

POLIZZA INFORTUNI DEL CONDUCENTE

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 Guidiamo Sicuri**

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza Helvetia Guidiamo Sicuri, dedicata alle Persone giuridiche, offre una gamma di garanzie a copertura degli infortuni subiti dal Conducente dei veicoli indicati in polizza in conseguenza di incidente da circolazione.



Che cosa è assicurato?

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che possono subire le persone alla guida dei veicoli indicati in polizza (con esclusione delle persone trasportate), oppure quando ne salgono o ne scendono, caricano o scaricano merci o bagagli oppure mentre effettuano controlli o riparazioni di guasti durante il viaggio.

Helvetia paga o rimborsa all'assicurato per:

- ✓ **Invalità permanente da infortunio:** un importo calcolato in proporzione al grado di invalidità accertata con riferimento ai valori della tabella presente nelle Condizioni di polizza ed in base alla somma assicurata.
- ✓ **Morte:** agli eredi o ai beneficiari designati in polizza, un importo uguale alla somma assicurata.
- ✓ **Diaria da ricovero:** un importo per ciascun giorno di degenza e per massimo 100 giorni.
- ✓ **Diaria da immobilizzo:** un importo per ogni giorno di immobilizzazione con apparecchio gessato e per massimo 100 giorni.
- ✓ **Spese di cura da infortunio:** le 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.

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



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Premesso che la Compagnia, qualora al momento della stipulazione della polizza, fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool - stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - senza obbligo della Compagnia di corrispondere l'eventuale indennizzo.



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi gli infortuni causati da:

- ! stato di ebbrezza alcolica - ubriachezza;
- ! da ernie o conseguenze di sforzi in genere, infarti;
- ! uso di stupefacenti, uso e abuso di psicofarmaci e/o farmaci psicotropi, uso di allucinogeni e simili;
- ! dalla partecipazione a corse o gare e relative prove, nonché da uso, anche come passeggero, di veicoli in circuiti, anche in assenza di competizione;
- ! suicidio;
- ! guerra, insurrezioni, terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- ! trasporto non è effettuato in conformità alle disposizioni vigenti, alle indicazioni della carta di circolazione e all'uso dichiarato in polizza;

L'assicurazione non è operante:

- ✗ gli infortuni subiti: in caso di guida di veicoli senza la relativa abilitazione in base alle disposizioni di Legge;
- ✗ gli infortuni quando il veicolo è guidato da allievo conducente munito della prescritta autorizzazione, anche se accompagnato da persona abilitata.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale nel mondo intero.



Che obblighi ho?

Hai il dovere di:

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

In caso di sinistro devi:

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



Quando e come devo pagare?

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

Puoi pagare tramite:

- bonifico bancario;
- assegno non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bollettino postale;
- contanti, nei limiti previsti dalla 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 dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, se hai pagato il premio, 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 dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.



Come posso disdire la polizza?

Può avvenire mediante invio di lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto.

Il recesso è possibile anche dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto al pagamento stesso. In ogni caso, la Società 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 il termine del periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

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

Assicurazione Infortuni del Conducente

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 Guidiamo Sicuri

Data ultimo aggiornamento: 31 Luglio 2023

Il presente DIP Aggiuntivo è l'ultima versione disponibile

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

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

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

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

Autorità di Vigilanza competente: IVASS.

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

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

La presente copertura assicurativa vale per gli **infortuni** da circolazione che possano subire i **soliti conducenti** dei veicoli identificati in polizza nel relativo Elenco, quando gli stessi si trovano a bordo del veicolo oppure quando ne salgono o ne discendono, caricano o scaricano bagagli e/o merci trasportate oppure mentre effettuano controlli o riparazioni di guasti al mezzo identificato durante il viaggio. La polizza è rivolta esclusivamente a soggetti giuridici.

La polizza prevede le seguenti coperture:

INFORTUNI

✓ **MORTE DA INFORTUNIO** (garanzia facoltativa)

Se l'infortuno ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, la Compagnia corrisponde la somma assicurata pattuita in polizza agli eredi dell'Assicurato stesso in parti uguali.

