POLIZZA INFORTUNI E MALATTIA

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

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

Prodotto: **Helvetia Zero Imprevisti**

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza "Helvetia Zero Imprevisti" è la soluzione assicurativa studiata per proteggerti dalle conseguenze di Infortuni e Malattie. Offre una gamma di garanzie, abbinabili a tua scelta, che ti consentono di costruire una copertura personalizzata.

Che cosa è assicurato?

La polizza ti tutela dagli "Infortuni", in tutti gli ambiti della tua vita, sia durante l'attività lavorativa (copertura professionale) che durante il tuo tempo libero (copertura extraprofessionale) e in particolari casi può essere limitata solo all'attività lavorativa o extra-lavorativa.
Nell'ambito delle attività svolte nel tempo libero sono comprese anche alcune attività sportive.

Le garanzie assicurative acquistabili nella **Sezione Infortuni** sono:

- ✓ Invalidità permanente da infortunio: indennizzo calcolato in proporzione al grado di invalidità permanente totale o parziale accertato dalla Compagnia secondo criteri predeterminati dalla stessa.
- ✓ Morte da infortunio: corresponsione agli eredi o ai beneficiari designati in polizza, di un importo pari alla somma assicurata.
- ✓ Inabilità temporanea: corresponsione della diaria assicurata per ogni giorno di perdita della capacità di svolgere, in tutto o in parte, l'attività professionale dichiarata (garanzia valida soltanto per lavoratori autonomi).
- ✓ Spese di cura da infortunio: il rimborso delle spese sostenute fino al limite della somma assicurata indicata in polizza. Le principali spese rimborsabili sono:
  - esami e accertamenti diagnostici, onorari dei medici, diritti di sala operatoria, medicinali,
  - trattamenti fisioterapici e rieducativi, rette di degenza e spese di trasferimento.
- ✓ Diaria da ricovero da infortunio: la corresponsione della diaria assicurata per ciascun giorno di degenza e per massimo 365 giorni.
- ✓ Diaria da convalescenza post ricovero da infortunio: viene corrisposta una diaria per il periodo di convalescenza successivo al ricovero per una durata massima di 15 giorni.
- ✓ Diaria per immobilizzazione con apparecchio gessato: viene corrisposto un importo per ogni giorno di immobilizzazione con apparecchio gessato e per la durata massima di 100 giorni.

È possibile, con il pagamento di un premio aggiuntivo, estendere la copertura anche ad altri eventi garantiti quali le attività sportive "a basso rischio" e quelle "ad alto rischio".

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

Che cosa non è assicurato?

- ✘ Persone che, nel corso di validità del contratto, superino:
  - 80 anni per le tutte garanzie della sezione Infortuni,
  - 75 anni per l'assicurazione Diaria da ricovero da Malattia e per l'assicurazione Grandi Interventi Chirurgici,
  - 65 anni per l'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia.
- ✘ Le conseguenze di malattie e/o infortuni che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriori alla stipula del contratto (sono assicurabili con patto speciale purché dichiarate in polizza ed espressamente comprese dalla Compagnia).
- ✘ Le persone affette dalle seguenti patologie: alcoolismo e/o dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), sieropositività H.I.V.
- ✘ Per quanto riguarda la garanzia Infortuni: le conseguenze (quali morte, invalidità permanente, etc.) di malattie o di eventi non qualificabili come fortuiti, violenti ed esterni.
- ✘ Per quanto riguarda la garanzia Malattia: non è mai assicurata la morte come conseguenza di malattia; inoltre, per la sola assicurazione Invalidità Permanente da Malattia, non sono assicurate le conseguenze di infortunio.

Ci sono limiti di copertura?

Non sono coperte le conseguenze derivanti da ebrezza alcolica (solo alla guida di veicoli) ubriachezza, uso e abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi, uso di stupefacenti, di allucinogeni e simili.

Sono esclusi gli infortuni causati da:

- ! guida di veicoli senza la relativa abilitazione in base alle disposizioni di Legge o in caso di patente scaduta;
- ! guida di mezzi di locomozione aerea, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! partecipazione, sia come conducente che come passeggero, a corse automobilistiche o motociclistiche e relative prove ed allenamenti;
- ! delitti dolosi compiuti o tentati, compreso il suicidio;
- ! operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Le garanzie, sia Infortuni che Malattia, possono presentare franchigie, scoperti e limiti di indennizzo specifici.

Le singole garanzie possono presentare limiti di copertura diversi a seconda delle opzioni contrattuali prescelte.

Che cosa è assicurato?

Le garanzie assicurative acquistabili nella **Sezione Malattia** sono:

- ✓ Diaria da ricovero da malattia: corresponsione della diaria assicurata per ciascun giorno di degenza e per massimo 365 giorni;
- ✓ Grandi interventi chirurgici: rimborso delle spese sostenute in caso di intervento chirurgico reso necessario da infortunio o malattia;
- ✓ Invalidità permanente da malattia corresponsione di un indennizzo, se la malattia ha come conseguenza un'invalidità permanente totale o parziale della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Relativamente alla Diaria da ricovero da malattia, con il pagamento di un premio aggiuntivo, è possibile acquistare l'estensione alla convalescenza post ricovero per un massimo di 20 giorni.

Infine, la **Sezione Assistenza** prevede:

- ✓ Prestazioni di servizio erogate da Europ Assistance S.p.A. 24 ore su 24 per i soli casi di emergenza (anche con consulto telefonico). Non sono assicurate le prestazioni erogate in situazioni in cui non vi sia un'emergenza in corso.

Ci sono limiti di copertura?

Relativamente alla sezione malattia, sono esclusi i ricoveri e/o le spese:

- ! non strettamente connesse alla malattia, o quelle che sono affrontate dall'Assicurato in casi in cui non vi è alterazione vera e propria del suo stato di salute, come nei casi di prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica;
- ! per le cure odontoiatriche e le prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- ! in caso di ubriachezza, uso e abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi, uso di stupefacenti, di allucinogeni e simili;
- ! resi necessari da misure d carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento, degenze in case di riposo, di convalescenza, cure termali.

Inoltre sono previsti dei tempi di carenza contrattuale, ossia dei periodi durante i quali la copertura non opera, quali per le garanzie diaria da ricovero e grandi interventi chirurgici: 30 giorni per le malattie, 180 giorni per le malattie preesistenti sconosciute o non dichiarate, 365 giorni per il parto, naturale e/o cesareo, l'aborto non volontario e malattie dipendenti da gravidanza o puerperio. Per la garanzia invalidità permanente da malattia il periodo di carenza è fissato in 90 giorni.

Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale nel mondo intero.

Che obblighi ho?

Hai il dovere di:

- compilare il Questionario anamnestico, in caso di acquisto di una garanzia della Sezione Malattia, per permettere alla Compagnia di effettuare una corretta valutazione sulle circostanze che possono influire il rischio;
- fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare;
- comunicare preventivamente, se per lo stesso rischio, hai già in corso altre polizze assicurative;
- comunicare alla Compagnia, con lettera raccomandata, eventuali cambiamenti che possono comportare un aggravamento di rischio (solo per la sezione infortuni).

Dichiarazioni non vere o la mancata comunicazione di aggravamento di rischio (solo per la sezione infortuni) possono comportare la cessazione della copertura assicurativa nonché il rifiuto al pagamento dell'indennizzo.

In caso di sinistro devi:

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

Quando e come devo pagare?

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

Puoi pagare tramite:

- bonifico bancario;
- assegno non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bollettino postale;
- contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente;
- sistemi di pagamento elettronico.

Il premio di polizza corrisposto comprende le imposte previste dalla normativa vigente.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione inizia alle ore 24.00 del giorno indicato in polizza - fermi i periodi di carenza indicati nella sezione «Ci sono limitazioni alla copertura?» - se il premio è stato pagato, e termina alle ore 24.00 del giorno indicato in polizza come data di scadenza.

Se i premi non sono stati pagati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Come posso disdire la polizza?

Puoi inviare una lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale del contratto.

In caso di polizza poliennale con durata superiore a 5 anni, ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, puoi recedere dal contratto solamente se già trascorso il quinquennio.

Il recesso è inoltre possibile a seguito di sinistro fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dello stesso.

Se eserciti il diritto di recesso per sinistro, la Compagnia provvederà a rimborsarti - al netto delle imposte - la quota di premio pagato e non goduto per il periodo compreso tra il giorno di invio della raccomandata A.R. di recesso e la scadenza annuale del contratto.

Assicurazione infortuni e malattia

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni

(DIP aggiuntivo Danni)

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

Helvetia Zero Imprevisti

Data ultimo aggiornamento: 01 Luglio 2020
Il presente DIP Aggiuntivo è l'ultima versione disponibile

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

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

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

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

Autorità di Vigilanza competente: IVASS.

Il patrimonio netto della Compagnia, all'ultimo bilancio approvato, è pari ad Euro 180.658.387 di cui Euro 79.993.441 costituiscono la parte relativa al fondo di dotazione ed Euro 85.586.587 si riferiscono alle riserve patrimoniali.

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

Per ulteriori informazioni è possibile prendere visione di tali dati consultando la Relazione Annuale per il 2019 disponibili all'indirizzo:https://www.helvetia.com/content/dam/os/corporate/web/documents/investor-relations/financial-condition-report/2019/presentation-fcr-2019.pdf

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

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

La polizza prevede le seguenti garanzie:

SEZIONE INFORTUNI

Oltre a quanto indicato nel DIP, sono compresi gli infortuni subiti:

- in qualità di passeggero su mezzi di trasporto terrestre e di superficie acquea;
- in conseguenza di malore o in stato di incoscienza non dovuti a condizioni patologiche;
- a causa di imperizia, imprudenza, negligenza, anche gravi;
- per asfissia non di origine morbosa, per annegamento, assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, folgorazione, avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- a causa di morsicature di animali, punture di insetti o aracnidi, con esclusione della malaria, delle malattie tropicali e delle affezioni (intendendosi per tali qualsiasi condizione morbosa o patologica che colpisca un individuo) e di cui gli insetti siano portatori necessari, nonché le conseguenze della puntura di zecca;
- da ustioni provocate da animali o vegetali.

Oltre a quanto sopra descritto, si riportano di seguito altre coperture valevoli per tutte le combinazioni di rischio assicurato:

- **ernie traumatiche o da sforzo** (se operante la garanzia invalidità permanente da infortunio): l'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, alle ernie traumatiche o da sforzo;
- **rotture tendinee sottocutanee** (se operante la garanzia invalidità permanente da infortunio): sono considerati infortuni anche gli esiti di rotture tendinee sottocutanee di: tendine di Achille (trattata chirurgicamente e non); tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale); tendine dell'estensore del pollice; tendine del quadricipite femorale; cuffia dei rotatori;
- **attività sportive** (purché praticate in base alle norme di legge e/o da disposizioni regionali): l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione della pratica di attività sportive non rischiose, anche se svolte sotto l'egida di federazioni od associazioni sportive;
- **rischio volo**: la garanzia vale per gli infortuni che subisca l'Assicurato in qualità di: passeggero durante i viaggi aerei effettuati su velivoli o elicotteri di trasporto pubblico, da chiunque eserciti, condotti da piloti professionisti; passeggero durante i viaggi aerei effettuati su velivoli plurimotori di ditte o privati condotti da piloti professionisti con esclusione delle trasvolate oceaniche. Limitatamente a questa estensione, la garanzia assicurativa è prestata solo per il caso di Morte e Invalidità permanente se prestate in polizza, con esclusione di qualsiasi altra garanzia eventualmente pattuita;
- **rischio guerra e terrorismo**: la garanzia vale per gli infortuni causato o determinati da: aggressioni e/o atti violenti avvenuti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva; guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.
- **calamità naturali**: la garanzia comprende gli infortuni conseguenti a eventi sismici, maremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni ed alluvioni che colpissero l'Assicurato al di fuori della regione ove si trova il comune dove egli ha la sua residenza o abituale dimora.

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

✓ **Morte da infortunio**

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente da infortunio. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Compagnia corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente. La garanzia opera purché il decesso si verifichi entro 2 anni dall'infortunio, anche successivamente alla scadenza della polizza.

Morte presunta. Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e la Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarata la morte presunta, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Compagnia ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

✓ **Invalidità permanente**

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio denunciato ed in rapporto causale.

Se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità permanente definitiva totale, la Compagnia corrisponde l'intera somma assicurata.

Se l'infortunio ha come conseguenza un'Invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo per Invalidità permanente viene calcolato sulla somma assicurata (ferma l'applicazione delle franchigie previste in polizza), in proporzione al grado di Invalidità accertato.
Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva, non determinabile sulla base dei valori specificati nella "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente" (ex tabella INAIL, all. n.1 DPR 30 giugno 1965 n.1124) si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali della tabella sopra menzionata, sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori e dei criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopraindicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dello Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.
La garanzia invalidità permanente da infortunio, in assenza di diverse indicazioni, è prestata con l'applicazione della franchigia modulata al 3%, ovvero, la Compagnia non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 3% della totale, mentre liquida la differenza tra l'invalidità permanente accertata e la franchigia stessa fino ad un grado di invalidità del 9%. Per invalidità permanenti comprese tra il 10% e il 30% l'invalidità permanente liquidata corrisponde a quella accertata, mentre per invalidità accertate superiori al 30% l'invalidità liquidata è superiore a quella accertata; a partire da un'invalidità permanente pari o superiori al 65%, è liquidata l'intera somma assicurata.

✓ **Inabilità temporanea**

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennizzo è cumulabile con quello dovuto per i casi di morte, invalidità permanente, spese di cura da infortunio, diaria da ricovero da infortunio, diaria da immobilizzazione con apparecchio gessato e diaria da convalescenza post ricovero da infortuni.

✓ **Spese di cura da infortunio**

La Compagnia rimborsa - sino alla concorrenza della somma assicurata indicata in polizza - le spese rese necessarie da un evento indennizzabile come infortunio e sostenute per le prestazioni e con i limiti di seguito specificati, validi per persona e per anno assicurativo.

A. Prestazioni sanitarie in caso di ricovero, Day Hospital, Day Surgery in Istituto di cura:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto medico o paramedico partecipante all'intervento chirurgico, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, endoprotesi ed apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati durante il ricovero o l'intervento chirurgico effettuato in ambulatorio;
- trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario all'Istituto di Cura.

In caso di ricovero in Day Hospital la Compagnia provvede al rimborso delle spese sopra indicate con le seguenti modalità:

- dal 1° giorno di degenza, senza pernottamento, in caso di ricovero in Day Hospital presso un Istituto di cura pubblico;
- degenza minima di 2 giorni consentivi, senza pernottamento, in caso di Day Hospital presso un Istituto di cura privato.

B. Prestazioni sanitarie successive al ricovero, al Day Hospital e all'intervento chirurgico senza ricovero o successive all'infortunio che non abbia determinato ricovero o intervento chirurgico:

- visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici effettuati nei 180 giorni successivi all'infortunio (purché corredato da referto di Pronto Soccorso attestante l'infortunio subito), al ricovero, al Day Hospital o all'intervento chirurgico senza ricovero, prescritti dal medico curante o dal medico specialista che ha in cura l'Assicurato;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi (escluse cure termali e similari nonché acquisto, manutenzione, riparazione e noleggio di apparecchi protesici e terapeutici), prescritti dal medico curante o dal medico specialista che ha in cura l'Assicurato, effettuati e fatturati entro i 6 mesi dal giorno dell'infortunio (purché corredato da referto di Pronto Soccorso attestante l'infortunio subito) o dal giorno della dimissione del ricovero o dell'intervento chirurgico senza ricovero.

C. Cure odontoiatriche:

- sono comprese le cure odontoiatriche e le protesi dentarie rese necessarie da infortunio comprovato da referto della prestazione effettuata presso Pronto Soccorso pubblico.

✓ **Diaria da ricovero da infortunio**

La Compagnia corrisponde la diaria pattuita nella scheda di polizza a seguito di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, conseguente a infortunio indennizzabile a termini di polizza, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 365 giorni, compreso anche il caso di ricovero in Day Hospital e Day Surgery.

✓ **Diaria da convalescenza post ricovero da infortunio**

In caso di ricovero, reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia corrisponde la diaria pattuita nella scheda di polizza per il periodo di convalescenza successivo al ricovero, compreso il ricovero avvenuto in Day Hospital e Day Surgery, purché il periodo di convalescenza venga prescritto dal medico curante dell'Assicurato, per una durata massima di 15 giorni per evento e per anno assicurativo.

✓ **Diaria per immobilizzazione con apparecchio gessato**

La Compagnia corrisponde la diaria pattuita nella scheda di polizza per il periodo di immobilizzazione con apparecchio gessato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza dal giorno successivo all'applicazione dello stesso, per una durata massima di 100 giorni per evento e per anno assicurativo. In caso di frattura accertata di:

- almeno 3 coste;
- vertebre;
- ossa del bacino

che prevedano un periodo di immobilizzazione senza l'applicazione di un apparecchio gessato, la Compagnia corrisponde la diaria giornaliera pattuita per il periodo di riposo a letto prescritto dal medico curante fino ad un massimo di 30 giorni per evento e per anno assicurativo e comunque su presentazione di referto di Pronto Soccorso e/o referto radiologico.

Se pattuita nella scheda di polizza anche la Diaria da ricovero da infortunio, la diaria per immobilizzazione verrà corrisposta a partire dal giorno successivo le dimissioni dell'assicurato dall'Istituto di cura.

La diaria per immobilizzazione con apparecchio gessato non si cumula con la diaria da convalescenza post ricovero da infortunio se pattuita in polizza, mentre si cumula con la garanzia di Inabilità temporanea se pattuita in polizza.

✓ **Altre garanzie prestate**

Oltre alle prestazioni di cui sopra, se è stata riconosciuta un'invalidità permanente da infortunio, sono operanti anche le seguenti estensioni:

- **danno estetico**: qualora l'infortunio abbia come conseguenza lesioni al viso che determinino deturpazioni o sfregi permanenti vengono rimborsate le spese per ridurre il danno estetico;
- **rimborso spese di adeguamento abitazione per invalidità permanente grave**: qualora l'infortunio, indennizzabile ai termini di polizza, comporti una invalidità permanente pari o superiore al 66% e l'abitazione dell'Assicurato necessiti di adeguamenti finalizzati al superamento delle barriere architettoniche;
- **rimborso spese per adeguamento autovetture**: qualora l'infortunio, indennizzabile ai termini di polizza, comporti una invalidità permanente pari o superiore al 66% e l'autovettura dell'Assicurato o di un suo familiare convivente necessiti di interventi di adeguamento e/o personalizzazione in riferimento alla disabilità riportata;
- **perdita anno scolastico**: qualora, in conseguenza di infortuni, l'alunno Assicurato, di età inferiore ai 20 (venti) anni, abbia riportato lesioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico, è riconosciuto un indennizzo.

SEZIONE MALATTIA

La Sezione prevede le seguenti garanzie:

✓ **Diaria da ricovero malattia**

La Compagnia corrisponde la diaria pattuita in polizza a seguito di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, conseguente a malattia, parto naturale o con taglio cesareo e aborto terapeutico, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 365 giorni, compreso anche il ricovero avvenuto in Day Surgery.

La diaria viene corrisposta anche in caso di ricovero in Day Hospital, ma per una durata massima di 100 per evento e per anno assicurativo.

✓ **Grandi interventi chirurgici**

L'assicurazione è prestata per il rimborso delle spese sostenute a seguito di ricovero in Istituto di cura per uno o più interventi chirurgici rientranti nell'Elenco grandi interventi chirurgici, resi necessari da malattia od infortunio.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso sarà effettuato per spese o eccedenze di spese sostenute in proprio.

In alternativa al rimborso delle spese sostenute, comprese le spese effettuate prima e dopo il ricovero, l'Assicurato può chiedere il pagamento di una diaria sostitutiva per ogni giorno di ricovero e fino ad un massimo di 90 giorni per anno assicurativo.
La garanzia prevede inoltre il pagamento delle spese sostenute prima, durante e dopo il ricovero purché attinenti alla malattia o all'infortunio cha ha reso necessario il ricovero stesso.

✓ **Invalidità permanente da malattia**
L'Assicurazione è prestata per il caso di Invalidità Permanente conseguente a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto della polizza e comunque non oltre la data della cessazione dell'Assicurazione.

