario;
  - relazione del medico curante redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Società ovvero, 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 disponibile) che riporti le circostanze dell'accaduto e – appena possibile – copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti in casi di decesso conseguente ad infortunio, omicidio o suicidio.
- **in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato:**
  - denuncia, tramite lettera raccomandata A/R, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificata l'invalidità totale e permanente;
  - copia leggibile di un valido documento d'identità e del codice fiscale di ciascun avente diritto e del legale rappresentante dell'Azienda;
  - consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto (*Reg. UE 679/2016*);
  - dati anagrafico fiscali degli aventi diritto e loro coordinate bancarie per le operazioni di accredito (nome, cognome, codice fiscale, Banca e coordinate bancarie – codice IBAN – di ciascun avente diritto). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale da ciascun avente diritto;
  - 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;
  - certificazione di Ente Pubblico sulle cause ed il grado di invalidità totale e permanente ed eventuali precedenti patologici. In caso di ritardo nel riconoscimento dell'invalidità totale e permanente da parte dell'INPS, dell'INAIL, di altro Ente Previdenziale o di una Azienda Sanitaria Locale, si applica l'accertamento autonomo, di cui all'Art. 25 e successivi delle Condizioni contrattuali relative alla copertura di invalidità totale e permanente;
  - relazione del medico curante redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Società ovvero, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
  - visura camerale o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni;
  - in caso di polizza a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario.

In caso di uscita dall'assicurazione di una testa assicurata o in caso di diminuzione del capitale assicurato che avvenga in corso dell'anno per causa non imputabile a sinistro, il Contraente può ottenere il rimborso del relativo rateo di premio inviando alla Società la seguente documentazione:

- richiesta rimborso del Contraente firmata dal Legale Rappresentante;
- copia della lettera di dimissioni/licenziamento dell'Assicurato;
- codice IBAN della Banca del Contraente.

! **La Società potrà chiedere ulteriore documentazione in specifiche ipotesi, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.**

! **Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente 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 11 del Regolamento IVASS n. 8/2015*, 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.**

Per quanto riguarda il pagamento della prestazione in caso di decesso dell'Assicurato, verificata la sussistenza dell'obbligo di 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 dalla data di ricevimento presso l'Intermediario interessato, se anteriore).

Decorso tale termine 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.

Per quanto riguarda il pagamento della prestazione in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro un termine di trenta giorni dalla data di accertamento dell'invalidità totale e permanente a condizione che la Società (o la l'Intermediario interessato) abbia ricevuto la richiesta completa di tutta la documentazione sopra indicata.
Decorso il termine dei trenta giorni 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 ha concordato l'accertamento dell'invalidità totale e permanente, a condizione che la Società (o l'Intermediario interessato) abbia ricevuto la richiesta completa di tutta la documentazione sopra indicata.

! Si ricorda che il *Codice Civile (articolo 2952)* dispone che **i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si estinguono dopo dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda** (prescrizione). Qualora i Beneficiari 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.

Modulistica

Edizione Febbraio 2024 - Mod C-FI-HE-0/RP

RICHIESTA DI PAGAMENTO Spedire a: Helvetia Vita S.p.A. - Gestione Operativa - Canali Tradizionali

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

Convenzione n.: _____-_____ **Helvetia Tutela Exclusiva (tariffe 607 – 608)**

Intermediario: _____ **Codice:**_____

Contraente: _____

Con la presente si chiede il pagamento della prestazione assicurata sulla Convenzione in oggetto per: barrare la casella relativa all'operazione richiesta)

❏ DECESSO DELL'ASSICURATO ❏ INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE DELL'ASSICURATO

Il pagamento è richiesto con la seguente modalità (barrare la casella prescelta):