Morte presunta. Quando l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortuno indennizzabile ai sensi di polizza, l'autorità giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

✓ **INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO** (garanzia obbligatoria)

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

La Compagnia corrisponde un indennizzo in caso di invalidità permanente da infortuno totale o parziale. In particolare:

- se l'infortuno ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, la Compagnia corrisponde l'intera somma assicurata;
- se l'infortuno ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo per invalidità permanente viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità accertato, secondo i criteri e le percentuali indicate nella "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente" (ex tabella INAIL, all. n.1 DPR 30 giugno 1965 n.1124);
- se l'infortuno 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:
 - o 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;
 - o 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;
 - o 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 dell'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 infortuno, in assenza di diverse indicazioni, è prestata con l'applicazione della franchigia a scaglioni di somme così composta:

- 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 risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.
- c) sulla parte della somma assicurata eccedente € 200.000,00 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 risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

✓ **DIARIA DA RICOVERO** (garanzia facoltativa)

La Compagnia corrisponde la diaria pattuita in polizza a seguito di ricovero dell'Assicurato in Ospedale o Istituto di cura, conseguente ad infortuno, indennizzabile a termini di polizza, per ciascun giorno di degenza.

✓ **DIARIA DA IMMOBILIZZO** (garanzia facoltativa)

La Compagnia corrisponde la diaria pattuita in polizza per il periodo di immobilizzazione con apparecchi gessati, successivo al ricovero, a seguito d'infortuno indennizzabile a termini di polizza oppure, in assenza di ricovero, dal giorno successivo all'applicazione degli stessi.

✓ **SPESE DI CURA DA INFORTUNIO** (garanzia facoltativa)

La Compagnia rimborsa all'Assicurato, sino alla concorrenza della somma assicurata pattuita in polizza, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza:

- a) le spese per gli esami ed accertamenti diagnostici prescritti dal medico;
- b) le spese per gli onorari dei medici nonché, in caso di intervento chirurgico, dell'équipe chirurgica, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento chirurgico;
- c) le spese per le cure, per i medicinali, per i trattamenti fisioterapici, rieducativi e per le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
- d) le spese per le rette di degenza in caso di ricovero;
- e) le spese di trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario, all'Istituto di Cura o ambulatorio, o da un Istituto di Cura o ambulatorio all'altro e, successivamente, al domicilio dell'Assicurato.

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni:

- in conseguenza di malore o stato di incoscienza non dovuti a condizioni patologiche;
- per imperizia, imprudenza, negligenza, anche gravi;
- per asfissia non di origine morbosa, per annegamento, assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, folgorazione, avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- per 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;
- derivanti da guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Sconto per numero di veicoli	Il premio viene ridotto nella misura di seguito indicata in funzione del numero di veicoli identificati in polizza al momento dell'emissione di quest'ultima e, successivamente, nel caso di movimentazione per inclusione e/o esclusione dei veicoli presenti nel relativo elenco.							
	<table border="1"><thead><tr><th>Numero veicoli</th><th>Sconto</th></tr></thead><tbody><tr><td>fino a 5 (escluso)</td><td>-</td></tr><tr><td>da 5 a 20 (compreso)</td><td>10%</td></tr><tr><td>oltre 20</td><td>15%</td></tr></tbody></table>	Numero veicoli	Sconto	fino a 5 (escluso)	-	da 5 a 20 (compreso)	10%	oltre 20
Numero veicoli	Sconto							
fino a 5 (escluso)	-							
da 5 a 20 (compreso)	10%							
oltre 20	15%							
Franchigia Invalidità Permanente assoluta 5%	Se prescelta, non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 5%. Se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.							
Franchigia Invalidità Permanente modulata 3%	Se prescelta, la somma assicurata per invalidità permanente è soggetta ad una franchigia del 3% e pertanto la Compagnia non liquida alcun indennizzo 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 Compagnia liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in base alle percentuali indicate.							