✓ **ASSISTENZA**

GARANZIE PRESTATE
La Compagnia, avvalendosi della Struttura Organizzativa di Europ Assistance S.p.A. eroga le seguenti prestazioni assicurative:

PRESTAZIONI FORNITE 24 ORE SU 24 OVUNQUE SI TROVI L'ASSICURATO
- Consulenza medica
- Invio di un medico generico in casi d'urgenza in Italia
- Invio di un infermiere al domicilio
- Invio di un fisioterapista al domicilio
- Trasporto in autoambulanza in Italia
- Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni
- Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
- Rientro dal centro ospedaliero attrezzato
- Informazioni sanitarie specialistiche
- Medical Advice Program

PRESTAZIONI FORNITE 24 ORE SU 24 QUANDO L'ASSICURATO SI TROVI AD OLTRE 50 KM DAL SUO COMUNE DI RESIDENZA
- Interprete a disposizione all'estero.
- Invio di medicinali urgenti
- Anticipo spese mediche
- Rientro sanitario
- Rientro con un familiare
- Viaggio di un familiare
- Rientro anticipato
- Accompagnamento minori
- Autista a disposizione
- Rientro salma

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Franchigia modulata Invalidità permanente al 5%	La somma assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio è soggetta ad una franchigia del 5%; pertanto la Compagnia non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente è di grado superiore al 5%, liquida la differenza tra l'invalidità permanente accertata e la franchigia stessa fino ad un grado di invalidità del 14%. Per invalidità permanenti comprese tra il 15% e il 30% l'invalidità permanente liquidata corrisponde a quella accertata, mentre per invalidità accertate superiori al 30% l'invalidità liquidata è superiore a quella accertata; a partire da un'invalidità permanente pari o superiori al 65%, è liquidata l'intera somma assicurata.
Franchigia Invalidità permanente assoluta 5%	La somma assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio è soggetta ad una franchigia del 5%; pertanto la Compagnia non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 5% della totale. In caso di invalidità permanente superiore a tale percentuale, l'indennizzo è liquidato solo per la parte eccedente.
Franchigia Invalidità permanente assoluta 10%	La somma assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio è soggetta ad una franchigia del 10%; pertanto la Compagnia non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 10% della totale. In caso di invalidità permanente superiore a tale percentuale, l'indennizzo è liquidato solo per la parte eccedente.

Tabella per accertamento del grado di Invalidità permanente	Con l'applicazione della relativa tabella delle valutazioni del grado di IP, a fronte di una diminuzione delle percentuali del grado di invalidità permanente si ottiene una riduzione del premio.
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Estensione attività sportive "a basso rischio" (purché praticate in base alle norme di legge e/o da disposizioni regionali)	L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato indicato nella scheda di polizza subisca in occasione della pratica delle seguenti attività sportive, svolte sotto l'egida di federazioni od associazioni sportive, ad esclusione degli sport professionistici o comunque quando l'Assicurato svolga l'attività sportiva in modo tale da essere prevalente, per impegno temporale, ad ogni altra occupazione: • calcio; • calcetto; • pallacanestro; • sci alpino (slalom e/o discesa) e snowboard (compresi i fuori pista solo se effettuati ai margini delle piste da sci battute); • ginnastica (artistica e trampolino); • ciclismo; • pattinaggio su ghiaccio e/o pista; • sport equestri in genere.
Estensione attività sportive "ad alto rischio" (purché praticate in base alle norme di legge e/o da disposizioni regionali)	L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato indicato nella scheda di polizza subisca in occasione della pratica delle seguenti attività sportive, anche se svolte sotto l'egida di federazioni od associazioni sportive ad esclusione degli sport professionistici o comunque quando l'Assicurato svolga tale attività in modo tale da essere prevalente, per impegno temporale, ad ogni altra occupazione: • pugilato, arti marziali e lotta nelle sue varie forme, la garanzia s'intende valida esclusivamente per gli infortuni occorsi durante le normali esercitazioni, prove o allenamenti, restando sempre esclusi i combattimenti; • atletica pesante; • alpinismo con scalata di rocce od accesso ai ghiacciai oltre il 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche); • salto dal trampolino con sci o idroscì; • bob; • immersioni con autorespiratore, comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua ma escluse tutte le lesioni all'organo dell'udito, a condizione che l'Assicurato abbia il brevetto di attività subacquea rilasciato dalle competenti autorità sportive; • sci alpinismo; • football americano; • rugby; • hockey su pista, su ghiaccio e su prato; • sci e snowboard praticati fuori pista. L'assicurazione è prestata limitatamente ai soli casi di morte, invalidità permanente e spese di cura da infortunio, se pattuite in polizza.
Franchigia Invalidità permanente con supervalutazione al 225%	La somma assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio viene prestata in base alle percentuali del grado di Invalidità permanente accertato in base alla relativa tabella.
Franchigia Invalidità permanente a scaglioni di somme	La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente viene effettuata con le seguenti modalità: a) sulla parte della somma assicurata fino a € 100.000,00 la Compagnia corrisponderà l'indennizzo dovuto a termini di polizza senza applicazione di alcuna franchigia. b) sulla parte della somma assicurata eccedente € 100.000,00 e fino a € 200.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece l'Invalidità permanente risulti superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente. c) sulla parte della somma assicurata eccedente € 200.000,00 e fino a € 500.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 10% della totale; se invece l'Invalidità permanente risulti superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

	d) sulla parte della somma assicurata eccedente € 500.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità permanente risulti superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.
Parificazione grado Invalidità permanente - Eliminazione franchigia per Invalidità permanente grave	Se viene pattuita in polizza una delle seguenti franchigie; a scaglioni di somme, assoluta 5%, assoluta 10%, in caso di Invalidità Permanente accertata pari o superiore al 65%, la Compagnia liquida all'Assicurato il 100% della somma assicurata. In caso di Invalidità Permanente accertata pari o superiore al 30%, la Compagnia liquida l'indennizzo senza applicazione delle franchigie pattuite in polizza.
Diaria supplementare post ricovero per convalescenza	In caso di ricovero, reso necessario da malattia indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia corrisponde un'indennità giornaliera per il periodo di convalescenza post ricovero prescritto dall'Istituto di Cura all'atto della dimissione dell'Assicurato o dal medico ospedaliero che ha curato od operato l'Assicurato, per la medesima somma assicurata pattuita per la garanzia "Diaria da ricovero" e per una durata massima di 20 giorni per evento e per anno assicurativo. La diaria supplementare post ricovero per convalescenza non viene corrisposta nei seguenti casi: • a seguito di ricoveri per parto naturale, parto con taglio cesareo ed interventi sulle tonsille e vegetazioni adenoidi su persone di età inferiore a 9 anni; • a seguito di ricovero in Day Hospital.
Raddoppio della Diaria da Ricovero in caso di Grande Intervento Chirurgico	In caso di ricovero, reso necessario da una malattia indennizzabile a termini di polizza comportante un intervento chirurgico rientrante nell' "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" del presente fascicolo, la Compagnia corrisponde, per ogni giorno di ricovero, il doppio della somma assicurata per la garanzia "Diaria da ricovero" pattuita in polizza, sempre per una durata massima di 365 giorni e senza applicazione della franchigia, se operante.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

! **INFORTUNI**

Oltre a quanto previsto nel DIP, sono esclusi tutti gli Infortuni conseguenti e derivanti da:

- uso e guida di mezzi di locomozione subacquea;
- pratica di qualsiasi sport che costituisca per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
- uso, anche come passeggero, di veicoli in circuiti, anche in assenza di competizione, salvo i corsi di guida sicura, nonché uso di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio) e di natanti a motore, in competizione e relative prove;
- altri sport non elencati che dovessero rivestire carattere di alta pericolosità e comunque gli sport estremi;
- ebbrezza alcolica alla guida di veicoli in genere, da uso o abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi nonché dall'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di stupefacenti ed in ogni caso quando l'Assicurato si trovi in stato di ubriachezza;
- arruolamento volontario, nonché richiamo alle armi per mobilitazione o per altri motivi di carattere eccezionale;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo e non limitativo, spedizioni esplorative o artiche, himalayane e/o andine);
- sinistri provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate alla infezione da H.I.V.;
- danni provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni).

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, le franchie e l'eventuale scoperto relativi alle singole coperture offerte nella sezione infortuni:

Garanzia	Limiti di indennizzo	Scoperto	Franchigia
Sezione Infortuni			
Danno estetico	5.000 euro per sinistro	-	-
Spese di adeguamento abitazione per IPI grave	5% somma assicurata, max 10.000 euro per sinistro	-	-
Spese di adeguamento autovettura per IPI grave	5% somma assicurata, max 10.000 euro per sinistro	-	-
Perdita anno scolastico	1.000 euro per sinistro e per anno assicurativo	-	-
Estensione a ernie traumatiche o da sforzo	30 giorni di inabilità temporanea per ernie operabili; 10% somma assicurata IP per ernie non operabili	-	-
Rotture tendinee sotto cutanee	5% di IPI con il massimo di 5.000 euro per sinistro e per anno assicurativo; indennizzo di un solo sinistro per arto	-	-
Rischio guerra, terrorismo e calamità naturali	esborso massimo complessivo a carico della Compagnia 20.000.000,00 euro.	-	-
Invalidità permanente da infortunio	-	-	Variabile in base a quella scelta
Inabilità temporanea da infortunio	-	-	- 7 giorni; - nessuna franchigia a seguito di infortunio comportante il ricovero ospedaliero con intervento chirurgico; - 2 giorni in caso di ricovero in istituto di cura pubblico con almeno due pernottamenti
Spese di cura da infortunio: trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario	5% della somma assicurata	-	-
Spese di cura da infortunio: trattamenti fisioterapici e rieducativi	20% della somma assicurata se effettuati e fatturati entro 6 mesi dal giorno dell'infortunio	-	-
Spese di cura da infortunio: visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici effettuati nei 180 (centottanta) giorni successivi all'infortunio	20% della somma assicurata	-	-
Spese di cura da infortunio: cure odontoiatriche	20% della somma assicurata con il massimo di 3.000,00 euro purché le cure vengano effettuate entro un anno dalla data dell'infortunio	-	-
Diaria da Convalescenza post ricovero da infortunio	durata massima di 15 giorni per evento e per anno assicurativo	-	-
Diaria per immobilizzazione con apparecchio gessato	durata massima di 100 giorni per evento e per anno assicurativo; per le fratture che non prevedono immobilizzazione durata massima 30 giorni	-	-
Estensione attività sportive "a basso rischio"	Estensione non operante per la garanzia di inabilità temporanea e rotture tendinee sottocutanee	-	5%
Estensione attività sportive "ad alto rischio"	Estensione valida per le sole garanzie morte ed invalidità permanente. Le relative somme assicurate s'intendono ridotte del 50% con il massimo di € 300.000,00 per ciascuna garanzia	-	10%
Limite catastrofale	4.000.000,00 euro	-	-

! **MALATTIA**

! **Diaria da ricovero da malattia**

Oltre a quanto rappresentato nel DIP, l'Assicurazione non è operante per ricoveri relativi a:

- infortuni in genere;
- conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Compagnia dal Contraente/Assicurato con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- eliminazione o correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla stipulazione della polizza;
- eliminazione e/o correzione dei difetti di rifrazione quali miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia;
- malattie professionali;
- sinistri provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da malattie mentali e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- conseguenze derivanti da ubriachezza, uso e abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi, uso di stupefacenti, salvo la somministrazione terapeutica e di allucinogeni e simili;
- interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia nonché prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica;
- prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da neoplasie maligne;
- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri per lunga degenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di istituti di cura;
- terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo, nonché terapie della sterilità acquisita e/o dell'impotenza dei singoli partner della coppia.

! **Grandi interventi chirurgici**

L'Assicurazione non è operante per le spese relative a:

- conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Compagnia dal Contraente - Assicurato con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- eliminazione o correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla stipulazione del contratto;
- ricoveri, spese mediche provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da malattie mentali e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- malattie professionali;
- conseguenze di azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- conseguenze derivanti da ebbrezza alcolica alla guida di veicoli in genere, da ubriachezza, dall'uso o abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi nonché dall'uso di allucinogeni ed all'uso non terapeutico di stupefacenti;
- parto naturale, parto con taglio cesareo ed interruzione della gravidanza, nonché le malattie dipendenti dalla gravidanza e puerperio;
- prestazioni aventi finalità estetiche;
- cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto; sono escluse in ogni caso le protesi dentarie salvo che non si tratti di cure rese necessarie da neoplasie maligne;
- acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo le endoprotesi applicate durante l'intervento chirurgico;
- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che non siano causate da radiazioni per terapie mediche;
- ricoveri in case di riposo, ancorché qualificate come Istituti di cura;
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia nonché prestazioni e/o terapie in genere con finalità dietologica;

- prestazioni e/o terapie non riconosciute dalla medicina quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo, nonché terapie della sterilità acquisita e/o dell'impotenza dei singoli partner della coppia;
- conseguenze della pratica di qualsiasi attività sportiva praticata in forma professionistica e delle attività sportive "ad alto rischio";
- conseguenze di infortuni derivanti dall'uso, anche come passeggero, di veicoli in circuiti, anche in assenza di competizione, salvo i corsi di guida sicura, nonché dall'uso di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio) e natanti a motore, in competizione e nelle relative prove;
- conseguenze di infortuni derivanti dalla partecipazione, sia come conducente che come passeggero, a corse automobilistiche o motociclistiche ovvero a gare e relative prove ed allenamenti, salvo si tratti di competizioni e relative prove di regolarità pura;
- conseguenze di tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, sempreché l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;
- partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo e non limitativo, spedizioni esplorative o artiche, himalayane e/o andine);
- conseguenze di infortuni derivanti dall'uso e/o guida di mezzi di locomozione subacquea o aerea;
- conseguenze di infortuni derivanti dalla guida di veicoli o natanti a motore per uso non privato (l'esclusione non è operante per le categorie professionali "taxista ed autotrasportatore") e in ogni caso, se il conducente assicurato è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi in stato di ebbrezza alcolica;
- cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le patologie correlate alla infezione da HIV;
- infortuni o malattie provocate da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (intendiamo guerra e insurrezioni).

! **Invalidità permanente da malattia**

L'Assicurazione non è operante per le invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'Assicurazione, nonché per quanto imputabile a difetti fisici, malformazioni, condizioni fisiche patologiche preesistenti.
Sono inoltre escluse le invalidità permanenti da malattie provocate o derivanti direttamente o indirettamente da:

- malattie mentali e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate all'infezione da HIV;
- malattie tropicali;
- trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- malattie professionali;
- malattie provocate da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni).

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, le franchigie ed eventuali scoperti relativi alle coperture offerte nella sezione malattia:

Garanzia	Limite di indennizzo	Franchigia	Scoperto
Diaria da ricovero da malattia	Durata massima di 100 giorni per evento e per anno	Numero di giorni indicati in polizza	-
Diaria supplementare post ricovero per convalescenza	Durata massima di 20 giorni per evento e per anno	-	-
Raddoppio della diaria da ricovero in caso di Grande intervento chirurgico	massimo di 200 euro al giorno per un massimo di 365 giorni	-	-
Ricovero per grande intervento chirurgico	In alternativa al rimborso dell'intervento è possibile chiede il pagamento di una diaria di 150,00 euro al giorno per un massimo di 90 giorni	-	-
Invalidità permanete da malattia		25%	-

! **ASSISTENZA**

La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della polizza è di 60 giorni.
L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questo Servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro.
Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- dolo dell'Assicurato;
- suicidio o tentato suicidio;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idroscì, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio;
- malattie di cui l'Assicurato era a conoscenza ma non dichiarate nel questionario anamnestico e le malattie preesistenti dichiarate nel questionario anamnestico ed escluse dalla copertura assicurativa dalla Compagnia;
- abuso di alcolici, dall'uso o abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi nonché dall'uso di allucinogeni ed all'uso non terapeutico di stupefacenti;
- l'espianto e/o il trapianto di organi.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, le franchie e l'eventuale scoperto relativi alle singole coperture offerte nella sezione Assistenza:

Garanzia	Limite di indennizzo	Franchigia	Scoperto
Assistenza			
Garanzie prestate ovunque si trovi l'Assicurato			
Invio di un infermiere al domicilio	€ 200,00	-	-
Invio di un fisioterapista al domicilio	€ 200,00	-	-
Trasporto in autoambulanza in Italia	massimo 200 Km	-	-
Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni	€ 100,00	-	-
Garanzie prestate quando l'Assicurato si trovi ad oltre 50 km dal suo comune di residenza			
Interprete a disposizione all'estero	massimo 8 ore lavorative	-	-
Anticipo spese mediche	€ 500,00	-	-
Viaggio di un familiare	€ 500,00	-	-
Rientro salma	€ 3.000,00	-	-

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro:** **INFORTUNIO** In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto devono: - fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro; - darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità; il *sinistro* può essere denunciato anche accedendo all'area internet riservata MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata; - corredare la denuncia del sinistro con certificato medico; la denuncia deve inoltre contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento; - documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e l'indennizzo verrà riconosciuto a guarigione clinica ultimata; - sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato; - produrre gli originali di notule, distinte, ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate relativamente la garanzia "Spese di cura da infortunio";

- fornire, in ogni caso, alla Compagnia il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).

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

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

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

MALATTIA

- **Diaria da ricovero da malattia**

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

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

- **Grandi interventi chirurgici**

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

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

- **Invalidità permanente da malattia**

  In caso di sinistro, l'Assicurato o altra persona in sua vece devono:
  - denunciare la malattia entro 10 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia diagnosticata, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata; il *sinistro* può essere denunciato anche accedendo

	all'area internet riservata MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata; - inviare alla Compagnia la certificazione medica sulla natura della malattia; - inviare periodicamente alla Compagnia le informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti; - sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia e fornire alla stessa ogni informazione del caso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato; - fornire alla Compagnia, in caso di guarigione clinica della malattia denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico; - nei casi diversi dal punto che precede, richiedere alla Compagnia di procedere all'accertamento dei postumi. L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia. Si precisa che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.
	Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese*:* con riferimento alla garanzia Assistenza, si precisa che la Compagnia ha affidato la gestione dei sinistri a Europ Assistance Service S.p.A..
	Prescrizione: Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione della Assicurazione. La mancata comunicazione da parte dell'Assicurato o del Contraente di mutamenti aggravanti il rischio (solo per la sezione infortuni), può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione. Premesso che, al fine di effettuare una corretta valutazione, la Compagnia deve conoscere le circostanze che possono influire sul rischio, in caso di stipula di polizza dove è presente una delle garanzie della Sezione Malattia, viene richiesta la preventiva compilazione di un Questionario anamnestico. Su tale Questionario, che formerà parte integrante della polizza, è fondamentale rispondere in maniera precisa e veritiera. Firmando il Questionario, l'Assicurato si assume la responsabilità di quanto vi è dichiarato.
Obblighi dell'impresa	La Compagnia comunica l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione completa ricevuta e dispone il pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza.

Quando e come devo pagare?

Premio	Il premio è determinato per periodi di Assicurazione di un anno ed è quindi interamente dovuto anche se ne è stato concesso il frazionamento in più rate. È prevista la possibilità di corrispondere l'ammontare dovuto in rate semestrali, quadrimestrali e trimestrali mediante un aumento, rispettivamente, del 3%, 4% e 5% del premio. I premi delle garanzie previste nella Sezione I Infortuni sono determinati anche in funzione dell'età dell'Assicurato. Ad ogni scadenza annuale, il corrispettivo premio per ogni Assicurato può essere adeguato applicando i coefficienti previsti. Il premio di polizza corrisposto comprende le imposte previste dalla normativa vigente.
Rimborso	In caso di recesso per sinistro, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'Assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'Assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La polizza può essere stipulata sia nella forma con tacito rinnovo a scadenza che nella forma senza tacito rinnovo e può avere durata annuale o poliennale.