❏ IBAN:_____ BIC:_____

❏Altro (Specificare) _____

Si allegano i documenti (necessari quelli per i quali, in base al tipo di operazione richiesta, è riportata nel prospetto la voce "SI", che deve essere barrata per ogni documento che viene allegato) di cui all'Art. 35 delle Condizioni contrattuali	**DECESSO***	**INVALIDITA'***
Certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice	SI	
Certificato medico attestante la causa del decesso o Scheda di Morte ISTAT emessa dall'ASL/Certificato Ente che certifica grado dell'invalidità	SI	SI
Copia leggibile del codice fiscale e di un valido documento d'identità degli aventi diritto e del legale rappresentante dell'azienda e consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto	SI	SI
Dati anagrafico fiscali degli aventi diritto (nome, cognome e codice fiscale di ciascun avente diritto)	SI	SI
In caso di aventi diritto minorenni o incapaci, copia autenticata del Decreto del Giudice Tutelare 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	SI	SI
Denuncia, tramite lettera raccomandata A/R, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato o l'invalidità totale e permanente	SI	SI
Atto notorio (ovvero dichiarazione sostituiva a norma di quanto previsto all'Art. 35 delle Condizioni contrattuali) per l'individuazione degli aventi diritto (da cui risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento) e/o copia del testamento dell'Assicurato	SI	
Relazione del medico curante dell'Assicurato circa le cause del decesso o la certificazione di Ente Pubblico sulle cause ed il grado di invalidità totale e permanente ed eventuali precedenti patologici	SI	SI
Copia integrale della cartella clinica relativa ad eventuali ricoveri dell'Assicurato presso Ospedali e/o Case di Cura	SI	SI
Copia integrale degli atti della Polizia Giudiziaria intervenuta se il decesso è connesso a causa violenta	SI	
Visura camerale o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni	SI	SI
In caso di polizza a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario	SI	SI

* 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 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 Firme degli aventi diritto

_____ _____

Firma dell'Intermediario (per autenticità delle firme degli aventi diritto Firme degli aventi diritto

---

Mod C-FI-HE-0/RV

RICHIESTA DI PAGAMENTO Spedire a: Helvetia Vita S.p.A. - Gestione Operativa - Canali Tradizionali

Convenzione n.: _____-_____ **Helvetia Tutela Exclusiva (tariffe 607 – 608)**

Intermediario: _____ **Codice:**_____

Contraente: _____

Con la presente si richiede la seguente variazione sulla convenzione in oggetto (barrare la casella relativa all'operazione richiesta)

❏ CAMBIAMENTO DI BENEFICIO: il sottoscritto Contraente dichiara di attribuire il beneficio ❏ in caso di decesso ❏in caso di invalidità totale e permanente della Convenzione in oggetto come segue:

_____

❏ ALTRO (Specificare): _____

_____ _____

Luogo e data Firma del Contraente

_____ _____

Firma dell'Intermediario Firma dell'eventuale Contraente

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 Convenzione/Polizza.

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016
(compilare in caso di richiesta di pagamento per decesso o invalidità Assicurato)

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.

Data	Firma di ogni Interessato
Data	Firma di ogni Interessato
Data	Firma di ogni Interessato
Data	Firma di ogni Interessato
Data	Firma di ogni Interessato

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

Tassi di premio

TABELLA A: TASSI DI PREMIO – TARIFFA 607 (copertura in caso di decesso)

PREMI PER 1.000 EURO DI CAPITALE ASSICURATO					
ETA'	**PREMIO**	**ETA'**	**PREMIO**	**ETA'**	**PREMIO**
18	0,44	**36**	0,72	**54**	3,65
19	0,49	**37**	0,78	**55**	4,06
20	0,53	**38**	0,84	**56**	4,51
21	0,56	**39**	0,92	**57**	5,04
22	0,57	**40**	0,99	**58**	5,35
23	0,58	**41**	1,07	**59**	5,84
24	0,58	**42**	1,15	**60**	6,44
25	0,59	**43**	1,25	**61**	7,21
26	0,60	**44**	1,37	**62**	7,96
27	0,61	**45**	1,50	**63**	9,01
28	0,61	**46**	1,63	**64**	9,82
29	0,62	**47**	1,80	**65**	10,69
30	0,61	**48**	1,97	**66**	11,62
31	0,61	**49**	2,17	**67**	12,46
32	0,61	**50**	2,40	**68**	13,56
33	0,62	**51**	2,65	**69**	14,94
34	0,65	**52**	2,91		
35	0,68	**53**	3,28		