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non previste.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

! Oltre a quanto riportato nel DIP Danni, sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni:

- derivanti e/o causati da malattie mentali, ivi comprese sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive e relative conseguenze e complicanze;
- conseguenti e derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- gli infortuni da qualsiasi causa determinati;
- conseguenti e derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- derivanti da calamità naturali, nonché da proprie provocazioni od azioni delittuose;
- derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- derivanti da danni provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni).

L'assicurazione non è altresì operante per le persone che usano il veicolo arbitrariamente o contro la volontà di chi ne dispone legittimamente.

Garanzia	Limiti di indennizzo	Scoperto	Franchigia
<i>Infortuni</i>			
Invalità permanente da infortunio	-	-	Variabile in base a quella scelta
Diaria da ricovero da infortunio	100 giorni per anno assicurativo	-	-
Spese di cura da infortunio - Spese per le cure, per i medicinali, per i trattamenti fisioterapici, rieducativi e per le cure termali e le spese di trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario	10% della somma assicurata	-	-
Diaria da immobilizzo	100 giorni per anno assicurativo	-	-
Limite catastrofale	€ 2.000.000	-	-



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia in caso di sinistro: in caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato e/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'Intermediario 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;
- 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";
- 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, 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:

	<ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.</p>
	Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	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 o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, o la cessazione della copertura assicurativa.
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	<p>Il premio è determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è dovuto per intero, anche qualora ne sia stato concesso il frazionamento in più rata.</p> <p>In alternativa al pagamento del premio con periodicità annuale, il Contraente può scegliere una periodicità di pagamento semestrale, quadrimestrale o trimestrale. In tal caso, il pagamento del premio, gravato dall'addizionale di frazionamento rispettivamente del 3%, del 4% e del 5%, è effettuato rispettivamente ad ogni ricorrenza semestrale, quadrimestrale o trimestrale della data di decorrenza.</p> <p>Il pagamento del premio viene effettuato all'atto della conclusione del contratto e per tutta la sua durata ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza. In aggiunta a ciò, in occasione dell'inserimento in copertura di uno o più veicoli (inclusione) al Contraente è chiesto di pagare un premio calcolato in base al premio annuo richiesto per i veicoli della stessa tipologia di quello oggetto di inclusione (nella misura indicata nella tabella "Condizioni di copertura" riportata in polizza) e al periodo di tempo compreso tra la data d'inclusione e la data scadenza della successiva rata di premio non corrisposta.</p> <p>Il premio si intende comprensivo di imposta.</p> <p>Indicizzazione: Le somme assicurate e il premio non sono soggetti ad adeguamento.</p>
Rimborso	<p>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 della polizza ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.</p> <p>In caso di esclusione di uno o più veicoli dalla copertura, al Contraente sarà rimborsata la quota di premio pagata e non goduta, determinata con le stesse modalità previste per il caso dell'inclusione.</p>

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>L'Assicurazione ha durata annuale e può essere stipulata sia nella formula con tacito rinnovo a scadenza oppure senza tacito rinnovo.</p> <p>Nella forma con tacito rinnovo a scadenza, 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.</p> <p>Nella forma senza tacito rinnovo, la copertura assicurativa cessa alla scadenza pattuita.</p>
Sospensione	Non prevista.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a una tipologia di clientela, costituita da persone giuridiche, che desidera proteggersi dagli infortuni in conseguenza di un incidente da circolazione oppure avvenuti in caso di salita o discesa dal veicolo o in occasione di carico/scarico bagagli o mentre effettuano controlli o riparazione di guasti durante il viaggio.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 25,95%.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Qualora la polizza sia stata acquistata tramite tecniche di vendita a distanza, il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla stipula della polizza. In tal caso la Compagnia procederà alla restituzione del premio o della parte di premio già pagato, al netto delle imposte di legge. Il recesso non può essere esercitato nel caso in cui sia stato denunciato un sinistro nel periodo previsto per il diritto di ripensamento.
Risoluzione	Oltre a quanto rappresentato nel DIP Danni , in caso di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente può recedere dal contratto, dandone comunicazione alla Compagnia mediante lettera raccomandata. La polizza si intende annullata alla prima scadenza anniversaria o, se la comunicazione è stata fatta meno di 60 giorni prima della stessa, dalla scadenza annuale successiva.