	Qualora fosse scelta la prima forma, la polizza, in assenza di disdetta, si rinnova tacitamente – ad ogni scadenza – per un anno; in caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova applicazione il periodo di tolleranza di 30 giorni. Qualora, invece, fosse scelta la forma senza tacito rinnovo, la polizza non prevede tacito rinnovo e pertanto la copertura assicurativa cessa alla scadenza pattuita in polizza. In caso di durata poliennale non è possibile recedere fino alla scadenza. Se il contratto è poliennale e supera i cinque anni, il Contraente può esercitare la facoltà di recedere dal contratto solo dopo che sia trascorso il quinquennio, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. **Carenza:** l'assicurazione, nei seguenti casi, prevede dei periodi di non copertura: Ernie traumatiche e/o da sforzo: la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia o del pagamento del premio, se successivo. Rotture tendinee sottocutanee: la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia o del pagamento del premio, se successivo. Diaria da ricovero da malattia: la copertura assicurativa decorre dalle ore 24: - del 365° giorno successivo a quello di effetto della polizza o di pagamento del premio, se successivo, per il parto naturale, cesareo, l'aborto non volontario, le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; - del 180° giorno successivo a quello di effetto della polizza o di pagamento del premio, se successivo, per malattie preesistenti che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione della polizza ma insorti anteriormente a tale data nonché per le conseguenze di stati patologici noti al Contraente - Assicurato, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione della polizza, purché dichiarati alla Compagnia all'atto stesso della compilazione del questionario anamnestico ed accettati senza esplicita limitazione del rischio da parte della Compagnia stessa; - del 30° giorno successivo a quello di effetto della polizza o di pagamento del premio, se successivo, per tutte le altre malattie. Grandi interventi chirurgici: la copertura assicurativa decorre dalle ore 24: - del giorno in cui ha effetto la polizza per gli infortuni o del giorno di pagamento del premio, se successivo; - del 180° giorno successivo a quello di effetto della polizza o di pagamento del premio, se successivo, per malattie preesistenti che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione della polizza ma insorti anteriormente a tale data nonché per le conseguenze di stati patologici noti al Contraente - Assicurato, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti, curati anteriormente alla stipulazione della polizza, purché dichiarati alla Compagnia all'atto stesso della compilazione del questionario anamnestico ed accettati senza esplicita limitazione del rischio da parte della Compagnia stessa; - del 30° giorno successivo a quello di effetto della polizza per le altre malattie o di pagamento del premio, se successivo. Invalidità permanente da malattia: la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza o del pagamento del premio, se successivo.
Sospensione	Non prevista.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il contratto non prevede il diritto di ripensamento dopo la stipula.
Risoluzione	**Recesso in caso di sinistro.** Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla scadenza del periodo annuo in corso o, qualora sia comunicato meno di 60 giorni prima di tale data, dalla scadenza annua successiva. Se la polizza assicura una o più garanzie della Sezione Malattia, il recesso non può essere esercitato dalla Compagnia decorsi due anni dalla data di stipula dell'Assicurazione. **Recesso in caso di contratti di durata poliennale.** Nei contratti di durata poliennale le Parti sono vincolate per l'intera durata contrattuale pattuita ed entrambe possono rescindere il contratto stesso

	alla scadenza indicata in polizza. Qualora l'assicurazione abbia durata superiore ai cinque anni, al solo Contraente è riconosciuta la facoltà, trascorso il primo quinquennio di durata, di recedere dal contratto senza oneri e con preavviso di 60 giorni.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato ad una tipologia di clientela che desidera proteggersi dalle possibili conseguenze di malattia o infortunio avvenuto durante l'attività lavorativa, durante il tempo libero e/o la pratica di alcune attività sportive, e che desidera usufruire altresì di ulteriori garanzie di assistenza facoltative.

Quali costi devo sostenere?

La quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 24,96%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

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

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

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

Polizza infortuni e malattia

Helvetia Zero Imprevisti

Condizioni di Assicurazione

Mod. H1005 Ed. 07/2020

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

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

INDICE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE 4
NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI 6
SEZIONE I – INFORTUNI 8
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI 8
CONDIZIONI AGGIUNTIVE SEZIONE I - INFORTUNI 16
NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO 19
SEZIONE II – MALATTIA 21
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA 21
CONDIZIONI AGGIUNTIVE – SEZIONE MALATTIA - DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA 22
NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA 23
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI 24
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI 26
NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO 28
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA 29
NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA 31
CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI 33
SEZIONE III – ASSISTENZA 35
ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA 35
PRESTAZIONI HELVETIA ASSISTANCE 35
ESCLUSIONI ED EFFETTI GIURIDICI RELATIVI AL SERVIZIO HELVETIA ASSISTANCE 38
CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI 39

GLOSSARIO

Qui di seguito sono riportati i principali termini utilizzati nella documentazione precontrattuale e contrattuale presente nel Fascicolo Informativo con il significato loro attribuito dalla Società (Definizioni). Gli stessi termini sono evidenziati in carattere corsivo nel testo delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Abuso di psicofarmaci	Assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.
Alcolismo	Malattia cronica caratterizzata da alterazioni comportamentali, fisiche e psichiche causate dal consumo continuativo o periodico di quantità elevate di alcol.
Ambulatorio	La struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Annuo (annuo-annuale)	Periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile)
Apparecchi gessati	Mezzi di contenzione fissi, costituiti da fasce gessate o altri apparecchi (tutori) comunque immobilizzanti, anche esterni (fissatori esterni), applicati in Istituto di cura o ambulatorio in modo permanente e rimovibile esclusivamente presso Istituto di cura. Sono considerati apparecchi gessati i collari non rimovibili dall'Assicurato, e limitatamente alle lesioni comportanti fratture e/o lussazioni, i bendaggi con fasciature elastiche (es. tensoplast).
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione.
Beneficiario	Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Bimestre (bimestrale)	Periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Contraente	Il soggetto che stipula l'Assicurazione, nell'interesse proprio e/o di altri.
Day Hospital	La degenza, esclusivamente diurna, in istituto di cura documentata da cartella clinica – dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'Istituto di cura – per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportino la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica e infermieristica continue.
Day Surgery	La degenza in Istituto di cura a regime esclusivamente diurno, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico, documentata da cartella clinica.
Diaria sostitutiva	Indennità giornaliera che, in caso di ricovero ospedaliero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene riconosciuta in sostituzione del rimborso delle spese mediche.
Documentazione sanitaria	Si compone della cartella clinica e della documentazione medica e di fatture, notule e/o ricevute in originale.
Ebbrezza alcolica	La condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcol risulti essere pari o superiore al limite di 0,8 grammi per litro.
Farmaci psicotropi	Farmaco che modifica lo stato psichico dell'individuo tendendo a normalizzarlo.
Franchigia	L'importo prestabilito che, in caso di sinistro, l'Assicurato tiene a suo carico.
Frattura	E' l'interruzione parziale o totale della continuità di un osso.
Immobilizzazione	Stato temporaneo di incapacità fisica dell'Assicurato, totale o parziale, di svolgere le sue abituali occupazioni a seguito dell'applicazione di un apparecchio gessato (mezzo di contenzione fisso).
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro, per i danni direttamente subiti dall'Assicurato.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	Atto medico, praticato in istituto di cura, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di Pronto Soccorso.
Invalidità permanente	Perdita definitiva, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura	L'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie e al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia	Ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia cronica	Malattia che presenta sintomi costanti nel tempo ed i cui effetti si sono stabilizzati senza possibilità di nessuna cura risolutiva.
Malattia improvvisa	Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morboso, noto all'Assicurato.
Malattia mentale e/o disabilità mentale	Ogni disturbo psichico e comportamentale così come definiti nel Settore V della "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" decima revisione – ICD – 10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (come da elenco di seguito riportato)**.**
Malattia preesistente	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della polizza.
Malattie/Invalidità coesistenti	Malattie o invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
Malattie/Invalidità concorrenti	Malattie o invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.
Mese (mensile)	Periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Parti	Il Contraente/Assicurato e la Società.
Poliennale (durata)	Periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo).
Polizza	Il documento che prova l'Assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Quadrimestre (quadrimestrale)	Periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Questionario anamnestico	Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante del contratto. Esso deve essere compilato in maniera precisa e veritiera, e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o, se minore, da chi ne abbia la potestà) e trasmesso alla Società unitamente alla Polizza, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, per consentire la valutazione obiettiva del rischio da parte della Società stessa.
Quinquennio (quinquennale)	Periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di 2 anni solari bisestili compresi nel periodo).
Recesso	Scioglimento del vincolo contrattuale.
Ricovero	Degenza dovuta a malattia e/o infortunio comportante necessità di pernottamento, in ospedale o casa di cura, regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria.
Rischio in Itinere	Rischio occorso durante: • il normale percorso di andata e ritorno dall'abitazione al posto di lavoro, escluso quanto occorso entro l'abitazione, le pertinenze e le parti condominiali; • il normale percorso che il lavoratore deve fare per recarsi da un luogo di lavoro ad un altro nel caso di rapporti di lavoro plurimi. Il tutto è disciplinato dall'art 12 del D.Lgs. 38/2000 e successive modifiche.
Rottura tendinea sottocutanea	La lacerazione totale o parziale di un tendine senza che vi sia stata soluzione di continuo del tessuto cutaneo e sottocutaneo.
Sci acrobatico	Attività sciistica svolta attraverso l'esecuzione di salti, difficoltà di percorso e varie figure coreografiche.
Sci estremo	Sci eseguito su lunghe e ripide piste in terreni pericolosi con inclinazione superiore a 40° (quaranta) o con passaggi impervi, comprese tutte le attività eseguite fuori pista.
Semestre (semestrale)	Periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Settimana (settimanale)	Periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.
Sforzo	Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie attività e dagli atti di forza lavorativi dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Società	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia.
Sport estremo	Attività sportiva di estrema difficoltà, ai limiti di leggi fisiche e sopportazione del corpo umano.
Sport professionistico	Attività sportiva esercitata a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e qualificata come tale dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.
Termine di aspettativa	Periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione della Polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.
Terrorismo	Qualsiasi azione violenta fatta col supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione, o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico, se tale azione non può essere definita come atto di guerra, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o meno), guerra civile, ribellione, insurrezione, colpo di Stato o confisca, nazionalizzazione, requisizione e distruzione o danno alla proprietà, causato da o per ordine di Governi o Autorità pubbliche o locali o come atto avvenuto nel contesto di scioperi, sommosse, tumulti popolari o come atto vandalico.
Trimestre (trimestrale)	Periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni, in funzione della data iniziale del conteggio.
Ubriachezza	La condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcol risulti essere pari o superiore al limite di 1,5 grammi per litro.

DEFINIZIONI RELATIVE A HELVETIA ASSISTANCE

Centrale di Telemedicina	È la struttura SOIT – Second Opinion Italy S.r.l. costituita da medici ed operatori – che è in funzione dalle ore 9.00 alle 17.00, dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali. Tale struttura, in base all'accordo con il Centro Medico Internazionale di riferimento, provvede alla gestione ed all'erogazione della seconda opinione medica.
Centro Medico Internazionale	Le strutture sanitarie ed i centri clinici della U.C.S.F. di Stanford (USA) come fulcro del network internazionale di ospedali e medici specialisti che provvede alla formulazione della seconda opinione medica a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.
Helvetia Assistance	Il servizio di pronta assistenza, organizzato dalla Società in collaborazione con Europ Assistance Italia S.p.A.
Prestazioni	Le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.
Sinistro	Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità dell'Assicurazione e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.
Struttura Organizzativa	La struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

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

Art. 2 - Altre assicurazioni
Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'*Assicurato* deve darne comunicazione per iscritto a ciascuna Impresa assicuratrice. In caso di *sinistro*, l'*Assicurato* deve darne avviso a tutte le Imprese assicuratrici e può richiedere a ciascuno di essi l'*indennizzo* dovuto secondo la rispettiva polizza autonomamente considerata. Se l'*Assicurato* omette dolosamente le comunicazioni di cui sopra, la *Società* non è tenuta a corrispondere alcun *indennizzo* (Art. 1910 del Codice Civile).
Il *Contraente* è esonerato dal comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni infortuni:
- di cui gli *Assicurati* siano titolari automaticamente quali intestatari di carte di credito o di conti correnti bancari;
- sottoscritte dai datori di lavoro a favore degli *Assicurati* con altre società in adempimento a contratti collettivi nazionali od a contratti integrativi aziendali.

Art. 3 - Pagamento del premio
Il *premio* è sempre determinato per periodi di assicurazione di un *anno* ed **è dovuto per intero anche se ne è stato concesso il frazionamento in più rate. L'*Assicurazione* ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in *polizza* se il *premio* o la prima rata di *premio* sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il *Contraente* non paga i *premi* o le rate di *premio* successivi, l'*Assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del 30° (trentesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze** (Art.1901 del Codice Civile). I *premi* devono essere pagati all'Intermediario alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla Direzione della *Società*.

Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione
Eventuali modifiche dell'*Assicurazione* devono essere provate dalle *Parti* per iscritto.

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

Art. 6 - Diminuzione del rischio (valido per la garanzia Infortuni)
Nel caso di diminuzione del rischio la *Società* è tenuta a ridurre il *premio* o le rate di *premio* successivi alla comunicazione dell'*Assicurato*/*Contraente* (Art.1897 del Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di *recesso*.

Art. 7 - Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente e/o Assicurato
Per le modalità di denuncia e le informazioni di dettaglio di ogni singola sezione richiamata in polizza, si rimanda a quanto previsto nei capitoli NORME PER LA DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO dedicati alle sezioni Infortuni (art. 41) e Malattia (art. 57 relativo alla garanzia "Diaria da Ricovero da Malattia" – art. 66 relativo alla garanzia "Grandi Interventi Chirurgici" – art. 77 relativo alla garanzia "Invalidità Permanente da Malattia").

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro
Dopo ogni *sinistro* e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'*indennizzo*, le *Parti* possono recedere dalla *Assicurazione* dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata; in ogni caso, se la *polizza* assicura una o più garanzie della Sezione Malattia, **il *recesso* non può essere esercitato dalla *Società* decorsi due *anni* dalla data di stipula dell'*Assicurazione*, salvo quanto previsto dall'art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e dall'art. 18 "Persone non assicurabili" delle Norme comuni a tutte le Sezioni.**
Il *recesso* ha effetto dalla scadenza del periodo *annuo* in corso, ovvero, qualora sia comunicato meno di 60 (sessanta) giorni prima di tale data, dalla scadenza *annua* successiva. Tuttavia, se è esercitato dal *Contraente*, può avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tal caso la *Società* rimborsa al *Contraente*, entro 30 (trenta) giorni dalla cessazione dell'*Assicurazione*, la parte di *premio*, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'Assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.

Art. 9 - Durata e Proroga dell'Assicurazione - Limiti di età

a) Proroga dell'Assicurazione
In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata, spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza del contratto, quest'ultimo - se di durata non inferiore all'*anno* - è prorogato per un *anno* e così successivamente, salvo quanto disposto dall'Art. 8 - Recesso in caso di sinistro delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

In caso di durata poliennale non è possibile recedere fino alla scadenza. Se il contratto è poliennale e supera i cinque *anni*, il *Contraente* può esercitare la facoltà di recedere dal contratto solo dopo che sia trascorso il *quinquennio*, con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di *recesso* è stata esercitata (Art. 1899 del Codice Civile).

b) Limiti di età
L'Assicurazione prevede un limite massimo di età assicurabile, che è differente a seconda delle garanzie prescelte.
Non sono assicurabili le persone che, nel corso di validità del contratto, superino:

1. **Sezione "Infortuni": l'80° (ottantesimo) anno d'età;**
2. **Sezione "Malattia" - "Diaria da ricovero" e "Grandi Interventi Chirurgici": il 75° (settantacinquesimo) anno di età;**
3. **Sezione "Malattia" - "Invalidità Permanente da Malattia": il 65° (sessantacinquesimo) anno di età.**

Resta inteso che, qualora l'*Assicurato* raggiunga il limite di età previsto dalla Sezione richiamata in polizza durante il periodo di validità del contratto a seguito di tacito rinnovo, l'Assicurazione cesserà la sua validità alla prima scadenza annua successiva.

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

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

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

Art. 13 - Onere della prova
L'*Assicurato* è esonerato dal provare che il danno non si è verificato in conseguenza di eventi esclusi dalla garanzia.

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

Art. 15 - Rinuncia della Società all'azione di rivalsa
In caso di *infortunio* e/o di rimborso delle spese mediche conseguenti a *infortunio*, la *Società* rinuncia a favore dell'*Assicurato* e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa previsto dall'Art. 1916 del Codice Civile.

Art. 16 - Termine di prescrizione
I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due *anni* dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile.
Il diritto dell'Assicuratore alla riscossione del pagamento delle rate di *premio* si prescrive in un *anno*.

Art. 17 - Misure restrittive
Nessun Assicuratore sarà tenuto a fornire copertura e nessun Assicuratore sarà obbligato a pagare alcun *sinistro* o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale *sinistro* o fornitura di tale prestazione esporrebbe l'Assicuratore stesso a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivante da risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche e commerciali, da leggi o disposizioni dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualsiasi altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

(da ritenersi operative in quanto applicabili e salvo quanto diversamente previsto dalle singole sezioni)

Art. 18 - Persone non assicurabili

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

Art. 19 - Controversie - arbitrato irrituale

L'*indennizzo* è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sulla indennizzabilità del *sinistro* (relativamente alla Sezione Malattia) e sul grado di *Invalidità permanente*, (relativamente alla Sezione Infortuni e Sezione Malattia – Invalidità permanente da malattia) nonché sull'applica-zione dei criteri di indennizzabilità, possono essere demandate per iscritto dalle *Parti*, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituti di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'*Assicurato*. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'*invalidità permanente* ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'*indennizzo*.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le *Parti*, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle *Parti*.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le *Parti* anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 20 - Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente (ex tabella INAIL, all. n.1 DPR 30 giugno 1965 n.1124)

Per la perdita totale, anatomica o funzionale:

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambi le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria: a) con possibilità di applicazione di protesi efficace b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		 11 30	
Di un rene con integrità del rene superstite		25	
Della milza senza alterazioni della crasi ematica		15	
Di un testicolo (non si corrisponde indennità)		0	
Dell'integrità della clavicola (esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione funzionale dei movimenti del braccio).		5	
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) in arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola.	50		40
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola.	40		30
Di un braccio: a) per disarticolazione scapolo-omerale b) per amputazione al terzo superiore	 85 80		 75 70
Di un braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Di un avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Di tutte le dita della mano	65		55
Del pollice e del primo metacarpo	35		30
Del pollice	28		23
Dell'indice	15		13
Del medio		12	
Dell'anulare		8	
Del mignolo		12	
Della falange ungueale del pollice	15		12
Della falange ungueale dell'indice	7		6
Della falange ungueale del medio		5	
Della falange ungueale dell'anulare		3	
Della falange ungueale del mignolo		5	
Delle due ultime falangi dell'indice	11		9

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

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

NOTE:

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

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

6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.
7) In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

SEZIONE I – INFORTUNI

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 21 - Oggetto dell'Assicurazione
L'*Assicurazione* vale per gli *infortuni* che l'*Assicurato* subisca nello svolgimento dell'attività descritta in *polizza,* se rientrante nell'elenco persone assicurate, nei limiti delle somme assicurate, per la combinazione di rischio assicurato prescelta, nonché alle condizioni che seguono, anche quelle aggiuntive, se richiamate e rese operanti.

Art. 22 - Combinazioni Rischi Assicurati
(opera soltanto la combinazione espressamente riportata nell'Elenco persone assicurate - Sezione Infortuni - Combinazione rischio assicurato)

A) *Infortuni* Professionali ed Extraprofessionali
Quelli subiti dall'*Assicurato* nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate nonché di ogni altra attività non professionale, **salvo quanto previsto dall'art. 24 - Altre garanzie prestate - punto 7 - Attività sportive, nonché quanto previsto dall'art. 25 - Infortuni esclusi.**

B) *Infortuni* solo Professionali
Quelli subiti dall'*Assicurato* nell'esercizio delle attività professionali indicate in *polizza*, **compreso il *rischio in itinere*, salvo quanto previsto dall'art. 25 - Infortuni esclusi.**
Si intende escluso quanto previsto dall'art. 24 - Altre garanzie prestate - punto 7 - Attività sportive.