TABELLA B: TASSI DI PREMIO – TARIFFA 608 (copertura in caso di decesso o invalidità totale e permanente)

PREMI PER 1.000 EURO DI CAPITALE ASSICURATO					
ETA'	**PREMIO**	**ETA'**	**PREMIO**	**ETA'**	**PREMIO**
18	0,61	**36**	1,09	**54**	5,85
19	0,66	**37**	1,17	**55**	6,59
20	0,69	**38**	1,27	**56**	7,40
21	0,72	**39**	1,37	**57**	8,32
22	0,73	**40**	1,46	**58**	9,05
23	0,75	**41**	1,57	**59**	9,99
24	0,74	**42**	1,67	**60**	11,07
25	0,75	**43**	1,81	**61**	12,33
26	0,78	**44**	1,98	**62**	13,60
27	0,80	**45**	2,17	**63**	14,81
28	0,83	**46**	2,37	**64**	15,75
29	0,85	**47**	2,63	**65**	17,29
30	0,86	**48**	2,91	**66**	19,21
31	0,88	**49**	3,25	**67**	21,19
32	0,91	**50**	3,65	**68**	23,60
33	0,93	**51**	4,07	**69**	26,48
34	0,97	**52**	4,56		
35	1,04	**53**	5,18		

Si segnala che, per determinare il premio dovuto è necessario moltiplicare il tasso riportato nella tabella, preso in corrispondenza dell'età computabile dell'Assicurato, per il capitale assicurato e quindi dividere il risultato così ottenuto per 1.000.

Glossario

Anno (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 viene emesso per modificare la disciplina del contratto e che costituisce parte integrante dello stesso.
Assicurato: persona dalla cui morte o sopravvivenza dipende l'obbligo per l'impresa di assicurazione di pagare un capitale o una rendita.
Beneficiario: persona alla quale deve essere corrisposta la prestazione da parte dell'impresa di assicurazione qualora si verifichi il rischio 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 dovuta al beneficiario in alternativa all'erogazione di una rendita vitalizia.
Caricamenti: rappresentano la parte del premio versato dal contraente che è destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della società.
Collettive: le assicurazioni collettive sono forme contrattuali utilizzate per assicurare una pluralità di persone.
Condizioni contrattuali: insieme delle clausole che disciplinano in via generale il contratto di assicurazione e possono essere integrate da condizioni speciali e particolari.
Contraente: soggetto che stipula il contratto di assicurazione con l'impresa di assicurazione e si obbliga a pagare il premio. Il contraente può non coincidere con l'assicurato. Le due figure coincidono quando il contraente assicura un interesse di cui è titolare (ad esempio, un bene di sua proprietà o la propria vita).
Contratto (di assicurazione): è il documento emesso dalla Società concernente le garanzie assicurative prestate e volto a disciplinare il rapporto giuridico tra le Parti.
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.
Decorrenza: data in cui diventano efficaci le garanzie previste dal contratto.
Detraibilità fiscale (del premio versato): misura del premio versato per il contratto di assicurazione che secondo la normativa vigente il contraente può portare in detrazione dalle imposte sui redditi.
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.
Documento Unico di Rendicontazione: riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione.
Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto è efficace.
Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dall'impresa di assicurazione.
Estratto conto annuale: riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione.
Età computabile (o assicurativa): età in anni interi determinata trascurando le frazioni d'anno fino a sei mesi ed arrotondando ad un anno intero le frazioni d'anno superiori a sei mesi.
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.
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.
Mese (mensile): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Persone politicamente esposte: ai sensi dell'art. 1 del d. Lgs. 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;
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;
d) Membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
e) Ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in stati esteri;
f) 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;
g) Direttore generale di asl e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
h) 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 (o contratto): documento comprovante l'esistenza ed il contenuto della convenzione (contratto di assicurazione). La polizza, sottoscritta da entrambe le parti, è emessa dall'assicuratore e consegnata al contraente.
Premio: il premio rappresenta il prezzo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'assicuratore. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della garanzia. I premi possono essere: unici, periodici (o anche detti annui), unici ricorrenti. Il premio, sia esso unico o periodico, può essere rateizzato (o frazionato).
Prodotti di investimento 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.
Questionario sullo stile di vita: è il documento che il contraente deve compilare prima della stipulazione di un'assicurazione sulla vita del tipo caso morte o del tipo misto. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stile di vita ed alle professioni/sport praticati dall'assicurato. Le informazioni fornite dal contraente servono alla società per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.
Quinquennio (quinquennale): periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo).
Recesso: diritto del contraente di recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione.
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.
Riscatto: in taluni tipi di assicurazioni sulla vita (polizza caso morte a vita intera; polizza caso vita con contro-assicurazione; polizza mista), è facoltà del contraente di recedere dal contratto, facendosi versare anticipatamente dall'assicuratore il valore di riduzione, calcolato sulla base di apposite clausole contrattuali.
Riserva matematica: principale riserva tecnica nelle assicurazioni sulla vita. Rappresenta il debito che l'impresa di assicurazione ha maturato nei confronti dei suoi assicurati. Essa è costituita dall'accantonamento di una quota dei premi di tariffa pagati dal contraente.
Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.
Semestrale: periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
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 Convenzione-Polizza in fac-simile.
Settimana (settimanale): periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.
Società: società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il contraente stipula la convenzione. Per questo contratto la Società è Helvetia Vita S.p.A..
Titolare effettivo: ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 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 titolati 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.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