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 - E-mail: 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 (indicare quando obbligatori):	
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Tramite il sito della Compagnia (www.helvetia.it) è possibile acquisire in forma più dettagliata informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.</p>

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

Polizza Infortuni da circolazione

Helvetia Guidiamo Sicuri

Condizioni di Assicurazione

Mod. H824 Ed. 11/2022

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

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

SOMMARIO

GLOSSARIO E DEFINIZIONI DI POLIZZA	1
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	3
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	3
Art. 2 - Altre Assicurazioni.....	3
Art. 3 - Effetto dell'assicurazione - Pagamento del premio	3
Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione.....	3
Art. 5 - Aggravamento del rischio	3
Art. 6 - Diminuzione del rischio.....	3
Art. 7 - Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente e/o Assicurato	3
Art. 8 - Recesso in caso di sinistro	3
Art. 9 - Proroga dell'assicurazione.....	3
Art. 9.1 - Diritto di ripensamento (solo per polizze collocate tramite <i>vendita a distanza</i>)	3
Art. 10 - Oneri fiscali.....	4
Art. 11 - Foro competente.....	4
Art. 12 - Rinvio alle norme di legge	4
Art. 13 - Onere della prova.....	4
Art. 14 - Assicurazione per conto altrui	4
Art. 15 - Misure restrittive.....	4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	4
Art. 16 - Rischio assicurato	4
Art. 17 - Delimitazioni ed esclusioni.....	4
Art. 18 - Persone non assicurate.....	5
Art. 19 - Esonero infermità mutilazioni e difetti fisici.....	5
Art. 20 - Criteri di indennizzabilità.....	5
Art. 21 - Controversie - Arbitrato irrituale.....	5
Art. 22 - Rinuncia della Compagnia all'azione di rivalsa	5
Art. 23 - Validità territoriale dell'assicurazione.....	5
Art. 24 - Morte da infortunio	5
Art. 25 - Invalidità Permanente	5
Art. 26 - Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente.....	6
Art. 27 - Franchigia Invalidità Permanente a scaglioni di somme.....	8
Art. 28 - Diaria da Ricovero.....	8
Art. 29 - Diaria da Immobilizzo.....	8
Art. 30 - Spese di cura.....	8
Art. 31 - Sconto per numero veicoli.....	8
Art. 32 - Inclusioni e/o esclusioni di veicoli identificati.....	8
Art. 33 - Limite catastofale.....	9
NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO	10
Art. 34 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro.....	10
Art. 35 - Obblighi della Compagnia sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente	10
Art. 36 - Anticipo indennizzo per il caso di invalidità permanente.....	10
Art. 37 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio.....	10
Art. 38 - Obblighi della Compagnia sulle modalità di indennizzo in caso di spese di cura.....	11
Art. 39 - Obblighi della Compagnia sulle modalità di indennizzo in caso di diaria da ricovero.....	11
Art. 40 - Modalità di pagamento dell'indennizzo per tutte le garanzie infortuni.....	11
CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI DECIMA REVISIONE - ICD - 10 DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA' SETTORE V DISTURBI PSICHICI E COMPORIMENTALI	12