C) *Infortuni* solo Extraprofessionali
Quelli subiti dall'*Assicurato* nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale, **salvo quanto previsto dall'art. 24 - Altre garanzie prestate - punto 7 - Attività sportive nonché quanto previsto dall'art. 25 - Infortuni esclusi.**

Art. 23 - Altri eventi garantiti
Sono compresi gli *infortuni* subiti:

- in qualità di passeggero su mezzi di trasporto terrestre e di superficie acquea;
- in conseguenza di malore o in stato di incoscienza non dovuti a condizioni patologiche;
- a causa di imperizia, imprudenza, negligenza, anche gravi;
- per asfissia non di origine morbosa, per annegamento, assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, folgorazione, avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- a causa di morsicature di animali, punture di insetti o aracnidi, **con esclusione della malaria, delle malattie tropicali e delle affezioni (intendendosi per tali qualsiasi condizione morbosa o patologica che colpisca un individuo) e di cui gli insetti siano portatori necessari, nonché le conseguenze della puntura di zecca;**
- da ustioni provocate da animali o vegetali

È considerato inoltre *infortunio* anche la lesione determinata da *sforzo* (intendendosi l'atto fisico sproporzionato rispetto alla struttura corporea dell'*Assicurato* non rientrante tra le azioni della normale vita lavorativa e/o privata) **esclusi gli infarti da qualsiasi causa determinati.**

Art. 24 - Altre garanzie prestate (valevole per tutte le combinazioni di rischio assicurato)
1. Danno estetico (se operante la garanzia *invalidità permanente* da *infortunio*)
Qualora l'*infortunio* abbia come conseguenza lesioni al viso che determinino deturpazioni o sfregi permanenti, la *Società* rimborsa le spese documentate ed effettivamente sostenute dall'*Assicurato*, entro 1 (uno) *anno* dal giorno dell'*infortunio* denunciato, **solo se comprovate da referto di Pronto Soccorso o Ospedale Pubblico**, per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica od estetica**, fino ad un massimo di € 5.000,00 per *sinistro*.**
Si precisa che nel corso di validità di *polizza*, considerando anche eventuali contratti sostituiti in corso con le Società del Gruppo Helvetia, non potrà essere indennizzato, per ogni *Assicurato*, più di un *sinistro* relativo al danno estetico.

2. Rimborso spese di adeguamento abitazione per *invalidità permanente* grave (se operante la garanzia *invalidità permanente* da *infortunio*)
Qualora l'*infortunio*, indennizzabile ai termini di *polizza*, comporti una *invalidità permanente* pari o superiore al 66%, accertata in base ai criteri previsti all'art. 27 - Invalidità permanente, e l'abitazione dell'*Assicurato* necessiti di adeguamenti finalizzati al superamento delle barriere architettoniche, la *Società* rimborsa le spese documentate ed effettivamente sostenute, entro 1 (uno) *anno* dal giorno dell'*infortunio* denunciato, per la realizzazione delle opere all'interno dell'abitazione ove l'*Assicurato* ha il proprio domicilio. **Il rimborso è riconosciuto fino alla concorrenza del 5% della somma assicurata per "Invalidità permanente", con il massimo di € 10.000,00 per *sinistro*.**
Si precisa che nel corso di validità di *polizza*, considerando anche eventuali contratti sostituiti in corso con le Società del Gruppo Helvetia, non potrà essere indennizzato più di un *sinistro* per abitazione e per *polizza*.

3. Rimborso spese per adeguamento autovetture (se operante la garanzia *invalidità permanente* da *infortunio*)
Qualora l'*infortunio*, indennizzabile ai termini di *polizza*, comporti una *invalidità permanente* pari o superiore al 66%, accertata in base ai criteri previsti all'art. 27 - Invalidità permanente, e l'autovettura dell'*Assicurato* o di un suo familiare convivente necessiti di interventi di adeguamento/personalizzazione in riferimento alla disabilità riportata, la *Società* rimborsa le spese documentate ed effettivamente sostenute per tali adattamenti, entro 1 (uno) *anno* dal giorno dell'*infortunio* denunciato.
Il rimborso è riconosciuto fino alla concorrenza del 5% della somma assicurata per *Invalidità permanente*, con il massimo di € 5.000,00 per *sinistro*.
Si precisa che nel corso di validità di *polizza*, considerando anche eventuali contratti sostituiti in corso con le Società del Gruppo Helvetia, non potrà essere indennizzato più di un *sinistro* per autovettura e per *polizza*.

4. Perdita anno scolastico (se operante la garanzia *invalidità permanente* da *infortunio*)
Qualora in conseguenza di *infortunio* indennizzabile ai sensi di *polizza*, l'alunno *Assicurato*, di età inferiore ai 20 (venti) anni, abbia riportato lesioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico, **la *Società* garantisce il pagamento dell'indennità forfettaria pari a € 1.000,00 per *sinistro* e per anno assicurativo**.
Il pagamento dell'indennità verrà riconosciuto previa certificazione rilasciata dalla Segreteria scolastica, dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta ad assenze e previa dimostrazione, mediante certificato medico, che tali assenze siano diretta conseguenza dell'*infortunio* denunciato.
Tale indennità spetta a condizione che la mancata ammissione alla classe superiore riguardi la frequenza di scuole primarie e secondarie di I e II grado.

5. Estensione dell'*Assicurazione* alle ernie traumatiche o da *sforzo* (se operante la garanzia *invalidità permanente* da *infortunio*)
L'*Assicurazione* è estesa, **limitatamente ai casi di *invalidità permanente* e di *inabilità temporanea***, alle ernie traumatiche o da *sforzo*, **con l'intesa che**:
- **la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia o del pagamento del *premio*, se successivo;**
- **qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per *inabilità temporanea* fino ad un massimo di 30 (trenta) giorni;**
- **qualora l'ernia, anche se bilaterale non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di *invalidità permanente* totale;**
- **qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, troverà applicazione l'Art. 19 - Controversie - arbitrato irrituale delle Norme Comuni a tutte le Sezioni.**

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto in corso con le Società del Gruppo Helvetia, riguardante gli stessi assicurati e identiche garanzie**, i termini di aspettativa di cui sopra operano:**
- **dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultimo previsti;**
- **dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da esso previste.**

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

6. *Rotture tendinee sottocutanee* (se operante la garanzia *invalidità permanente* da *infortunio*)
Ad integrazione dell'art. 23 - Altri eventi garantiti delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, sono considerati *infortuni* anche gli esiti di *rotture tendinee sottocutanee* di:
- Tendine di Achille (trattata chirurgicamente e non);
- Tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- Tendine dell'estensore del pollice;
- Tendine del quadricipite femorale;
- Cuffia dei rotatori.

La *Società* liquiderà, indipendentemente dal quadro clinico obiettivato, **un grado di *invalidità permanente* pari al 5% con il massimo di € 5.000,00 per *sinistro* e per anno assicurativo ed entro 2 (due) *anni* dal giorno dell'*infortunio* denunciato, senza l'applicazione delle *franchigie* eventualmente previste.**

Si precisa che in corso di validità di *polizza*, considerando anche eventuali contratti sostituiti in corso con le Società del Gruppo Helvetia, **non potrà esser indennizzato, per ogni arto, più di un *sinistro* relativo a ciascuna delle lesioni sopra indicate.**

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia o del pagamento del *premio*, se successivo.
Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto in corso con le Società del Gruppo Helvetia, riguardante gli stessi assicurati e identiche garanzie, **i termini di aspettativa di cui sopra operano:**
- **dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultimo previsti;**
- **dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da esso previste.**

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

La presente garanzia non è operante per le attività sportive previste nelle condizioni aggiuntive 1 e 2 se richiamate.

7. Attività Sportive (purché praticate in base alle norme di legge e/o da disposizioni regionali)
Valide solo per le combinazioni di rischio A - Infortuni professionale ed Extra-professionali e C - Infortuni solo extra-professionali

A) L'*assicurazione* vale per gli *infortuni* che l'*Assicurato* indicato in *polizza* subisca in occasione della pratica di attività sportive, anche se svolte sotto l'egida di federazioni od associazioni sportive.
Si intendono espressamente escluse le attività sportive praticate in forma professionistica (*sport professionistici*) o comunque quando l'*Assicurato* svolga tale attività in modo tale da essere prevalente, per impegno temporale, ad ogni altra occupazione.
Si intendono inoltre espressamente escluse le attività sportive previste nel successivo punto 8.

B) S'intendono esclusi gli *infortuni* che si verifichino in occasione della pratica delle seguenti attività sportive SOLO SE SVOLTE sotto l'egida di federazioni od associazioni sportive:

- calcio,
- calcetto,
- pallacanestro,
- sci alpino (slalom e/o discesa) e snowboard,
- ginnastica (artistica e trampolino),

- ciclismo,
- pattinaggio su ghiaccio e/o pista,
- sport equestri in genere.

Tali sport, se praticati sotto l'egida di federazioni o associazioni sportive, possono essere assicurati con il richiamo della condizione aggiuntiva 1 - Estensione attività sportive "a basso rischio".

8. Attività Sportive escluse

S'intendono esclusi gli *infortuni* che si verifichino in occasione della pratica dei seguenti sport, SVOLTI O MENO sotto l'egida di federazioni o associazioni sportive, intendendosi tale elenco a titolo esemplificativo e non limitativo. Si intendono espressamente esclusi anche altri sport non elencati che dovessero rivestire carattere di alta pericolosità e comunque gli *sport estremi*:

- Pugilato;
- atletica pesante;
- lotta e arti marziali nelle loro varie forme;
- alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai oltre il 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), e se inferiori al 3° grado se effettuate in solitaria;
- arrampicata libera;
- sci e snowboard fuori pista (ma s'intende compreso lo sci e lo snowboard fuori pista solo se effettuati ai margini delle piste da sci battute);
- salto dal trampolino con sci o idrosci;
- *sci estremo* e *sci acrobatico*, snowboard estremo ed acrobatico, sci alpinismo;
- bob e slittino da gara;
- biathlon e triathlon (ironman);
- rugby;
- immersione con autorespiratore;
- paracadutismo e sport aerei in genere (compresi deltaplano, ultraleggeri e parapendio);
- football americano;
- hockey su ghiaccio, su pista e su prato;
- rafting;
- regate oceaniche e traversate in alto mare effettuate in solitaria;
- free climbing;
- jumping e bungee jumping;
- parkour;
- downhill;
- kite-surf;
- snow-kite;
- skeleton;
- torrentismo e canyoning;
- speleologia;
- guidoslitta (bobsleigh);
- hydrospeed;
- canoa e kajak che comporti discesa di rapide;
- sport motoristici in genere (autoveicoli, motoveicoli e natanti a motore o motonautici, go kart), salvo quanto previsto dall'art. 25 - Infortuni esclusi, punto 6 (competizioni e relative prove di regolarità pura).

Alcuni di questi sport possono essere assicurati con il richiamo della condizione aggiuntiva 2 - Estensione attività sportive "ad alto rischio".

9. Rischio volo

La garanzia vale per gli *infortuni* che subisca *l'Assicurato* in qualità di:

- passeggero durante i viaggi aerei effettuati su velivoli o elicotteri di trasporto pubblico, da chiunque eserciti, condotti da piloti professionisti;
- passeggero durante i viaggi aerei effettuati su velivoli plurimotori di ditte o privati condotti da piloti professionisti con esclusione delle trasvolate oceaniche. **Limitatamente a questa estensione, la garanzia assicurativa è prestata solo per il caso di Morte e *Invalidità permanente* se prestate in *polizza*, con esclusione di qualsiasi altra garanzia eventualmente pattuita.**

In caso di *sinistro* che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la *Società*, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della *Società* non potrà comunque superare l'importo di € 20.000.000,00. Qualora gli indennizzi liquidabili ai sensi di *polizza* eccedano nel loro complesso tale importo, saranno proporzionalmente ridotti.

10. Rischio guerra e terrorismo

La garanzia vale per gli *infortuni* causato o determinati da:

- aggressioni e/o atti violenti avvenuti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, **a condizione che l'*Assicurato* non vi abbia preso parte attiva**;
- guerra **per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni** dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'*Assicurato* risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.
  Sono esclusi tutti i casi in cui *l'Assicurato* si rechi volontariamente in Paesi interessati da operazioni belliche e si intendono espressamente esclusi i danni provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche.

In caso di *sinistro* che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la *Società*, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della *Società* non potrà comunque superare l'importo di € 20.000.000,00.

Qualora gli indennizzi liquidabili ai sensi di *polizza* eccedano nel loro complesso tale importo, saranno proporzionalmente ridotti.

11. Calamità naturali
La garanzia comprende gli infortuni conseguenti a eventi sismici, maremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni ed alluvioni che colpissero l'*Assicurato* **al di fuori della regione ove si trova il comune dove egli ha la sua residenza o abituale dimora**.

In caso di *sinistro* che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la *Società*, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della *Società* non potrà comunque superare l'importo di € 20.000.000,00. Qualora gli indennizzi liquidabili ai sensi di *polizza* eccedano nel loro complesso tale importo, saranno proporzionalmente ridotti.

Art. 25 - Infortuni esclusi
Tutti quelli conseguenti e derivanti da:

1. **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'*Assicurato* non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo che, in quest'ultimo caso, al momento del *sinistro* l'*Assicurato* abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;**
2. **guida di mezzi di locomozione aerea, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;**
3. **uso e guida di mezzi di locomozione subacquea;**
4. **pratica di qualsiasi sport che costituisca per l'*Assicurato* attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata, e degli sport esclusi dall'art. 24 - Altre garanzie prestate - punti 7 e 8.**
5. **uso, anche come passeggero, di veicoli in circuiti, anche in assenza di competizione**, salvo i corsi di guida sicura, **nonché uso di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio) e di natanti a motore, in competizione e relative prove;**
6. **partecipazione, sia come conducente che come passeggero, a corse automobilistiche o motociclistiche ovvero a gare e relative prove ed allenamenti**, salvo si tratti di competizioni e relative prove di regolarità pura**;**
7. ***ebbrezza alcolica* alla guida di veicoli in genere, da uso o *abuso di psicofarmaci* e *farmaci psicotropi* nonché dall'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di stupefacenti ed in ogni caso quando l'*Assicurato* si trovi in stato di *ubriachezza*;**
8. **operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessarie da *infortunio*;**
9. **delitti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*, suicidio;**
10. **arruolamento volontario, nonché richiamo alle armi per mobilitazione o per altri motivi di carattere eccezionale (salvo quanto previsto all'art. 36 - Infortuni occorsi durante il servizio militare volontario);**
11. **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
12. **partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo e non limitativo, spedizioni esplorative o artiche, himalayane e/o andine);**
13. ***sinistri* provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da *malattie mentali* e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;**
14. **cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate alla infezione da H.I.V.;**
15. **danni provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni).**

Art. 26 - Caso di morte da infortunio

1) Se l'*infortunio* ha come conseguenza la morte, la *Società* corrisponde la somma assicurata ai *beneficiari* designati in *polizza* o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi e/o testamentari dell'*Assicurato* in parti uguali.
   L'*indennizzo* per il caso di morte non è cumulabile con quello per *invalidità permanente da infortunio*.

   Tuttavia, se dopo il pagamento di un *indennizzo* per *invalidità permanente* l'*Assicurato* muore in conseguenza del medesimo infortunio, la *Società* corrisponde ai *beneficiari* soltanto la differenza tra l'*indennizzo* per morte - se superiore - e quello già pagato per *invalidità permanente*.

   La garanzia opera purché il decesso si verifichi entro 2 (due) *anni* dall'*infortunio,* anche successivamente alla scadenza della *polizza*.

2) Morte presunta
   Qualora l'*Assicurato* sia scomparso a seguito di *infortunio* indennizzabile ai sensi di *polizza*, in applicazione di quanto previsto dall'Art. 60, comma 3) e art. 62 del Codice Civile o dall'Art. 211 del Codice della Navigazione e l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarata la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la *Società* corrisponde ai *beneficiari* di *polizza* la somma assicurata per il caso di morte. **Se dopo il pagamento dell'*indennizzo* è provata l'esistenza in vita dell'*Assicurato*, la *Società* ha diritto di agire nei confronti sia dei *beneficiari* sia dell'*Assicurato* stesso per la restituzione della somma corrisposta.**
   L'*Assicurato* potrà fare valere i propri diritti per le lesioni eventualmente subite se indennizzabili ai sensi di *polizza* soltanto dopo la restituzione dell'intera somma liquidata da parte dei *Beneficiari* o, per loro conto, dall'*Assicurato*.

Art. 27 - Invalidità permanente

a) L'*indennizzo* per il caso di *invalidità permanente* è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della *polizza* - **entro 2 (due) *anni* dal giorno dell'*infortunio* denunciato ed in rapporto causale.**
b) Se l'*infortunio* ha come conseguenza l'*Invalidità permanente* definitiva totale, la *Società* corrisponde l'intera somma assicurata.
c) Se l'*infortunio* ha come conseguenza un'*Invalidità permanente* definitiva parziale, l'*indennizzo* per *Invalidità permanente* viene calcolato sulla somma assicurata **(ferma l'applicazione delle *franchigie* previste in *polizza*)**, in proporzione al grado di Invalidità accertato, secondo i criteri e le percentuali indicate all'Art. 20 - "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di

Invalidità permanente (ex Tabella INAIL , Allegato n. 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124)" - delle Norme Comuni a tutte le Sezioni o se richiamata la Condizione aggiuntiva 9 - "Tabella per accertamento del grado di invalidità permanente".

d) Se l'*infortunio* ha come conseguenza una *invalidità permanente* definitiva, non determinabile sulla base dei valori specificati nella suindicata tabella si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
   - nel caso di minorazioni, anziché di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle specificate nella tabella, le percentuali sopraindicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
   - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
   - nel caso in cui l'*invalidità permanente* non sia determinabile sulla base dei valori e dei criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopraindicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dello
     Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

e) La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. 28 - Franchigia modulata Invalidità permanente al 3%
La somma assicurata per l'*invalidità permanente* da *infortunio* è soggetta ad una *franchigia* del 3%; pertanto la *Società* non liquida alcuna indennità se l'*invalidità permanente* è di grado non superiore al 3% della totale.
Se invece l'*invalidità permanente* è di grado superiore al 3%, la *Società* liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali:

% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE	%I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE
4	1	35	41
5	2	36	43
6	3	37	45
7	4	38	47
8	5	39	49
9	6	40	51
10	10	41	53
11	11	42	55
12	12	43	57
13	13	44	59
14	14	45	61
15	15	46	63
16	16	47	65
17	17	48	67
18	18	49	69
19	19	50	71
20	20	51	73
21	21	52	75
22	22	53	77
23	23	54	79
24	24	55	81
25	25	56	83
26	26	57	85
27	27	58	87
28	28	59	89
29	29	60	91
30	30	61	93
31	33	62	95
32	35	63	97
33	37	64	99
34	39	65 e oltre	100

Art. 29 - Criteri di indennizzabilità
La *Società* corrisponde l'*indennizzo* per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'*infortunio*. Se, al momento dell'*infortunio*, l'*Assicurato* non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'*infortunio* avesse colpito una persona integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dall'Art. 20 – "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente (ex tabella INAIL, allegato n. 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124)" delle Norme Comuni a tutte le Sezioni o - se richiamata la condizione aggiuntiva 9 - le percentuali previste nella "Tabella per accertamento del grado di invalidità permanente", sono diminuite tenendo conto del grado di *invalidità permanente* preesistente.

Art. 30 - Inabilità temporanea
L'*indennizzo* per *inabilità temporanea* è dovuto:
a) integralmente, per ogni giorno in cui l'*Assicurato* si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
b) al 50% per ogni giorno in cui l'*Assicurato* non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'*indennizzo* è cumulabile con quello dovuto per i casi di morte, *invalidità permanente, spese di cura da infortunio*, diaria da *ricovero* da *infortunio,* diaria da *immobilizzazione* con *apparecchio gessato* e diaria da convalescenza post ricovero da infortuni.
L'*inabilità temporanea* non è corrisposta per gli *infortuni* occorsi durante l'esercizio delle attività sportive previste nelle condizioni aggiuntive 1 e 2 se richiamate.

Art. 31 - Franchigia Inabilità temporanea
L'*indennizzo* per *inabilità temporanea* si intende corrisposto a partire dalle ore 24 del 7° (settimo) giorno successivo a quello dell'*infortunio*, se l'*infortunio* stesso è stato regolarmente denunciato nei termini prescritti all'art. 7 delle "Norme che regolano l'assicurazione in generale".
Se la denuncia è tardiva, la diaria decorre dal giorno successivo a quello della denuncia. Per la durata della cura, l'*Assicurato* deve inviare con continuità e sollecitudine certificati medici di proroga. In difetto, sarà considerata come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato inviato, salvo che la *Società* possa stabilire una data anteriore.
Sempreché non sia prestata la garanzia "Diaria da *ricovero* da *infortunio"*, e/o la "Diaria per *immobilizzazione* con *apparecchio gessato*", la *franchigia* suindicata s'intende derogata nei seguenti casi:
- l'*indennizzo* s'intende corrisposto senza *franchigia* in caso di *infortunio* comportante *ricovero* ospedaliero con *intervento chirurgico*;
- **l'*indennizzo* s'intende corrisposto dalle ore 24 del secondo giorno successivo a quello dell'*infortunio* comportante *ricovero* in *Istituto di cura* pubblico con almeno due pernottamenti.**

Art. 32 - Spese di cura da Infortunio
La *Società* rimborsa - sino alla concorrenza della somma assicurata indicata in *polizza* - le spese rese necessarie da un evento indennizzabile come *infortunio* e sostenute per le prestazioni e **con i limiti di seguito specificati**, validi per persona e per anno assicurativo.