FAC-SIMILE

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

Convenzione N.

HELVETIA TUTELA EXCLUSIVA

Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, collettivo di tipo mono-annuale per il caso di decesso (Tariffa)

La presente Convenzione è stata aggiornata al 19 Febbraio 2024, data dell'ultima revisione dei dati in essa inclusi.

Contraente:

Intermediario:

Copia per Cliente

FAC-SIMILE

Convenzione - Polizza

Informazioni per il Contraente

Mezzi di pagamento

Il pagamento del premio complessivo avviene all'atto della conclusione del contratto, presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite:

- assegno 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 complessivi superiori ad Euro 50.000 (inserendo come causale il numero di convenzione con la ragione sociale dell'Azienda 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. 50/2016 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 convenzione con la ragione sociale dell'Azienda Contraente, il codice CIG, l'eventuale CUP, il nome del prodotto).

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

Clausola di ripensamento

Il Contraente può recedere dalla presente Convenzione entro 30 giorni dalla conclusione della stessa, inviando 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) contenente gli elementi identificativi del contratto (numero di convenzione, ragione sociale del Contraente).
La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso, provvederà a rimborsare al Contraente il premio da questi corrisposto, al netto **delle spese di emissione del contratto quantificate forfettariamente in 25,00 Euro, 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.

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

Il presente documento incorpora sia la Convenzione N. , avente decorrenza e scadenza (rinnovabile tacitamente ogni 5 anni), sia la prima Polizza emessa nell'ambito della Convenzione stessa.

Contraente	P.IVA: Sede legale: Cap: Città: ( ) Nazione: Indirizzo di corrispondenza: Cap: Città: ( ) Nazione:
Delegato ad operare (Legale Rappresentante)	Data di nascita: Sesso: Luogo di nascita: Codice Fiscale: Residente in: Cap: Città: ( ) Nazione:
Forma assicurativa, Efficacia della polizza, Prestazioni	Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, collettivo di tipo mono-annuale per il caso di decesso (Tariffa) **Decorrenza della Polizza:** **Scadenza della Polizza:** rinnovabile automaticamente di anno in anno **Capitale assicurato complessivo in caso di decesso** (capitale assicurato complessivo, espresso in Euro, risultante dalla somma dei capitali relativi ai singoli Assicurati della presente Polizza)
Assicurati	**Numero Teste Assicurate** (relative alla presente Polizza)
Premio	**Premio Complessivo** (premio, complessivo, espresso in Euro, risultante dalla somma dei premi dovuti per la copertura assicurativa di ciascun Assicurato della presente Polizza)