A. Prestazioni sanitarie in caso di *ricovero*, *Day Hospital*, *Day Surgery* in *Istituto di cura*:
- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto medico o paramedico partecipante all'*intervento chirurgico*, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, endoprotesi ed apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati durante il *ricovero* o l'*intervento chirurgico* effettuato in *ambulatorio*;
- trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario all'*Istituto di Cura* fino alla concorrenza del 5% della somma assicurata indicata in *polizza*.

In caso di *ricovero* in *Day Hospital* la *Società* provvede al rimborso delle spese sopra indicate con le seguenti modalità:
- **dal 1° (primo) giorno di degenza, senza pernottamento, in caso di *ricovero* in *Day Hospital* presso un *Istituto di cura* pubblico;**
- **degenza minima di 2 (due) giorni consentivi, senza pernottamento, in caso di *Day Hospital* presso un *Istituto di cura* privato.**

B. Prestazioni sanitarie successive al *ricovero*, al *Day Hospital* e all'*intervento chirurgico* senza *ricovero* o successive all'*infortunio* che non abbia determinato *ricovero* o *intervento chirurgico*:
- visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici effettuati nei **180 (centottanta) giorni** successivi all'*infortunio* (**purché corredato da referto di Pronto Soccorso attestante l'*infortunio* subito**), al *ricovero*, al *Day Hospital* o all'*intervento chirurgico* senza *ricovero*, prescritti dal medico curante o dal medico specialista che ha in cura l'*Assicurato*, **con il limite del 20% della somma assicurata;**
- trattamenti fisioterapici e rieducativi (**escluse cure termali e similari nonché acquisto, manutenzione, riparazione e noleggio di apparecchi protesici e terapeutici**), prescritti dal medico curante o dal medico specialista che ha in cura l'*Assicurato*, **effettuati e fatturati entro i 6 (sei) *mesi*** dal giorno dell'*infortunio* **(purché corredato da referto di Pronto Soccorso attestante l'*infortunio* subito) o dal giorno della dimissione del *ricovero* o dell'*intervento chirurgico* senza *ricovero* con il limite del 20% della somma assicurata**.

C. Cure odontoiatriche:
- sono comprese le cure odontoiatriche e le protesi dentarie rese necessarie da *infortunio* comprovato da referto della prestazione effettuata presso Pronto Soccorso pubblico.
  La garanzia opera fino ad un massimo del 20% della somma assicurata indicata in *polizza* con il massimo di € 3.000,00 purché le cure vengano effettuate entro un *anno* dalla data dell'*infortunio*.

Agli effetti della garanzia prestata, si intende equiparata ad un *intervento chirurgico* la riduzione incruenta di *fratture* e lussazioni, praticata anche in regime di Pronto Soccorso.

Art. 33 - Diaria da ricovero da Infortunio
La *Società* corrisponde la diaria pattuita nella scheda di *polizza* a seguito di *ricovero* dell'*Assicurato* in *Istituto di cura*, conseguente a *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 365 (trecentosessantacinque) giorni, compreso anche il caso di *ricovero* in *Day Hospital* e *Day Surgery*.
La Diaria da ricovero da infortunio non è corrisposta per gli Infortuni occorsi durante l'esercizio delle attività sportive previste dalla condizione aggiuntiva 2 se richiamata.

Art. 34 - Diaria da Convalescenza post ricovero da infortunio
In caso di *ricovero*, reso necessario da *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, la *Società* corrisponde la diaria pattuita nella scheda di *polizza* per il periodo di convalescenza successivo al *ricovero*, compreso il *ricovero* avvenuto in *Day Hospital* e *Day Surgery*, **purché il periodo di convalescenza venga prescritto dal medico curante dell'*Assicurato*, per una durata massima di 15 (quindici) giorni per evento e per anno assicurativo**.
La diaria da convalescenza post *ricovero* da *infortunio* non si cumula con la diaria per *immobilizzazione* con *apparecchio gessato*, se pattuita in polizza, mentre si cumula con la garanzia di *inabilità temporanea,* se pattuita in *polizza*.

Art. 35 - Diaria per immobilizzazione con apparecchio gessato
La *Società* corrisponde la diaria pattuita nella scheda di *polizza* per il periodo di *immobilizzazione* con *apparecchio gessato* a seguito di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza* dal giorno successivo all'applicazione dello stesso, **per una durata massima di 100 (cento) giorni per evento e per anno assicurativo.**
In caso di frattura accertata di:
1. almeno 3 (tre) coste
2. vertebre
3. ossa del bacino

che prevedano un periodo di immobilizzazione senza l'applicazione di un *apparecchio gessato*, **la *Società* corrisponde la diaria giornaliera pattuita per il periodo di riposo a letto prescritto dal medico curante fino ad un massimo di 30 (trenta) giorni per evento e per anno assicurativo e comunque su presentazione di referto di Pronto Soccorso e/o referto radiologico.**

Se pattuita nella scheda di *polizza* anche la Diaria da ricovero da infortunio, la diaria per *immobilizzazione* verrà corrisposta a partire dal giorno successivo le dimissioni dell'assicurato dall'Istituto di cura.

La diaria per *immobilizzazione* con *apparecchio gessato* non si cumula con la diaria da convalescenza post ricovero da infortunio se pattuita in *polizza*, mentre si cumula con la garanzia di *Inabilità temporanea* se pattuita in *polizza*.

Art. 36 - Infortuni occorsi durante il servizio militare volontario
L'*Assicurazione* resta valida durante il servizio militare volontario in tempo di pace. **L'*Assicurazione* non comprende gli *infortuni* subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per carattere eccezionale, fermo il diritto per l'*Assicurato* di richiedere la risoluzione dell'*assicurazione* stessa, né gli *infortuni* subiti durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana, fermo il diritto per l'*Assicurato* di richiedere la sospensione dell'*assicurazione*. Nel caso di risoluzione, spetta all'*Assicurato* il rimborso della parte di *premio* relativa al periodo di assicurazione non goduto, mentre nel caso di sospensione l'*Assicurato* ha diritto di ottenere la protrazione dell'*assicurazione* per un periodo uguale a quello della data di sospensione.**

Art. 37 - Limite catastrofale
Nel caso di un unico evento che provochi l'*infortunio* di più persone assicurate con la presente *polizza*, l'esborso massimo complessivo a carico della *Società* non potrà comunque superare l'importo di € 4.000.000,00.
Qualora gli *indennizzi* liquidabili a sensi di *polizza* eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 38 - Validità territoriale
L'*Assicurazione* vale per il mondo intero.

Art. 39 - Adeguamento del premio per età
I premi delle garanzie previste nella Sezione I Infortuni sono determinati in funzione dell'età dell'Assicurato. Ad ogni scadenza annuale della *polizza*, il corrispettivo premio per ogni Assicurato si adegua applicando i coefficienti previsti dalla seguente tabella.

TABELLA COEFFICIENTI ADEGUAMENTO PREMIO PER ETA'

Età	Coefficienti in % di aumento sul premio dell'anno precedente	Età	Coefficienti in % di aumento sul premio dell'anno precedente	Età	Coefficienti in % di aumento sul premio dell'anno precedente
0	0,00%	26	0,00%	52	0,49%
1	0,00%	27	0,00%	53	0,49%
2	0,00%	28	0,00%	54	0,49%
3	0,00%	29	0,00%	55	0,49%
4	0,00%	30	0,00%	56	0,49%
5	0,00%	31	0,00%	57	0,48%
6	0,00%	32	0,00%	58	0,48%
7	0,00%	33	0,00%	59	0,48%
8	0,00%	34	0,00%	60	0,48%
9	0,00%	35	0,00%	61	0,47%
10	0,00%	36	0,00%	62	0,47%
11	0,00%	37	0,00%	63	0,47%
12	0,00%	38	0,00%	64	0,47%
13	0,00%	39	0,00%	65	0,46%
14	0,00%	40	0,00%	66	0,46%
15	0,00%	41	0,00%	67	0,46%
16	0,00%	42	0,00%	68	0,46%
17	0,00%	43	0,00%	69	0,46%

Età	Coefficienti in % di aumento sul premio dell'anno precedente	Età	Coefficienti in % di aumento sul premio dell'anno precedente	Età	Coefficienti in % di aumento sul premio dell'anno precedente
18	0,00%	44	0,00%	70	0,45%
19	0,00%	45	0,00%	71	0,00%
20	0,00%	46	0,51%	72	0,00%
21	0,00%	47	0,51%	73	0,00%
22	0,00%	48	0,50%	74	0,00%
23	0,00%	49	0,50%	75	0,00%
24	0,00%	50	0,50%	>75	0,00%
25	0,00%	51	0,50%		

Art. 40 - Attività professionale diversa da quella dichiarata in polizza

Fermo quanto previsto dagli Artt.1, 5, 6 delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale e dall'Art. 25 - Infortuni esclusi delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, se durante il periodo di validità della *polizza* si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata senza che ne sia stata data comunicazione scritta alla *Società*, in caso di *sinistro*, indennizzabile a termini di *polizza*, l'indennizzo verrà determinato come segue:

a) corrisposto integralmente qualora la diversa attività non sia più rischiosa di quella dichiarata in *polizza*;
b) **corrisposto in misura ridotta, secondo le percentuali previste dalla tabella sotto riportata qualora la diversa attività risulti essere più rischiosa di quella dichiarata in *polizza*.**

PERCENTUALE DI INDENNIZZO PER ATTIVITÀ SVOLTA DIVERSA DA QUELLA DICHIARATA				
Dichiarata	Attività svolta al momento del sinistro			
	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE C	CLASSE D
CLASSE A	100%	80%	52%	41%
CLASSE B	100%	100%	65%	52%
CLASSE C	100%	100%	100%	80%
CLASSE D	100%	100%	100%	100%

Per la determinazione del livello di rischio delle attività si farà riferimento alla Tabella CLASSIFICAZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALI (di seguito riportata). Per l'identificazione della classe di rischio delle attività professionali eventualmente non presenti nella predetta Tabella, verrà utilizzato il criterio di analogia/equivalenza ad una delle attività elencate.

Inoltre, premesso che la *Società* non avrebbe acconsentito a prestare l'*assicurazione* se fosse stata a conoscenza del cambiamento di attività professionale, **non sarà corrisposto alcun *indennizzo* qualora l'attività svolta dall'*Assicurato* al momento dell'*infortunio* rientri nel seguente elenco**:

- atleta sportivo professionista;
- pilota o collaudatore di veicoli a motore, natanti a motore, aeromobili;
- sub professionista, sommozzatore, palombaro;
- minatore, professionista a contatto con radio isotopi ed esplosivi;
- militare di corpi armati dello Stato, agente di polizia, guardia giurata;
- guida alpina o speleologica, istruttore di alpinismo;
- stunt-man, controfigura, circense.

La presente norma non si applica qualora sia operante la combinazione di rischio "Infortuni solo Extraprofessionali" di cui al precedente art. 22 "Combinazioni Rischi Assicurati" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni.
Infine, premesso che la *Società*, qualora al momento della stipulazione della *polizza* fosse stata a conoscenza che l'*Assicurato* svolgeva una delle attività professionali tra quelle riportate nel precedente elenco, non avrebbe acconsentito a prestare l'*assicurazione*, resta precisato che, **una volta riscontrato che l'attività professionale svolta dall'*Assicurato* rientra tra quelle escluse, l'*assicurazione* stessa cessa contestualmente, a norma dell'art. 1898 del Codice Civile.**
In tal caso, la *Società* rimborsa al *Contraente*, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla cessazione della *assicurazione* in corso, la parte di *premio*, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.

Condizioni Aggiuntive SEZIONE I - INFORTUNI

(valide solo se espressamente richiamate e rese operanti nelle Condizioni aggiuntive di polizza - Elenco persone assicurate - Sezione Infortuni)

1) Estensione attività sportive "a basso rischio" *(purché praticate in base alle norme di legge e/o da disposizioni regionali)*

L'*assicurazione* vale per gli *infortuni* che l'*Assicurato* indicato nella scheda di *polizza* subisca in occasione della pratica delle seguenti attività sportive, svolte sotto l'egida di federazioni od associazioni sportive, **ad esclusione degli *sport professionistici* o comunque quando l'*Assicurato* svolga l'attività sportiva in modo tale da essere prevalente, per impegno temporale, ad ogni altra occupazione.**

- calcio;
- calcetto;
- pallacanestro;
- sci alpino (slalom e/o discesa) e snowboard (compresi i fuori pista solo se effettuati ai margini delle piste da sci battute);
- ginnastica (artistica e trampolino);
- ciclismo;
- pattinaggio su ghiaccio e/o pista;
- sport equestri in genere.

L'*assicurazione* è prestata per le garanzie previste nella scheda di *polizza* **ad esclusione della garanzia di *inabilità temporanea* e di quanto previsto dall'art. 24 - altre garanzie prestate - punto 6 "Rotture tendinee sottocutanee".**
In caso di *infortunio* comportante *invalidità permanente*, non è dovuto alcun *indennizzo* per *invalidità permanente* pari o inferiore al 5%; in caso di *invalidità permanente* superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* è liquidato solo per la parte eccedente.
La presente *franchigia* annulla e sostituisce le *franchigie* eventualmente previste in *polizza*, se inferiori.

2) Estensione attività sportive "ad alto rischio" *(purché praticate in base alle norme di legge e/o da disposizioni regionali)*

L'*assicurazione* vale per gli *infortuni* che l'*Assicurato* indicato nella scheda di *polizza* subisca in occasione della pratica delle seguenti attività sportive, anche se svolte sotto l'egida di federazioni od associazioni sportive **ad esclusione degli *sport professionistici* o comunque quando l'*Assicurato* svolga tale attività in modo tale da essere prevalente, per impegno temporale, ad ogni altra occupazione**.

- Pugilato, arti marziali e lotta nelle sue varie forme, **la garanzia s'intende valida esclusivamente per gli *infortuni* occorsi durante le normali esercitazioni, prove o allenamenti, restando sempre esclusi i combattimenti;**
- atletica pesante;
- alpinismo con scalata di rocce od accesso ai ghiacciai oltre il 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche);
- salto dal trampolino con sci o idroscì;
- bob;
- immersioni con autorespiratore, comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua ma **escluse tutte le lesioni all'organo dell'udito, a condizione che l'*Assicurato* abbia il brevetto di attività subacquea rilasciato dalle competenti autorità sportive;**
- sci alpinismo;
- football americano;
- rugby;
- hockey su pista, su ghiaccio e su prato;
- sci e snowboard praticati fuori pista.

L'*assicurazione* è prestata limitatamente ai soli casi di morte, *invalidità permanente* e spese di cura da *infortunio*, se pattuite in *polizza*.

Le somme assicurate, indicate nella scheda di *polizza*, per le garanzie morte ed *invalidità permanente* s'intendono ridotte del 50% con il massimo di € 300.000,00 per ciascuna garanzia.

In caso di *infortunio* comportante un'*invalidità permanente*, non è dovuto alcun *indennizzo* per *invalidità permanente* pari o inferiore al 10%; in caso di *invalidità permanente* superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* è liquidato solo per la parte eccedente. La presente *franchigia* annulla e sostituisce le *franchigie* eventualmente previste in *polizza,* se inferiori.

S'intendono espressamente escluse le garanzie di cui all'art. 24 – Altre garanzie prestate, punto 1) " danno estetico", punto 6 "Rotture tendinee sottocutanee ", nonché la perdita e/o rottura di denti o protesi dentarie e di quanto previsto nella condizione aggiuntiva 8) Parificazione grado Invalidità permanente - Eliminazione franchigia per invalidità permanente grave, se richiamata.

Limitatamente alle attività sportive "atletica pesante ed immersioni con autorespiratore", s'intende operante la garanzia di cui all'art. 24 punto 1) "danno estetico", compresa la perdita e/o rottura di denti o protesi dentarie.

3) Franchigia modulata Invalidità permanente al 5%

Fermo quanto previsto all'art. 27 "Invalidità permanente" e a deroga di quanto previsto all'art. 28 "Franchigia Modulata Invalidità Permanente al 3%" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, **la somma assicurata per *Invalidità Permanente* da *Infortunio* è soggetta ad una *franchigia* del 5%; pertanto la *Società* non liquida alcun *indennizzo* se *l'invalidità permanente* è di grado non superiore al 5% della totale; se invece *l'invalidità permanente* è di grado superiore al 5%, la *Società* liquida un *indennizzo* calcolato sulla somma assicurata in base alle percentuali presenti nella seguente tabella:**

% I.P. accertata	% I.P. da liquidare	% I.P. accertata	% I.P. da liquidare	% I.P. accertata	% I.P. da liquidare
6	1	26	26	46	63
7	2	27	27	47	65
8	3	28	28	48	67
9	4	29	29	49	69
10	5	30	30	50	71

% I.P. accertata	% I.P. da liquidare	% I.P. accertata	% I.P. da liquidare	% I.P. accertata	% I.P. da liquidare
11	6	31	33	51	73
12	7	32	35	52	75
13	8	33	37	53	77
14	9	34	39	54	79
15	15	35	41	55	81
16	16	36	43	56	83
17	17	37	45	57	85
18	18	38	47	58	87
19	19	39	49	59	89
20	20	40	51	60	91
21	21	41	53	61	93
22	22	42	55	62	95
23	23	43	57	63	97
24	24	44	59	64	99
25	25	45	61	da 65 a 100	100

4) Franchigia Invalidità Permanente con Supervalutazione al 225%
(concedibile solo per la combinazione di rischio infortuni professionali ed extra-professionali e per somme assicurate di *invalidità permanente* fino a € 300.000,00)

Fermo quanto previsto all'art. 27 "Invalidità permanente" e a deroga di quanto previsto all'art. 28 "Franchigia Modulata Invalidità permanente al 3%" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, **la *Società* liquida un *indennizzo* calcolato sulla somma assicurata in base alle percentuali presenti nella seguente tabella:**

% I.P. accertata	% I.P. da liquidare	% I.P. accertata	% I.P. da liquidare	% I.P. accertata	% I.P. da liquidare	% I.P. accertata	% I.P. da liquidare
1	0,3	26	32	51	83	76	225
2	0,6	27	34	52	86	77	225
3	1	28	36	53	89	78	225
4	2	29	38	54	92	79	225
5	2,5	30	40	55	95	80	225
6	3	31	42	56	98	81	225
7	4	32	44	57	101	82	225
8	6	33	46	58	104	83	225
9	8	34	48	59	107	84	225
10	10	35	50	60	110	85	225
11	11	36	52	61	113	86	225
12	12	37	54	62	116	87	225
13	13	38	56	63	119	88	225
14	14	39	58	64	122	89	225
15	15	40	60	65	125	90	225
16	16	41	62	66	128	91	225
17	17	42	64	67	131	92	225
18	18	43	66	68	134	93	225
19	19	44	68	69	137	94	225
20	20	45	70	70	140	95	225
21	22	46	72	71	143	96	225
22	24	47	74	72	146	97	225
23	26	48	76	73	149	98	225
24	28	49	78	74	152	99	225
25	30	50	80	75	155	100	225

5) Franchigia Invalidità Permanente a scaglioni di somme
Fermo quanto previsto all'Art. 27 - Invalidità permanente - e a deroga di quanto previsto all'Art. 28 - Franchigia Modulata Invalidità permanente al 3% - delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, la liquidazione dell'*indennizzo* per *Invalidità permanente* verrà effettuata con le seguenti modalità:

a) sulla parte della somma assicurata fino a € 100.000,00 la *Società* corrisponderà l'*indennizzo* dovuto a termini di *polizza* senza applicazione di alcuna *franchigia*.
b) sulla parte della somma assicurata eccedente € 100.000,00 e fino a € 200.000,00 non si farà luogo ad *indennizzo* quando l'*Invalidità permanente* è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece l'*Invalidità permanente* risulti superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* verrà liquidato solo per la parte eccedente.
c) sulla parte della somma assicurata eccedente € 200.000,00 e fino a € 500.000,00 non si farà luogo ad *indennizzo* quando l'*Invalidità permanente* è di grado pari o inferiore al 10% della totale; se invece l'*Invalidità permanente* risulti superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* verrà liquidato solo per la parte eccedente.
d) sulla parte della somma assicurata eccedente € 500.000,00 non si farà luogo ad *indennizzo* quando l'*Invalidità permanente* è di grado pari o inferiore al 15% della totale; se invece l'*Invalidità permanente* risulti superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* verrà liquidato solo per la parte eccedente.

6) Franchigia Invalidità permanente assoluta 5%
Fermo quanto previsto all'Art. 27 - Invalidità permanente - e a deroga di quanto previsto all'Art. 28 - Franchigia Modulata Invalidità permanente al 3% - delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, **non è dovuto alcun *indennizzo* per *invalidità permanente* pari o inferiore al 5%. In caso di *invalidità permanente* superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* è liquidato solo per la parte eccedente.**

7) Franchigia Invalidità permanente assoluta 10%
Fermo quanto previsto all'Art. 27 - Invalidità permanente - e a deroga di quanto previsto all'Art. 28 - Franchigia Modulata Invalidità permanente al 3% - delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, **non è dovuto alcun *indennizzo* per *invalidità permanente* pari o inferiore al 10%. In caso di *invalidità permanente* superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* è liquidato solo per la parte eccedente.**

8) Parificazione grado Invalidità permanente - Eliminazione franchigia per invalidità permanente grave
(solo se prestate le condizioni aggiuntive 5 o 6 o 7)

Fermo quanto previsto dall'art. 27 "Invalidità permanente", in caso di *Invalidità Permanente* accertata pari o superiore al 65%, la *Società* liquida all'*Assicurato* il 100% della somma assicurata.
Fermo quanto previsto dall'art. 27 "Invalidità permanente", in caso di *Invalidità Permanente* accertata pari o superiore al 30%, la *Società* liquida l'*indennizzo* senza applicazione delle *franchigie* pattuite in *polizza*.
Le presenti estensioni non operano per gli *infortuni* previsti nelle condizioni aggiuntive 1 e 2 se pattuite in *polizza*.

9) Tabella per accertamento del grado di Invalidità Permanente
(richiamabile per tutte le franchigie previste in polizza)

L'art. 20 - Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente (ex tabella INAIL, allegato n. 1 DPR 30 giugno 1965 n. 1124) si intende abrogato.
L'*indennizzo* è quindi calcolato – ferme le eventuali *franchigie* operanti – sulla somma assicurata per *invalidità permanente* in proporzione al grado di invalidità accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

Per la perdita totale, anatomica o funzionale:

	destro	===	sinistro
di un arto superiore	70%		60%
di una mano o di un avambraccio	60%		50%
di un arto inferiore al di sopra del ginocchio		60%	
di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio		50%	
di un piede		40%	
del pollice	18%		16%
di una falange del pollice	9%		8%
dell'indice	14%		12%
del mignolo	12%		10%
del medio	8%		6%
dell'anulare	8%		6%
di una falange di altro dito della mano		1/3 del dito	
di un alluce		5%	
di una falange dell'alluce		2,50%	
di un altro dito del piede		3%	
di una falange di altro dito del piede		1%	
Sordità completa di un orecchio		10%	
Sordità completa di ambedue gli orecchi		40%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		25%	
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi		100%	
Stenosi nasale assoluta monolaterale		4%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		10%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra cervicale		12%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra dorsale		5%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo della 12a vertebra dorsale		10%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra lombare		10%	
Esiti di frattura del sacro		3%	
Esiti di frattura del coccige con callo deforme		5%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo		2%	
Perdita anatomica di un rene		15%	
Perdita anatomica della milza		10%	

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

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

Art. 41 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro
In caso di *sinistro*, il Contraente/*Assicurato* o i suoi aventi diritto devono:

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

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

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

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

Art. 42 - Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente
Il grado di *invalidità permanente* viene valutato con le modalità previste dall'art. 29 "Criteri di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.
La *Società* s'impegna a comunicare all'*Assicurato*, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Art. 43 - Anticipo Indennizzo per invalidità permanente
In caso di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, su richiesta dell'*Assicurato* e previa presentazione di idonea documentazione medico legale, la *Società* potrà liquidare a titolo di acconto un importo pari al 50% del presumibile ammontare dell'*indennizzo* con il massimo di € 30.000,00 (trentamila).
Condizione essenziale è che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla data di presentazione della denuncia e che la percentuale di *invalidità permanente* stimata dalla *Società* sia superiore al 25%.
L'anticipo è erogato a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del *sinistro* e l'anticipo non costituisce impegno della *Società* riguardo l'*indennizzo* definitivo. L'*indennizzo* pagato in anticipo, sarà dedotto da quanto dovuto, al netto di eventuali *franchigie*, in sede di liquidazione definitiva.

Art. 44 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio
Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi.
Tuttavia se l'*Assicurato* decede, per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'*indennizzo* sia stato pagato, la *Società*, previa produzione del certificato di morte dell'*Assicurato*, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato
  oppure, in mancanza
- l'importo offerto
  oppure, se non vi è stata ancora l'offerta
- l'importo oggettivamente determinabile dalla *Società* con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente articolo 41 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro, **fornendo, in ogni caso, alla *Società* il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti** (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), **corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero**.

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

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

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

Art. 45 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di inabilità temporanea
Fermo quanto previsto dall'art. 30 "Inabilità temporanea" e dall'art. 31 "Franchigia Inabilità Temporanea", **l'*indennizzo* viene corrisposto a guarigione clinica ultimata** ferme le modalità previste dal precedente art. 41 – "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro" **e comunque per un periodo massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni**.
La *Società* si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 46 - Anticipo indennizzo per inabilità temporanea
Nel caso *l'inabilità temporanea* totale superi i 45 (quarantacinque) giorni, la *Società* - accertatone il suo prolungamento - pagherà, su richiesta dell'*Assicurato*, l'importo pattuito in *polizza* corrispondente a detto periodo, **previa deduzione della *franchigia* prevista**.
La *Società* farà altrettanto per i periodi successivi di 45 (quarantacinque) giorni sempre che ne venga accertata la proroga.

Art. 47 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di spese di cura da infortunio
Fermo quanto previsto dall'art. 32 "Spese di cura da infortunio", il rimborso delle spese mediche sostenute dall'*Assicurato* viene effettuato con le modalità previste dal precedente art. 41 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro".

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi la documentazione in originale per ottenere il rimborso, la *Società* effettua il pagamento di quanto dovuto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.
Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.
La *Società* si impegna a comunicare all'*Assicurato* l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 48 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di diaria da ricovero da infortunio
Fermo quanto previsto dall'art. 33 "Diaria da Ricovero da infortunio", si precisa che, **ai fini liquidativi, il giorno di entrata e di dimissione dall'Istituto di cura vengono considerati un (1) giorno di ricovero**.
L'*indennizzo* viene corrisposto a cura ultimata, su presentazione, in originale, della relativa documentazione sanitaria (cartella clinica e certificati medici).
La *Società* si impegna a comunicare all'*Assicurato* l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 49 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di diaria per immobilizzazione con apparecchio gessato
Fermo quanto previsto dall'art. 35 "Diaria per immobilizzazione con apparecchio gessato", **l'*indennizzo* viene corrisposto a cura ultimata, su presentazione, in originale, della relativa documentazione sanitaria che comprovi il periodo di immobilizzazione (cartella clinica e/o certificati medici e/o referto di Pronto Soccorso e/o referto radiologico)**.
La *Società* si impegna a comunicare all'*Assicurato* l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 50 - Modalità di pagamento dell'indennizzo per tutte le garanzie infortuni
La *Società* disporrà il pagamento dell'*indennizzo* dovuto a termini di *polizza* entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà effettuata in Italia.

SEZIONE II – MALATTIA

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA

Art. 51 - Rischio assicurato
La *Società* corrisponde la diaria pattuita in *polizza* a seguito di *ricovero* dell'*Assicurato* in *Istituto di cura*, conseguente a *malattia*, parto naturale o con taglio cesareo e aborto terapeutico, per ciascun giorno di degenza e **per la durata massima di 365 (trecentosessantacinque) giorni**, compreso anche il *ricovero* avvenuto in *Day Surgery*.

La diaria viene corrisposta anche in caso di *ricovero* in *Day Hospital*, ma **per una durata massima di 100 (cento) per evento e per anno assicurativo, con le seguenti limitazioni:**

- **in caso di *ricovero* in *Day Hospital* presso un *Istituto di cura* pubblico, la diaria viene corrisposta dal 1° (primo) giorno di degenza senza pernottamento;**
- **in caso di *Day Hospital* in privata *Istituto di cura* privato, il *ricovero* deve essere di almeno 2 (due) giorni consecutivi senza pernottamento.**

Art. 52 - Stato di salute e relative dichiarazioni
L'*assicurazione* è prestata in base alle dichiarazioni fornite dall'*Assicurato* sul *questionario anamnestico*, che forma parte integrante della *polizza*, fondamentali per la valutazione ed accettazione del rischio da parte della *Società*, e la cui veridicità è alla base della validità della *polizza* stessa.

Pertanto in caso di dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'*Assicurato* al momento della stipulazione del contratto, vale quanto disposto dall'art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Art. 53 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa
L'*Assicurazione* ha effetto a partire dalle ore 24:

- **del 365° (trecentosessantacinquesimo) giorno successivo a quello di effetto della *polizza* o di pagamento del *premio*, se successivo, per il parto naturale, cesareo, l'aborto non volontario, le *malattie* dipendenti da gravidanza e puerperio;**
- **del 180° (centoottantesimo) giorno successivo a quello di effetto della *polizza* o di pagamento del *premio*, se successivo, per *malattie preesistenti* che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione della *polizza* ma insorti anteriormente a tale data nonché per le conseguenze di stati patologici noti al *Contraente*/*Assicurato*, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione della *polizza*, purché dichiarati alla *Società* all'atto stesso della compilazione del *questionario anamnestico* ed accettati senza esplicita limitazione del rischio da parte della *Società* stessa;**
- **del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della *polizza* o di pagamento del *premio*, se successivo, per tutte le altre *malattie*.**

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto in corso con le Società del Gruppo Helvetia, riguardante gli stessi assicurati e identiche garanzie**, i *termini di aspettativa* di cui sopra operano:**

- **dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultimo previsti;**
- **dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e/o alle diverse prestazioni da esso previste.**

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 54 - Esclusioni
L'*Assicurazione* non è operante per *ricoveri* relativi a:

a) ***infortuni* in genere;**
b) **conseguenze dirette di *malattie*, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla *Società* dal *Contraente*/*Assicurato* con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della *polizza*;**
c) **eliminazione o correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla stipulazione della *polizza*;**
d) **eliminazione e/o correzione dei difetti di rifrazione quali miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia;**
e) **malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65, n. 1124;**
f) ***sinistri* provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da *malattie mentali* e/o *disabilità mentali* e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;**
g) **conseguenze derivanti da *ubriachezza*, uso e *abuso di psicofarmaci* e *farmaci psicotropi*, uso di stupefacenti, salvo la somministrazione terapeutica e di allucinogeni e simili;**
h) **interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
i) **ogni conseguenza di anoressia e bulimia nonché prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica;**
j) **prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 08/11/1991 pubblicato sulla G.U. n. 262) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;**
k) **cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da neoplasie maligne;**
l) **conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;**
m) **degenze dovute alla necessità dell'*Assicurato*, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché *ricoveri* per lunga degenza, quando le degenze ed i *ricoveri* siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**
n) **degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di *istituti di cura*;**

o) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo, nonché terapie della sterilità acquisita e/o dell'impotenza dei singoli partner della coppia;
s. conseguenze di azioni dolose compiute o tentate *dall'Assicurato*, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
t. manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
u. prestazioni aventi finalità estetiche;
v. cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate alla infezione da HIV;
w. *ricoveri* allo scopo di effettuare check-up clinici.
x. *malattie* provocate da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (intendiamo guerra e insurrezioni).

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto le disposizioni di cui alle lettere b) e c) si applicheranno con riguardo alla data di variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.

Art. 55 - Franchigia Diaria da ricovero da malattia
L'*indennizzo* viene corrisposto con detrazione del numero dei giorni di *franchigia* indicati nella scheda di *polizza.*
La *franchigia*, se operante, si intende abrogata nei seguenti casi:
- *ricovero* comportante una degenza continuativa pari o superiore a 15 giorni;
- *ricovero* in *Day Hospital* se avvenuto presso un *Istituto di cura* pubblico;
- *ricovero* in *Day Surgery*.

Art. 56 - Validità territoriale
L'*Assicurazione* vale per il mondo intero.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE - SEZIONE MALATTIA - DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA
(valide solo se espressamente richiamate in polizza).

1) Diaria supplementare post *ricovero* per convalescenza
In caso di *ricovero*, reso necessario da *malattia* indennizzabile a termini di *polizza*, la *Società* corrisponde un'indennità giornaliera per il periodo di convalescenza post *ricovero* prescritto dall'*Istituto di Cura* all'atto della dimissione dell'*Assicurato* o dal medico ospedaliero che ha curato od operato l'*Assicurato*, **per la medesima somma assicurata pattuita per la garanzia "Diaria da ricovero" e per una durata massima di 20 (venti) giorni per evento e per anno assicurativo.**
La diaria supplementare post *ricovero* per convalescenza non viene corrisposta nei seguenti casi:
- **a seguito di *ricoveri* per parto naturale, parto con taglio cesareo ed interventi sulle tonsille e vegetazioni adenoidi su persone di età inferiore a 9 (nove) anni;**
- **a seguito di *ricovero* in *Day Hospital*.**

2) Raddoppio della Diaria da Ricovero in caso di *Grande Intervento Chirurgico*
(concedibile per somme assicurate nella Diaria da ricovero fino a € 100,00)
In caso di *ricovero*, reso necessario da una *malattia* indennizzabile a termini di *polizza* comportante un *intervento chirurgico* rientrante nell' "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" del presente fascicolo, la *Società* corrisponde, per ogni giorno di *ricovero*, **il doppio della somma assicurata per la garanzia "Diaria da ricovero" pattuita in *polizza* con il massimo di € 200,00 giornaliere, sempre per una durata massima di 365 (trecentosessantacinque) giorni e senza applicazione della *franchigia*, se operante.**
Il raddoppio non si applica sulla diaria supplementare post *ricovero* per convalescenza, se pattuita.

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

Art. 57 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro
In caso di *sinistro*, il Contraente/*Assicurato* o i suoi aventi diritto devono:
- **fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura**;
- **darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla *Società* entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile**; **il *sinistro* può essere denunciato anche accedendo all'area internet riservata MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata;**
- **fornire alla *Società* l'originale della cartella clinica completa e ogni altra documentazione sanitaria atta ad accertare la patologia oggetto del ricovero, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato**;
- **sottoporsi in Italia agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla *Società***.

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

Art. 58 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo
Fermo quanto previsto dall'art. 51 "Rischio Assicurato" e dall'art. 55 "Franchigia diaria da ricovero da *malattia*", si precisa che **ai fini liquidativi, il giorno di entrata e di dimissione dall'Istituto di cura vengono considerati sempre 1 (uno) giorno di *ricovero***.
L'*indennizzo* viene corrisposto a cura ultimata in base alle modalità previste dall'articolo che precede.
La *Società* si impegna a comunicare all'*Assicurato* l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 59 - Modalità di pagamento dell'indennizzo
La *Società* disporrà il pagamento dell'*indennizzo* dovuto a termini di *polizza* entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei *sinistri* sarà fatta in Italia.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Art. 60 - Rischio assicurato – Somma assicurata

L'*assicurazione* è prestata per il rimborso delle spese sostenute a seguito di *ricovero* in *Istituto di cura* per uno o più *interventi chirurgici* rientranti nell'"Elenco grandi interventi chirurgici", resi necessari da *malattia* od *infortunio*.
Qualora l'*Assicurato* si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, il rimborso sarà effettuato per spese o eccedenze di spese sostenute in proprio.
In alternativa al rimborso delle spese sostenute, comprese le spese effettuate prima e dopo il *ricovero*, l'*Assicurato* può chiedere il pagamento di una diaria sostitutiva per ogni giorno di *ricovero* e **fino ad un massimo di 90 (novanta) giorni per anno assicurativo.**
Tale diaria è fissata in € 150,00 al giorno.
La somma assicurata indicata nell'Elenco Persone assicurate si intende per anno assicurativo.

Art. 61 - Stato di salute e relative dichiarazioni

L'*assicurazione* è prestata in base alle dichiarazioni fornite dall'*Assicurato* sul *questionario anamnestico*, che forma parte integrante della *polizza*, fondamentali per la valutazione ed accettazione del rischio da parte della *Società*, e la cui veridicità è alla base della validità della *polizza*.

Pertanto in caso di dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'*Assicurato* al momento della stipulazione del contratto, vale quanto disposto dall'art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Art. 62 - Prestazioni garantite

- Prima del *ricovero*
  Il rimborso delle spese per onorari di: visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami, effettuati nei **90 (novanta) giorni** precedenti l'inizio del *ricovero*, purché pertinenti alla *malattia* o all'*infortunio* che hanno reso necessario il *ricovero* stesso.
  Il rimborso delle spese di trasporto in ambulanza all'*Istituto di cura* **fino al 10% della somma assicurata.**
- Durante il *ricovero*
  Il rimborso delle spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto medico e paramedico partecipante all'*intervento chirurgico*, ivi compresa la loro assistenza medica durante il *ricovero*; diritti di sala operatoria e materiale d'intervento; endoprotesi applicate durante l'*intervento chirurgico*; cure infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il *ricovero*; rette di degenza.
- Dopo il *ricovero*
  Il rimborso delle spese per onorari di: visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, effettuati nei **90 (novanta) giorni** successivi alla cessazione del *ricovero*, purché pertinenti alla *malattia* o all'*infortunio* che hanno reso necessario il *ricovero* stesso.
  Il rimborso delle spese di trasporto in autoambulanza dall'*Istituto di cura* al proprio domicilio **fino al 10% della somma assicurata.**

Art. 63 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa

L'*Assicurazione* ha effetto a partire dalle ore 24:

- **del giorno in cui ha effetto la *polizza* per gli *infortuni* o del giorno di pagamento del *premio*, se successivo;**
- **del 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto della *polizza* o di pagamento del *premio*, se successivo, per *malattie preesistenti* che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione della *polizza* ma insorti anteriormente a tale data nonché per le conseguenze di stati patologici noti al *Contraente*/*Assicurato*, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti, curati anteriormente alla stipulazione della *polizza*, purché dichiarati alla *Società* all'atto stesso della compilazione del *questionario anamnestico* ed accettati senza esplicita limitazione del rischio da parte della *Società* stessa;**
- **del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della *polizza* per le altre *malattie* o di pagamento del *premio*, se successivo.**

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto in corso con le Società del Gruppo Helvetia, riguardante gli stessi *Assicurati* ed identiche garanzie, i ***termini di aspettativa* di cui sopra operano**:

- **dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultimo previsti;**
- **dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da esso previste.**

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 64 - Esclusioni

L'*Assicurazione* non è operante per le spese relative a:

a) **conseguenze dirette di *infortuni*, *malattie*, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla *Società* dal *Contraente*/*Assicurato* con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della *polizza*;**
b) **eliminazione o correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla stipulazione del contratto;**
c) ***ricoveri*, spese mediche provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da *malattie mentali* e/o *disabilità mentali* e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;**
d) **malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65, n. 1124;**
e) **conseguenze di azioni dolose compiute o tentate dall'*Assicurato*, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;**
f) **conseguenze derivanti da *ebbrezza alcolica* alla guida di veicoli in genere, da *ubriachezza*, dall'uso o *abuso di psicofarmaci* e *farmaci psicotropi* nonché dall'uso di allucinogeni ed all'uso non terapeutico di stupefacenti;**
g) **parto naturale, parto con taglio cesareo ed interruzione della gravidanza, nonché le malattie dipendenti dalla gravidanza e puerperio;**

h) **prestazioni aventi finalità estetiche;**
i) **cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto; sono escluse in ogni caso le protesi dentarie salvo che non si tratti di cure rese necessarie da neoplasie maligne;**
j) **acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici**, salvo le endoprotesi applicate durante l'*intervento chirurgico*;
k) **conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che non siano causate da radiazioni per terapie mediche;**
l) ***ricoveri* in case di riposo, ancorché qualificate come *Istituti di cura*;**
m) **ogni conseguenza di anoressia e bulimia nonché prestazioni e/o terapie in genere con finalità dietologica;**
n) **prestazioni e/o terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 08/11/1991 pubblicato sulla G.U. n. 262) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;**
o) **terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo, nonché terapie della sterilità acquisita e/o dell'impotenza dei singoli partner della coppia;**
p) **conseguenze della pratica di qualsiasi attività sportiva praticata in forma professionistica e delle attività sportive indicate nell'art. 24 - Altre garanzie prestate delle "Norme che regolano l'assicurazione Infortuni", punto 8 - Attività sportive escluse - nonché delle attività sportive indicate nella Condizione aggiuntiva 2 - Estensione attività sportive "ad alto rischio" delle predette Norme (la presente esclusione si intende efficace anche quando la sezione Infortuni non sia operante);**
q) **conseguenze di *infortuni* derivanti dall'uso, anche come passeggero, di veicoli in circuiti, anche in assenza di competizione,** salvo i corsi di guida sicura, **nonché dall'uso di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio) e natanti a motore, in competizione e nelle relative prove;**
r) **conseguenze di *infortuni* derivanti dalla partecipazione, sia come conducente che come passeggero, a corse automobilistiche o motociclistiche ovvero a gare e relative prove ed allenamenti**, salvo si tratti di competizioni e relative prove di regolarità pura;
s) **conseguenze di tumulti popolari, atti di *terrorismo*, attentati, sempreché l'*Assicurato* vi abbia preso parte attiva;**
t) **partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo e non limitativo, spedizioni esplorative o artiche, himalayane e/o andine);**
u) **conseguenze di *infortuni* derivanti dall'uso e/o guida di mezzi di locomozione subacquea o aerea;**
v) **conseguenze di *infortuni* derivanti dalla guida di veicoli o natanti a motore per uso non privato (l'esclusione non è operante per le categorie professionali "taxista ed autotrasportatore") e in ogni caso, se il conducente assicurato è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi in stato di *ebbrezza alcolica*;**
w) **cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le patologie correlate alla infezione da HIV;**
x) ***infortuni* o *malattie* provocate da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (intendiamo guerra e insurrezioni).**

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto le disposizioni di cui alle lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data di variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.