Il premio afferente alla copertura caso morte è pari ad **Euro**

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

FAC-SIMILE

Il Contraente 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-HE-0 Ed. 06/2023, DIP Aggiuntivo Vita Mod. C-SI-HE-0 Ed. 06/2023 e Condizioni contrattuali comprensive di Glossario Mod. C-SI-HE-0 Ed. 02/2024 in formato cartaceo/tramite 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 a e 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)

_____

Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente:

- **dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le Condizioni contrattuali della Convenzione n. , nonché le clausole contenute nel presente documento di Polizza;**
- **dichiara di aver verificato, prima della sottoscrizione del contratto, l'esattezza delle dichiarazioni riportate in Polizza relativamente allo stato di salute e/o allo stile di vita degli Assicurati. Ai fini del rinnovo della Convenzione, si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente alla Società eventuali variazioni relative allo stato di salute e/o stile di vita degli Assicurati, riferitegli dagli Assicurati stessi o di cui è comunque venuto a conoscenza;**
- **prende atto che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti richieste per la conclusione del contratto, anche se fornite da terzi, possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- **è consapevole che, 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, sostenendone direttamente i costi, non quantificabili a priori, in quanto dipendono dalla tariffa applicata dalla struttura medica liberamente scelta dal Contraente.**

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. 50/2016 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 presente documento è composto da N. 14 pagine.

Helvetia Vita S.p.A.

Contraente (o Delegato)

_____

Il sottoscritto dichiara di aver preso conoscenza e di approvare specificamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, gli Artt. delle Condizioni contrattuali.

Contraente (o Delegato)

_____

FAC-SIMILE

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)
Dichiaro che il premio di perfezionamento di Euro è stato incassato in data salvo buon fine.

Incaricato alla riscossione
(da compilare/firmare sempre in tutte le sue parti)

Cognome e Nome _____
Qualifica _____
Codice Fiscale _____

Incaricato alla riscossione

_____

Intermediario
(se diverso dall'incaricato alla riscossione)

_____

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

Identificazione ai fini della normativa antiriciclaggio D.Lgs. 90/2017

Contraente

Sottogruppo Attività Economica:

Indirizzo di corrispondenza:

Luogo attività lavorativa diverso da sede legale:
Comune: Provincia: Nazione:
Cap: Indirizzo:

Origine dei fondi utilizzati per il pagamento dei premi relativi al contratto:
Reddito/Fatturato del Contraente:

Delegato

Documento di riconoscimento: Numero:

Rilasciato da: di:

Data rilascio: Data scadenza:

Il Delegato dichiara di persona politicamente esposta

Titolare effettivo

Il Delegato dichiara che i titolari effettivi del contratto risultano essere:

Ai fini della vigente normativa in materia di antiriciclaggio (D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), il Delegato sotto la propria responsabilità dichiara la veridicità delle affermazioni sopra riportate.

Contraente
(o Delegato)

FAC-SIMILE

QUESTIONARIO DI COERENZA

Di seguito è riportato il Questionario per la coerenza del contratto 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).*

FACSIMILE

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

Scheda dell' Assicurato - Testa N.

Assicurato

Data Nascita: **Età:** **Sesso:**
Luogo di nascita:
Codice fiscale: **Professione:**
Residenza:

Cittadinanza:
Persona politicamente esposta:
Il Contraente dichiara di **U.S. Person soggetta alla normativa FATCA**
Documento di riconoscimento: **Numero:**
Ente e luogo di rilascio:
Data rilascio: **Data scadenza:**

Prestazione ed Efficacia della Polizza

Capitale assicurato complessivo in caso di decesso **Euro**
Decorrenza della polizza:
Scadenza della polizza: rinnovabile automaticamente di anno in anno

Premio

Premio **Euro**

Beneficiari

In caso di decesso dell'Assicurato

1) %
Data di nascita: Cod.Fisc:
Indirizzo di recapito:
Cap.: Città: Prov.: Nazione:
Tel.:

In mancanza di:

Data di nascita: Cod.Fisc:
Indirizzo di recapito:
Cap.: Città: Prov.: Nazione:
Tel.:

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)*

Cod.Fisc:
Indirizzo di recapito:
Cap.: Città: Prov.: Na
Tel.:

FAC-SIMILE

Dichiarazioni dell'Assicurato

L'Assicurato:

- esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, anche ai fini dei rinnovi annuali della copertura assicurativa nell'ambito della Convenzione N. ;
- è consapevole che, ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Società, le dichiarazioni relative al proprio stato di salute e/o stile di vita (riportate sul retro) e i dati di ordine sanitario 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 di cui sopra, assumendosi ogni responsabilità in merito alle stesse, anche se le risposte sono state scritte da altri;
- ai fini del rinnovo della Convenzione N. , si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente eventuali variazioni del proprio stato di salute e/o stile di vita, intervenute successivamente alla presente stipula, prendendo atto che l'omessa comunicazione delle suddette variazioni eventualmente intervenute può compromettere il diritto alla prestazione. Resta inteso che in assenza di variazioni del proprio stato di salute e/o stile di vita, si ritengono automaticamente rinnovate le dichiarazioni espresse all'atto della prima sottoscrizione della Polizza;
- libera dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni si è ricorso o si 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.

L'Assicurato inoltre prende atto che:

- **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti del soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, o dei successivi rinnovi, possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- **prima della sottoscrizione del contratto, o dei successivi rinnovi l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni relative al proprio stato di salute e/o stile di vita (riportate sul retro) o dei risultati ottenuti a seguito degli accertamenti sanitari eventualmente effettuati**;
- **anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, sostenendone direttamente i costi, non quantificabili a priori, in quanto dipendono dalla tariffa applicata dalla struttura medica liberamente scelta da ciascun Assicurato.**

Assicurato: ➡ _____

FAC-SIMILE

Stile di vita e Profilo sanitario dell'Assicurato

Dichiarazione di buono stato di salute dell'Assicurato

1) L'Assicurato dichiara di trovarsi in buono stato di salute ed in particolare di non soffrire o non aver mai sofferto di malattie gravi, o comunque significative, tali da poter accrescere il rischio di decesso o di invalidità totale e permanente? Per malattie gravi o comunque significative si intende a titolo puramente esemplificativo:

   a) Malattie del cuore o del sistema circolatorio: infarto, valvulopatie, arteriopatie;
   b) Malattie dell'apparato respiratorio: asma, allergia, bronchite, enfisema, pleurite, TBC, disturbi respiratori, malattie ai polmoni;
   c) Malattie dell'apparato digerente, del fegato o del pancreas: gastroduodenite, ulcera gastroduodenale, colite emorragica, epatite virale, cirrosi epatica;
   d) Malattie dell'apparato osteo-articolare: artriti, artrosi;
   e) Malattie dell'apparato urogenitale: ai reni, alla vescica, nefriti, calcolosi;
   f) Malattie del sistema endocrino o metabolico: alterazioni tiroidee e surrenali;
   g) Malattie del sistema nervoso o della psiche: epilessia, nevrosi, paralisi;
   h) Malattie del sangue: anemia, leucemia;
   i) Cancro o altri tumori maligni *(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 della presente Dichiarazione. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni)*.

2) L'Assicurato dichiara di non percepire una pensione di invalidità, oppure una pensione per incapacità permanente, oppure di non ricevere un anticipo di pensione per ragioni di salute?

Stile di vita dell'Assicurato

1. L'Assicurato fa uso o ha fatto uso, anche saltuariamente, di tabacco (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro)?

2. L'Assicurato assume abitualmente bevande alcoliche?

3. L'Assicurato fa uso di sostanze stupefacenti e droghe?

4. L'Assicurato effettua viaggi, anche saltuariamente, in paesi pericolosi per il clima o situazioni politico-militari?

5. L'Assicurato pratica una delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che, anche occasionalmente, entri in contatto con prodotti e/o sostanze pericolose (esplodenti, corrosive, infiammabili, tossiche, nocive); operatore di qualunque settore merceologico che, anche occasionalmente, risulti esposto a radiazioni di qualunque genere; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; addetto delle forze armate, se impiegato in missioni all'estero?

6. L'Assicurato pratica 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, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere?

FAC-SIMILE

FAC SIMILE

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

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