Art. 65 - Validità territoriale
L'*Assicurazione* vale per il mondo intero.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico:
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracraniche
- Cranio plastiche
- Interventi per asportazione di corpi estranei endocranici
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Evacuazione di ascesso e/o ematoma intracranici
- Interventi di derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Operazione per encefalo-meningocele
- Lobotomia e altri interventi di psicochirurgia
- Talamotomia – pallidotomia ed altri interventi similari
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni meningomidollari
- Intervento per mielo-meningocele
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Intervento sul simpatico toracico:
  - Ganglionectomia toracica
  - Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
- Intervento sul simpatico lombare:
  - Gangliectomia lombare
  - Splancnicectomia
- Surrenectomia e altri interventi sulla capsula surrenale
- Anastomosi spino-facciale e simili

Faccia e bocca:
- Resezione del mascellare superiore
- Operazioni demolitrici del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Resezione parotidea
- Parotidectomia totale
- Riduzione e sintesi di frattura delle ossa del massiccio facciale

Collo:
- Interventi per ferite di grossi vasi del collo (vedi chirurgia vascolare)
- Interventi per ferite interessanti il tubo laringo-tracheale e faringo-esofageo
- Interventi per asportazioni di tumori maligni del collo
- Interventi sulla tiroide:
  - tiroidectomia totale o subtotale
- Interventi per diverticolo dell'esofago
- Resezione dell'esofago cervicale
- Interventi sulle paratiroidi

Torace:
- Mammella:
  - Mastectomia e quadrantectomia con svuotamento del cavo ascellare
- Interventi correttivi per petto escavato e ad imbuto
- Interventi sul mediastino:
  - per ascessi
  - per tumori
- Interventi per ferite del polmone
- Pneumotomia per ascessi
- Pneumotomia per asportazione di cisti da echinococco
- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Pneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronco-cutanee
- Ernie e cisti del diaframma
- Ferite toraco-addominali con lesioni viscerali
- Asportazione del timo

Chirurgia della tubercolosi polmonare:
- Toracoplastica totale

Ernie:
- Intervento per ernie diaframmatiche

Chirurgia cardiaca:
- Pericardiectomia:
  - parziale
  - totale
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei del cuore
- Commissurotomia (per stenosi mitralica)
- Legatura e resezione del dotto di Botallo
- Interventi sul cuore in circolazione extra corporea e/o ipotermia
- Intervento per embolia della arteria polmonare

Esofago:
- Interventi per ferite e corpi estranei dell'esofago toracico
- Interventi per esofagite, ulcera esofagea e ulcera peptica post-operatoria
- Operazioni sull'esofago:
  - resezioni esofagee
  - esofagectomia
- Interventi per diverticoli dell'esofago toracico
- Esofagoplastica

Addome:
- Laparatomia per contusione e/o ferite penetranti dell'addome con lesioni di organi interni parenchimali
- Laparatomia per contusione e/o ferite penetranti dell'addome con lesione dell'intestino
- Occlusione intestinale di varia natura con resezione intestinale

Stomaco duodeno:
- Gastro-enterostomia
- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche
- Cardiomiotomia extramucosa

Intestino:
- Entero anastomosi
- Resezione del tenue
- Resezione ileo cecale
- Resezione colica
- Emicolectomia totale
- Colectomia totale

Retto - ano:
- Resezione del retto
- Amputazione del retto

Fegato e vie biliari:
- Epatotomia semplice per cisti da echinococco
- Resezione epatica
- Emiepatectomia
- Derivazioni bilio-digestive
- Epatico e coledoctomia
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Shunt porto-sistemici

Pancreas e milza:
- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
  - Enucleazione delle cisti
  - Marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas:
  - totale o della testa
  - della coda
- Splenorrafia
- Splenectomia

Chirurgia vascolare:
- Interventi per aneurismi dei vasi arteriosi (temporali, facciali, radiali cubitali, arcate polmonari, pedidia)
- Sutura di grossi vasi degli arti del collo
- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Interventi per innesti di vasi
- Operazioni sulla aorta toracica e sulla aorta addominale
- By pass anatomici ed extra anatomici
- Endoarteriectomia

Chirurgia pediatrica:
Interventi per
- Idrocefalo ipersecretivo
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Occlusione intestinale del neonato
- Atresia dell'ano semplice:
  - abbassamento addomino perinale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale e rettovulvare:
  - abbassamento addomino perinale
- Teratoma sacro coccigeo
- Megauretere:
  - resezione con reimpianto
  - resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida:
  - mielomeningocele
- Megacolon:
  - resezione anteriore
  - operazione addomino perinale di Buhamel o Swenson
- Fistole e cisti dell'ombelico:
  - del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

Ortopedia e traumatologia:
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Artroplastiche grandi
- Riduzione e sintesi con mezzi metallici di fratture ossee

Urologia:
- Interventi per epispadia e ipospadia peniena
- Interventi complessi per epispadia scrotale e perinale
- Prostatectomia sottocapsulare
- Prostatectomia radicale
- Interventi per fistola vescico rettale
- Intervento per estrofia della vescica
- Cistectomia parziale
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia
- Ureterosigmoidostomia bilaterale
- Resezione renale
- Nefrectomia
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefro-ureteroctomia totale

Apparato genitale maschile:
- Amputazione totale del pene con svuotamento delle regioni inguinali
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadenectomia

Ginecologia e ostetricia:
- Interventi per fistola vescico-vaginale o retto-vaginale
- Interventi radicali per tumori maligni vulvari e vaginali
- Riduzioni "per vaginam" di spostamenti uterini ed applicazione del pessario vaginale
- Isterectomia totale
- Pannisterectomia radicale per via addominale
- Riduzione manuale per inversione di utero puerperale per via laparatomica
- Laparatomia per ferite e rotture di utero

Oculistica:
- Cornea:
  - trapianto corneale a tutto spessore
- Orbita:
  - operazione di Kronlein od orbitotomia
- Operazione per glaucoma:
  - operazioni fistolizzanti combinate
- Cristallino:
  - lussazione del cristallino-cataratte complicate
- Retina:
  - diatermocoagulazione alla Weve per distacco
  - cerchiaggio o resezione sclerale per distacco

Otorinolaringoiatra:
- Orecchio:
  - antroatticotomia
  - antroatticotomia con trapanazione del labirinto
  - chirurgia della sordità
  - operazione transmastoidee e sul facciale
- Naso:
  - intervento per tumore maligno mascellare superiore
  - intervento sull'ipofisi per via tran sfenoidale
- Laringe:
  - laringectomia parziale
  - laringectomia totale
  - faringolaringectomia

Trapianti:
- Trapianto del cuore e/o arterie
- Trapianto organi degli apparati:
  - digerente
  - respiratorio
  - urinario

Criterio analogico:
Gli *interventi chirurgici* che richiedono tecnologie uguali o più complesse rispetto a quelle necessarie per gli interventi elencati e che comportino onorari pari o superiori secondo quanto previsto dal D.P.R. del 20/12/1965 n. 1763 e successive modifiche, sono compresi nell'Assicurazione anche se non espressamente riportati in elenco.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRUGICO

Art. 66 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro
In caso di *sinistro*, il Contraente/*Assicurato* o i suoi aventi diritto devono:
- **fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura**;
- **darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla *Società* entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità,** ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile; **il *sinistro* può essere denunciato anche accedendo all'area internet riservata MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata;**
- **fornire alla *Società* l'originale della cartella clinica completa e ogni altra documentazione sanitaria atta ad accertare la patologia oggetto del ricovero, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato**;
- **fornire alla *Società* le relative notule, distinte e ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate**;
- **sottoporsi in Italia agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla *Società***.

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

Art. 67 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo
Fermo quanto previsto dall'art. 60 "Rischio Assicurato – Somma Assicurata" e dall'art. 62 "Prestazioni garantite", **l'*indennizzo* viene corrisposto a cura ultimata** in base alle modalità previste dall'articolo che precede.
La *Società* si impegna a comunicare all'*Assicurato* l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.
Qualora l'*Assicurato* abbia presentato a terzi la documentazione in originale per ottenere il rimborso, la *Società* effettua il pagamento di quanto dovuto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Art. 68 - Modalità di pagamento dell'indennizzo
La *Società* disporrà il pagamento dell'*indennizzo* dovuto a termini di *polizza* entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei *sinistri* sarà fatta in Italia.
Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 69 - Rischio assicurato
L'*Assicurazione* è prestata per il caso di *Invalidità Permanente* conseguente a *malattia* manifestatasi successivamente alla data di effetto della *polizza* e comunque **non oltre la data della cessazione dell'*Assicurazione***.

Art. 70 - Stato di salute e relative dichiarazioni
L'*assicurazione* è prestata in base alle dichiarazioni fornite dall'*Assicurato* sul *questionario anamnestico*, che forma parte integrante della *polizza*, fondamentali per la valutazione ed accettazione del rischio da parte della *Società*, e la cui veridicità è alla base della validità della *polizza*. **Pertanto in caso di dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'*Assicurato* al momento della stipulazione del contratto vale quanto disposto dall'art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.**

Art. 71 - Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa
L'*Assicurazione* ha effetto a partire dalle ore 24 del 90° (novantesimo) giorno successivo a quello di decorrenza della *polizza* o di pagamento del *premio*, se successivo.
Qualora la presente *Assicurazione* sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra *polizza* in corso con le Società del Gruppo Helvetia, riguardante gli stessi assicurati ed identiche garanzie, **i *termini di aspettativa* cui sopra operano**:
- **dal giorno di decorrenza della *polizza* sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste;**
- **dal giorno di decorrenza della presente *Assicurazione* per le maggiori o diverse prestazioni da essa prevista.**

La norma di cui al precedente comma vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso della presente *Assicurazione*.

Art. 72 - Esclusioni
Fermo quanto previsto dall'Art. 18 - Persone non assicurabili - delle Norme comuni a tutte le Sezioni, l'*Assicurazione* non è operante per le *invalidità permanenti preesistenti* alla data di effetto dell'*Assicurazione*, nonché per quanto imputabile a difetti fisici, malformazioni, condizioni fisiche patologiche preesistenti.
Sono inoltre escluse le *invalidità permanenti* da *malattie* provocate o derivanti direttamente o indirettamente da:
a) ***malattie mentali* e/o *disabilità mentali* e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;**
b) **delitti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;**
c) **sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate all'infezione da HIV;**
d) **malattie tropicali;**
e) ***ubriachezza*, uso e *abuso di psicofarmaci* e *farmaci psicotropi*, uso di stupefacenti, salvo la somministrazione terapeutica, e di allucinogeni e simili;**
f) **trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;**
g) **conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);**
h) **malattie professionali come definite dal DPR 30/6/65 n. 1124;**
y) ***malattie* provocate da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni).**

Art. 73 - Franchigia Invalidità permanente da Malattia
Nessun *indennizzo* spetta quando *l'Invalidità Permanente*, accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nell'Art. 20 delle Norme comuni a tutte le Sezioni (ex tabella I.N.A.I.L. allegato n. 1 D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124), sia di grado inferiore o pari al 25% della totale.
Quando l'*invalidità permanente* accertata sia invece di grado superiore al 25%, la *Società* liquida un *indennizzo* calcolato sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

Percentuale IP accertata	Percentuale da liquidare	Percentuale IP accertata	Percentuale da liquidare
Dall'1 al 25	0	46	42
26	2	47	44
27	4	48	46
28	6	49	48
29	8	50	50
30	10	51	53
31	12	52	56
32	14	53	59
33	16	54	62
34	18	55	65
35	20	56	68
36	22	57	71
37	24	58	74
38	26	59	77
39	28	60	80
40	30	61	83
41	32	62	86
42	34	63	89
43	36	64	92
44	38	65	95
45	40	66 e oltre	100

Art. 74 - Non cumulabilità della presente garanzia con quella Infortuni
La presente garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di *Invalidità permanente* da *infortunio*.

Art. 75 - Validità territoriale
L'*Assicurazione* vale per il mondo intero.

Art. 76 - Criteri di indennizzabilità
La *Società* corrisponde l'*indennizzo* per le conseguenze dirette causate dalla singola *malattia* denunciata.
Qualora la *malattia* colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da *malattie/invalidità coesistenti*.
Nel corso dell'*Assicurazione*, le *invalidità permanenti* da *malattia* già accertate non potranno essere oggetto di un'ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia nel caso in cui rappresentino *malattie/invalidità concorrenti*. Nel caso quindi la *malattia* colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente *malattia*, la valutazione dell'ulteriore *invalidità permanente* andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 77 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro
L'*Assicurato* o altra persona in sua vece devono:
- **denunciare la *malattia* entro 10 (dieci) giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la *malattia* diagnosticata, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata**; **il *sinistro* può essere denunciato anche accedendo all'area internet riservata MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata;**
- **inviare alla *Società* la certificazione medica sulla natura della *malattia***;
- **inviare periodicamente alla Società le informazioni relative al decorso della *malattia* denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri** e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti;
- **sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla *Società* e fornire alla stessa ogni informazione del caso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato**;
- **fornire alla *Società*, in caso di guarigione clinica della *malattia* denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico**;
- nei casi diversi dal punto che precede, richiedere alla *Società* di procedere all'accertamento dei postumi secondo le modalità riportate nel successivo art. 78 "Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo".

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

Art. 78 - Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente
Il grado di *invalidità permanente* viene valutato con le modalità previste dall'art. 76 "Criteri di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia **nel periodo compreso tra i 6 (sei) mesi ed entro i 18 (diciotto) mesi dalla data della denuncia della *malattia***. Tale periodo è convenzionalmente fissato sulla base di criteri medico legali che definiscono le tempistiche necessarie alla stabilizzazione dei postumi in caso di *malattia*.
Trascorsi i 6 (sei) mesi sopra indicati e sino allo scadere del 18 (diciottesimo) mese, la *Società* s'impegna a comunicare all'*Assicurato* l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche.
Prima del decorso dei 6 (sei) mesi, la *Società* non effettuerà alcuna valutazione del grado di *invalidità permanente*.
Decorsi i 18 (diciotto) mesi - indipendentemente dalla guarigione clinica della *malattia* denunciata ed anche in assenza della produzione da parte dell'*Assicurato* del certificato medico attestante la guarigione e i postumi invalidanti stabilizzati - la *Società* effettua comunque la valutazione medico legale atta ad accertare gli eventuali postumi invalidanti e si impegna a comunicare all'*Assicurato* l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 (novanta) giorni, decorrenti dallo scadere dei 18 (diciotto) mesi.

Art. 79 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dalla malattia
Il diritto all'*indennizzo* per *invalidità permanente* è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi.
Se l'*Assicurato* decede per cause diverse dalla *malattia* denunciata e dopo che la *Società* abbia effettuato gli opportuni accertamenti e verifiche ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'*indennizzo* in favore dell'*Assicurato*, la *Società*, previa produzione del certificato di morte dell'*Assicurato*, liquida agli eredi o aventi causa:
- l'importo già concordato
  oppure, in mancanza
- l'importo offerto.

Se l'*Assicurato* decede per cause diverse dalla *malattia* denunciata e prima siano stati effettuati gli accertamenti e verifiche necessari, la *Società* liquida agli eredi o aventi causa, **previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato**, l'importo oggettivamente determinabile dalla stessa con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente art. 77 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro". **Ciò a condizione che gli eredi o aventi causa dimostrino**:
- **la stabilizzazione dei postumi invalidanti mediante produzione del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti** (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), **corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero**;
- **l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla *malattia* generante lo stato di invalidità** (es. decesso dell'*Assicurato* a seguito di *sinistro* stradale).

Se ritenuta necessaria per la valutazione del *sinistro* o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della *Società*, gli eredi o aventi causa, al fine di dimostrare quanto sopra indicato, dovranno autorizzare l'autopsia dell'*Assicurato* che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla *Società* e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'*Assicurato*. Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dovranno fornire alla *Società*:
- certificato di stato di famiglia relativo all'*Assicurato*;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la *Società* dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del *sinistro* nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

La *Società* s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

Art. 80 - Modalità di pagamento dell'indennizzo
La *Società* disporrà il pagamento dell'*indennizzo* dovuto a termini di *polizza* entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia.

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI CLASSE A

- Addetto a centri di elaborazione dati
- Agente di Assicurazione
- Agente di Cambio e di Borsa
- Albergatore senza lavoro manuale
- Ambasciatore, Console, Personale Diplomatico in genere
- Amministratore di Beni propri
- Amministratore di Società e di Condomini
- Antiquario senza restauro
- Architetto senza accesso ai cantieri
- Assistente Sociale
- Avvocato
- Bambinaia / Baby-sitter
- Barbiere
- Broker di assicurazioni
- Clero (Appartenenti)
- Commercialista, Consulente in materia di Lavoro, Fiscale e Amministrativa
- Direttore di Orchestra
- Dirigente occupato solo in ufficio
- Disegnatore occupato solo in ufficio
- Estetista - Tatuatore
- Farmacista
- Fisioterapista
- Fotografo in studio
- Geometra che non accede ai cantieri
- Grafico
- Hostess di eventi - Promoter
- Igienista dentale
- Impiegato amministrativo
- Imprenditore in genere che non lavora manualmente
- Indossatore - Modello
- Infante
- Infermiere diplomato - Ostetrica
- Ingegnere occupato solo in ufficio
- Insegnante di Scuola e Docente Universitario
- Interprete
- Magistrato
- Massaggiatore
- Medico - Medico Chirurgo - Medico Odontoiatra
- Notaio
- Ottico - Optometrista
- Parrucchiere
- Pensionato
- Procacciatore d'affari - Mediatore
- Procuratore legale
- Produttore di assicurazioni
- Programmatore
- Psicologo
- Pubblicitario
- Puericultrice
- Sagrestano
- Scrittore
- Sociologo
- Studente
- Tecnico radiologo (senza effetti dovuti ai raggi)
- Titolare di concessionaria di auto e moto veicoli

ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI CLASSE B

- Addetto impresa di pulizie senza uso di impalcature esterne
- Addetto di autorimessa
- Addetto di tintoria - Lavasecco
- Agente di Commercio - Pubblicità - Viaggio - Immobiliare - Teatrale - Marittimo
- Agricoltore (Proprietari, Affittuari) senza lavoro manuale
- Agronomo
- Albergatore con lavoro manuale
- Allevatore / Addestratore di Animali Domestici
- Analista chimico
- Architetto con accesso ai cantieri
- Arredatore
- Artista di varietà, attore, musicista, cantante, agente teatrale, regista, sceneggiatore
- Autista in servizio privato - pubblico- Autista di taxi
- Autotrasportatore senza carico e scarico
- Bagnino
- Barista
- Benzinaio - Addetto alla stazione di servizio
- Bidello
- Biologo
- Calzolaio
- Cameriere di sala - di albergo
- Casalinga
- Casaro
- Ceramista
- Cesellatore
- Commerciante ambulante
- Commesso
- Corniciaio
- Diplomatico, politico, sindacalista
- Dirigente con accesso ai cantieri
- Disegnatore con accesso ad ambienti di lavoro
- Domestico - Collaboratore familiare - Badante
- Enologo ed enotecnico
- Fattorino
- Fioraio
- Floricoltore
- Fotografo anche all'esterno
- Geologo
- Geometra che accedono ai cantieri
- Gioielliere
- Giornalaio
- Giornalista (Cronisti, Corrispondenti)
- Guardarobiere
- Guida turistica
- Impiegato tecnico
- Imprenditore edile che non prende parte ai lavori
- Ingegnere che accede anche ai cantieri
- Insegnante di Educazione fisica
- Istruttore di Scuola Guida
- Laccatore
- Litografo - Tipografo
- Medico veterinario
- Odontotecnico
- Orefice
- Pellicciaio (Addetto alla confezione)
- Perito libero professionista occupato anche all'esterno
- Pescivendolo
- Portiere di stabile - Custode
- Postino
- Ricamatrice - Rammendatrice - Magliaia
- Riparatore Radio - TV - Telefonia
- Sarti

- Tabaccaio
- Tranviere
- Ufficiale Giudiziario
- Vetrinista

ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI CLASSE C

- Allevatore di Equini, Bovini, Suini
- Apicoltore
- Arrotino
- Autotrasportatore con carico e scarico
- Carrozziere
- Cuoco - Pizzaiolo
- Decoratore - Addobbatore
- Demolitore di autoveicoli
- Disinfestatore
- Elettrauto
- Elettricista all'interno di edifici
- Fabbro
- Facchino
- Giardiniere senza potatura di alberi - vivaista
- Gommista
- Idraulico solo all'interno di edifici o a terra
- Imbianchino solo all'interno di edifici
- Investigatore
- Macellaio
- Macchinista di treni
- Magazziniere
- Posatore di pavimenti - Piastrellista
- Materassaio
- Meccanico
- Netturbino
- Operaio con uso di macchine senza accesso ai cantieri, ponteggi e impalcature.
- Panificatore - Pasticciere
- Pastore
- Restauratore di mobili
- Ristoratore
- Saldatore
- Salumiere
- Scultore - Marmista
- Tappezziere
- Tornitore - Operatore controllo numerico computerizzato
- Vetraio

ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI CLASSE D

- Abbattitore di piante
- Addetti in imprese di pulizie con uso di impalcature esterne
- Agricoltore
- Antennista (Installatore di antenne Radio-Tv)
- Cave a giorno senza uso di mine - lavoro manuale
- Elettricista all'esterno di edifici su linee ad alta tensione
- Falegname
- Imbianchino anche all'esterno di edifici
- Imprenditore edile che può prendere parte ai lavori
- Lattoniere anche su impalcature e ponti
- Maniscalco
- Marinaio
- Mobiliere con fabbricazione di mobili in genere
- Muratore - Carpentiere
- Operaio con uso di macchine e accesso ai cantieri, ponteggi e impalcature
- Pescatore (pesca marittima costiera)
- Restauratore con utilizzo di impalcature
- Spazzacamino

Criterio analogico:
Per l'identificazione della classe di rischio delle attività professionali eventualmente non presenti nella tabella sopra riportata, verrà utilizzato il criterio di analogia/equivalenza ad una delle attività elencate.

SEZIONE III – ASSISTENZA

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per usufruire delle *prestazioni* previste, l'*Assicurato* o chi per esso **dovrà rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla *Struttura Organizzativa* di Europ Assistance Italia SpA, in funzione 24 ore su 24,** nei seguenti modi:

- telefonando dall'Italia **numero verde 800.01.69.10**
- telefonando dall'estero **numero +39 02 58.28.61.71**
- inviando un telegramma o una lettera raccomandata a:
  Europ Assistance Italia S.p.A.
  Piazza Trento 8 - 20135 – Milano
- inviando un fax **numero +39 02 58.47.72.01**

L'*Assicurato* dovrà comunicare alla *Struttura Organizzativa*:

- **il tipo di assistenza di cui necessita;**
- **il proprio nome, cognome e domicilio;**
- **il numero della *polizza* preceduto dalla sigla ELIN;**
- **indirizzo del luogo in cui si trova;**
- **il recapito telefonico dove la *Struttura Organizzativa* può richiamarlo nel corso dell'assistenza.**

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della *Struttura Organizzativa*.
La *Struttura Organizzativa* potrà richiedere all'*Assicurato* - **e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente** - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese sostenute. **In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla *Struttura Organizzativa* che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.**

Sostituzione *Struttura Organizzativa*
La *Società*, alla scadenza di ogni *annualità* assicurativa, si riserva la facoltà di cambiare la *Struttura Organizzativa*, dandone tempestivo avviso al *Contraente* e garantendo le medesime *prestazioni* previste dalla *polizza.* In questo caso è facoltà del *Contraente* di rinunciare alle garanzie previste in base al modulo acquistato, dandone comunicazione scritta alla *Società*.

PRESTAZIONI HELVETIA ASSISTANCE

PRESTAZIONI FORNITE 24 ORE SU 24 OVUNQUE SI TROVI L'ASSICURATO
L'*assicurazione* vale per i *sinistri* che insorgano in tutto il mondo.
Ciascuna *prestazione* non è fornita più di tre volte per *anno* di validità della *polizza*.

1. Consulenza medica
Qualora a seguito di *infortunio* o *malattia* l'*Assicurato* necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della *Struttura Organizzativa* che valuteranno quale sia la *prestazione* più opportuna da effettuare in suo favore.

2. Invio di un medico generico in casi d'urgenza in Italia
Qualora, a seguito di *infortunio* o *malattia* l'*Assicurato*, in Italia, **necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi** e non riesca a reperirlo, la *Struttura Organizzativa*, accertata la necessità della *prestazione*, provvederà ad inviare a spese della *Società* uno dei medici convenzionati.
In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la *Struttura Organizzativa* organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'*Assicurato* nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

3. Invio di un infermiere al domicilio
Qualora l'*Assicurato*, **nella *settimana* successiva al rientro da un *ricovero* in ospedale a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*,** abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la *Struttura Organizzativa* procurerà direttamente all'*Assicurato* un infermiere a tariffa controllata, assumendone la *Società* l'onorario **fino ad un massimo di € 200,00 per *sinistro*.**

4. Invio di un fisioterapista al domicilio
Qualora l'*Assicurato*, a seguito di traumi o *fratture* semplici derivanti da *infortunio*, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la *Struttura Organizzativa* provvederà ad inviare al domicilio dell'*Assicurato* un fisioterapista, **assumendone la *Società* l'onorario fino ad un massimo di € 200,00 per *sinistro*.**

5. Trasporto in autoambulanza in Italia
Qualora a seguito di *infortunio* o *malattia* l'*Assicurato* necessiti di un trasporto in autoambulanza, **successivamente al *ricovero* di primo soccorso**, la *Struttura Organizzativa* provvederà ad inviarla direttamente, tenendo la *Società* a proprio carico la relativa spesa **fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).**

6. Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni
Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, necessiti di essere trasportato dall'*Istituto di cura* presso il quale è stato ricoverato alla propria residenza, la *Struttura Organizzativa* invierà direttamente un'autoambulanza oppure un taxi per permettere all'*Assicurato*, e ad un eventuale accompagnatore, di raggiungere la propria abitazione.
La *Società* terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 100,00 per *sinistro*.

7. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, sia affetto da una patologia ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della *Struttura Organizzativa* previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la *Struttura Organizzativa* provvederà:

- ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'*istituto di cura* italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'*Assicurato*;
- ad organizzare il trasporto dell'*Assicurato* con il mezzo più idoneo in base alle condizioni del paziente mediante:
- aereo sanitario (la *Struttura Organizzativa* utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga in Italia);

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.
- ad assistere l'*Assicurato* durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della *Struttura Organizzativa*.

Non danno luogo alla prestazione:

- **le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'*Assicurato*, nonché le terapie riabilitative;**
- **le *malattie* infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.**

8. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'*Assicurato*, in conseguenza della prestazione di cui al precedente punto 7, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la *Struttura Organizzativa* provvederà al suo rientro **con il mezzo che i medici della *Struttura Organizzativa* stessa ritengono più idoneo** in base alle condizioni del paziente mediante:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla *Struttura Organizzativa* ed effettuato a spese della *Società*, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della *Struttura Organizzativa*. **L'*Assicurato* deve comunicare alla *Struttura Organizzativa* l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la *Struttura Organizzativa* possa stabilire i necessari contatti.**

9. Informazioni sanitarie specialistiche

(In funzione dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'*Assicurato* necessiti di informazioni riguardanti il servizio sanitario pubblico e/o privato, potrà ottenerle telefonando alla *Struttura Organizzativa* e potrà accedere alla banca dati che fornirà informazioni su:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli *istituti di cura*;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti ed uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi CEE ed extra CEE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti.

10. Medical Advice Program

(In funzione dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 esclusi i festivi infrasettimanali)

- Qualora l'*Assicurato* abbia un'alterazione dello stato di salute, per la quale è già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico, e desideri richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico - diagnostica, verrà, attraverso gli operatori della *Struttura Organizzativa*, messo in contatto con la *Centrale di Telemedicina* che, previo contatto telefonico con l'*Assicurato*, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di centri medici qualificati facenti parte del Network Salute.
- L'*Assicurato* dovrà telefonare alla *Struttura Organizzativa* che lo metterà in contatto con la *Centrale di Telemedicina*, cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere da parte degli specialisti dei centri medici qualificati del Network Salute.

A) <u>Consulenza medica di secondo livello</u>

I Medici della *Centrale di Telemedicina*, valutata la richiesta dell'*Assicurato*, effettuano con questo l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti. In questa fase saranno attivate **consulenze mediche di tipo generico** o **specialistico** e potrà essere definita dove richiesta una **consulenza di orientamento ad accertamenti specifici (check-up)**.

B) <u>Attivazione della rete nazionale di "centri di eccellenza"</u>

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva dei medici della centrale operativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'*Assicurato*, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico, ed all'elaborazione dei quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti dei "centri di eccellenza". Tutti i dati clinici, saranno trasmessi attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri ai *Centri Medici Internazionali* di riferimento. Il centro medico di riferimento eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei medici specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso.

I costi della visita specialistica saranno a carico della *Società* così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di € 300,00 per *sinistro*.

I medici specialisti dei "Centri di eccellenza" formuleranno rapidamente la propria risposta scritta, che verrà inviata alla *Centrale di Telemedicina* che, a sua volta, la trasmetterà all'*Assicurato*, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla.

La *Società* terrà a proprio carico tutti i costi.

C) <u>Attivazione del secondo parere internazionale</u>

Qualora su indicazione dei medici della *Struttura Organizzativa* o di quelli dei "Centri di eccellenza" nazionale, si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della *Struttura Organizzativa* al fine di erogare il servizio di secondo parere internazionale.

Tale servizio prevedrà la raccolta della documentazione del cliente, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico al *Centro Medico Internazionale* individuato e la predisposizione di un secondo parere scritto da parte del centro internazionale.

PRESTAZIONI FORNITE 24 ORE SU 24 QUANDO L'ASSICURATO SI TROVI AD OLTRE 50 KM DAL SUO COMUNE DI RESIDENZA.

Ciascuna *prestazione* non è fornita più di tre volte per anno di validità della *polizza* ed è operante quando, in conseguenza di un *sinistro* avvenuto in un luogo ad oltre 50 km di distanza dal comune di residenza dell'*Assicurato*, determina la richiesta di assistenza da parte dell'*Assicurato* dalla medesima località ove si è determinato il *sinistro*.

1. Interprete a disposizione all'estero

Qualora, in caso di *ricovero* in ospedale a seguito di *infortunio* o *malattia*, l'*Assicurato* trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la *Struttura Organizzativa* provvederà ad inviare un interprete, **assumendone la *Società* i costi fino ad un massimo di 8 (otto) ore lavorative per *sinistro*.**

La *prestazione* non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della *Struttura Organizzativa*.

2. Invio di medicinali urgenti

Qualora a seguito di *infortunio* o *malattia* l'*Assicurato* per le cure del caso necessiti urgentemente, secondo parere medico, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia) irreperibili sul posto, la *Struttura Organizzativa* provvederà ad inviarle con il mezzo più rapido tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

Restano a carico dell'*Assicurato* i costi di acquisto dei medicinali.

3. Anticipo spese mediche

Qualora a seguito di *infortunio* o *malattia* l'*Assicurato* debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la *Struttura Organizzativa* pagherà, per conto dell'*Assicurato*, le fatture **fino ad un importo massimo di € 500,00 per *sinistro*.**

La *prestazione* non è operante:

- **nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della *Struttura Organizzativa*;**
- **se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'*Assicurato*;**
- **se l'*Assicurato* non è in grado di fornire alla *Struttura Organizzativa* garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.**

Al rientro l'*Assicurato* dovrà rimborsare la somma anticipata entro 30 (trenta) giorni dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

4. Rientro sanitario

Qualora, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, le condizioni dell'*Assicurato*, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della *Struttura Organizzativa* ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la *Struttura Organizzativa* provvederà ad effettuare il trasporto **con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo in base alle condizioni del paziente mediante**:

- aereo sanitario (la *Struttura Organizzativa* utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il *sinistro* avvenga in Europa);
- aereo di linea classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla *Struttura Organizzativa* ed effettuato a spese della *Società*, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della *Struttura Organizzativa*.

La *Società*, qualora abbia provveduto al rientro dell'*Assicurato* a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla *prestazione*:

- **le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'*Assicurato*, nonché le terapie riabilitative;**
- **le *malattie* infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.**

La *prestazione* non è altresì operante qualora l'*Assicurato* o i suoi familiari addivengano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari che lo hanno in cura.

5. Rientro con un familiare

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'*Assicurato*, in base alle condizioni della *prestazione* "Rientro sanitario" di cui al precedente punto 4, ed i medici della *Struttura Organizzativa* non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la *Struttura Organizzativa* organizzerà anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per *l'Assicurato*.

La *Società* terrà a proprio carico il relativo costo.

La *Società* ha il diritto di richiedere al familiare dell'*Assicurato*, qualora ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, o altri documenti di viaggio non utilizzati.

6. Viaggio di un familiare

Qualora a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa* l'*Assicurato* necessiti di un *ricovero* in *Istituto di cura* **per un periodo superiore a 10 (dieci) giorni,** la *Struttura Organizzativa* metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere *l'Assicurato* ricoverato.

La *Società* terrà a proprio carico le relative spese sino ad un massimo di € 500,00 per *sinistro*. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

7. Rientro anticipato

Qualora l'*Assicurato* debba rientrare prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa di avvenuto decesso di un familiare in Italia (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora) come da data risultante su certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, la *Struttura Organizzativa* organizzerà il viaggio in treno, prima classe, o in aereo di linea, classe economica, fino al luogo dove è deceduto in Italia il familiare o al luogo ove il familiare deceduto viene inumato, tenendo la *Società* a proprio carico la relativa spesa. **La *prestazione* non è operante se l'*Assicurato***

non può fornire alla *Struttura Organizzativa* adeguate informazioni sui *sinistri* che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato.
Tali informazioni saranno documentate successivamente su richiesta della *Struttura Organizzativa*.

8. Accompagnamento minori
Qualora l'*Assicurato*, accompagnato da familiari minori di 18 *anni*, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro in seguito ad *infortunio* o *malattia improvvisa*, la *Struttura Organizzativa* metterà a disposizione di un familiare convivente, residente in Italia, un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia, tenendo la *Società* a proprio carico il relativo costo.

9. Autista a disposizione
Qualora l'*Assicurato* si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa* e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la *Struttura Organizzativa* metterà a disposizione un autista per ricondurre il veicolo ed eventualmente i passeggeri fino alla città di residenza dell'*Assicurato* stesso, secondo l'itinerario più breve.
La *Società* terrà a proprio carico l'onorario dell'autista, mentre **restano a carico dell'*Assicurato* le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi** (autostrade, traghetti, ecc.)**.**
Nel caso in cui l'*Assicurato* rientrasse senza attendere l'autista, **deve specificare il luogo dove è in custodia il veicolo da ritirare e lasciare sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione** alla guida del veicolo e, se si trova all'estero, la carta verde.

10. Rientro salma
Qualora a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa* l'*Assicurato* sia deceduto, la *Struttura Organizzativa* organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la *Società* a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di € 3.000,00 per *sinistro***, ancorché siano coinvolti più *Assicurati*. Se tale *prestazione* comportasse un esborso maggiore dell'importo massimo previsto (€ 3.000,00), la *prestazione* diventerà operante nel momento in cui in Italia la *Struttura Organizzativa* avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.
Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

ESCLUSIONI ED EFFETTI GIURIDICI RELATIVI AL SERVIZIO HELVETIA ASSISTANCE

1. **La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun *anno* di validità della *polizza* è di 60 (sessanta) giorni.**
2. **L'*Assicurato* libera dal segreto professionale, relativamente ai *sinistri* formanti oggetto di questo Servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del *sinistro*.**
3. **Tutte le *prestazioni* non sono dovute per *sinistri* provocati o dipendenti da:**
   a) **guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
   b) **scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di *terrorismo* e di vandalismo;**
   c) **dolo dell'*Assicurato*;**
   d) **suicidio o tentato suicidio;**
   e) ***infortuni* derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idroscì, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli *infortuni* sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;**
   f) ***malattie mentali* e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;**
   g) ***malattie* dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto *mese* e dal puerperio;**
   h) ***malattie* di cui l'*Assicurato* era a conoscenza ma non dichiarate nel *questionario anamnestico* e le *malattie preesistenti* dichiarate nel *questionario anamnestico* ed escluse dalla coperture assicurativa dalla *Società*;**
   i) **abuso di alcolici, dall'uso o *abuso di psicofarmaci* e *farmaci psicotropi* nonché dall'uso di allucinogeni ed all'uso non terapeutico di stupefacenti;**
   j) **l'espianto e/o il trapianto di organi.**
4. **Le *prestazioni* non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.**
5. **Qualora l'*Assicurato* non usufruisca di una o più *prestazioni*, la *Società* non è tenuta a fornire *indennizzi* o *prestazioni* alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**
6. **Ogni diritto nei confronti della *Società* si prescrive entro il termine di due *anni* dalla data del *sinistro* che ha dato origine al diritto alla *prestazione* in conformità con quanto previsto dall'Art. 2952 del Codice Civile.**
7. Per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni della legge italiana.
8. **Il diritto alle assistenze fornite dalla *Società* decade qualora l'*Assicurato* non abbia preso contatto con la *Struttura Organizzativa* al verificarsi del *sinistro*.**
9. La *polizza* è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla *polizza* sono soggette alla giurisdizione italiana.

La *Struttura Organizzativa* non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.

CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI - DECIMA REVISIONE – ICD – 10 DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA SETTORE V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI

Art. 60 Altri casi di dichiarazione di morte presunta.
Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:
1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Art. 62. Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta.
La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte.
Questa dichiarazione è pronunziata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50.
Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

Art. 1891 Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta.
Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.
I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.
All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.
Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave.
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.
L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.
L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave.
Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.
Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 Assicurazioni in nome o per conto di terzi.
Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1897 Diminuzione del rischio.
Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.
La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 Aggravamento del rischio.
Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.
L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.
Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.
Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899. Durata dell'assicurazione.
L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 Mancato pagamento del premio.
Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori.
Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.
Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.
Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro.
L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.
Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio.
L'assicurato che, dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.
Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'assicuratore.
L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.
Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.
L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.
Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2952 Prescrizione in materia di assicurazione.
Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.
Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.
La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.
La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

pagina lasciata intenzionalmente in bianco

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

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

Capitale Sociale franchi svizzeri 77.480.000 i.v.
N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano,
C.F. e Partita I.V.A. 01462690155 – R.E.A. n. 370476
Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric. Del M. Ind.,
Comm. Ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n.2
G.U. n. 357 del 31/12/1984 Provv. ISVAP n. 00757
del 19/12/1997 pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/1997
Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 2.00002
Iscr. Albo Gruppi Ass. n°d'ord. 031

helvetia
La tua Assicurazione svizzera