GLOSSARIO E DEFINIZIONI DI POLIZZA

Qui di seguito sono riportati i principali termini utilizzati nella documentazione precontrattuale e contrattuale presente nel Fascicolo Informativo con il significato loro attribuito dalla Compagnia (Definizioni). 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.
Anno (annuo - annuale)	Periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile).
Anno assicurativo	Periodo di tempo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza del contratto
Apparecchio gessato	Mezzo di contenzione fisso, costituito da gessato fasce gessate o altri apparecchi (tutori) comunque immobilizzanti, anche esterni (fissatori esterni), applicato in Istituto di cura o ambulatorio in modo permanente e rimovibile esclusivamente presso Istituto di cura o ambulatorio. Sono considerati ingessatura 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 mediante il quale la Compagnia, dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, del danno a lui causato da un sinistro.
Beneficiario	Gli eredi dell'Assicurato ai quali la Compagnia 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.
Compagnia	L'impresa assicuratrice, Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Ebbrezza alcolica - ubriachezza	Condizioni conseguenti all'assunzione di alcool, nelle quali il livello di alcolemia risulta essere pari o superiore ai limiti previsti dalle vigenti normative.
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.
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).
Indennizzo	La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.
Infortunio	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, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	L'Ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia	Ogni oggettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia mentale e/o disabilità mentale	Ogni disturbo psichico e comportamentale così come definiti nel Settore V della "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" decima revisione - ICD - 10 dell'organizzazione Mondiale della Sanità (come da elenco allegato).
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 o l'Assicurato e la Compagnia.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.
Psicofarmaci	Farmaci contenenti sostanze psicoattive che agiscono sul Sistema Nervoso Centrale.
Quadrimestre (quadrimestrale)	Periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni, in funzione della data iniziale del conteggio.
Recesso	Scioglimento del vincolo contrattuale.

Ricovero	Degenza dovuta a infortunio comportante necessità di pernottamento, in Ospedale o Casa di cura, regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria.
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 l'assicurazione.
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.
Vendita a distanza	Il collocamento di contratti assicurativi senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario o della Compagnia e del Contraente.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o 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 dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 2 - Altre Assicurazioni

Il **Contraente** è esonerato dalla comunicazione preventiva alla **Compagnia** dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio presso altre imprese assicuratrici, da lui sottoscritte e/o sottoscritte dagli **Assicurati**.

In caso di **sinistro** l'**Assicurato** deve però comunicare l'esistenza di altre coperture e deve comunicare il **sinistro** a tutte le imprese assicuratrici indicando a ciascuna il nome degli altri.

Art. 3 - Effetto dell'assicurazione - Pagamento del premio

Il **premio** è sempre determinato per periodi 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 24.00 del giorno indicato in **polizza** se il **premio** o la prima rata di **premio** sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se il **Contraente** non paga i **premi** o le rate di **premio** successivi, l'**assicurazione** resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° (trentesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 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 **Compagnia**.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

Eventuali modifiche contrattuali devono essere provate dalle **Parti** per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio

Il **Contraente** deve dare comunicazione scritta alla **Compagnia** di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla **Compagnia** 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

Nel caso di diminuzione del rischio la **Compagnia** è tenuta a ridurre il **premio** o le rate di **premio** successive alla comunicazione del **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 si rimanda a quanto previsto nel capitolo NORME PER LA DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO (art. 34)

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 dall'**assicurazione** dandone comunicazione all'altra **Parte** mediante lettera raccomandata oppure mediante Posta Elettronica Certificata (PEC).

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 **Compagnia** 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 della **polizza** ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il **premio** stesso.

Art. 9 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata, spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza del contratto, quest'ultimo 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".

Art. 9.1 - Diritto di ripensamento (solo per polizze collocate tramite vendita a distanza)

Il **Contraente** può recedere dall'**assicurazione** entro 14 giorni dalla stipula della **polizza**, senza penali e senza doverne indicare il motivo. Il **recesso** può essere esercitato mediante **comunicazione scritta** contenente gli elementi identificativi della **polizza**, inviata con:

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

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

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

- della **parte di premio utilizzata** per il periodo di efficacia dell'**assicurazione**;
- degli **oneri fiscali previsti** (eventualmente) **dalla legge**.

Il **Contraente** NON può recedere se:

- l'**assicurazione** è stata vincolata;
- è stato denunciato un **sinistro** prima dell'esercizio del diritto di ripensamento.

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

Art. 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 dalla *polizza*, 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 dalla polizza devono essere assolti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato**, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 15 - Misure restrittive
La *Compagnia* non è tenuta a prestare l'*assicurazione* nella misura in cui la copertura assicurativa possa esporre la *Compagnia* stessa al manifestarsi o al rischio di:

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 16 - Rischio assicurato
L'*assicurazione* vale, per le garanzie e nei limiti delle somme assicurate indicate nelle Condizioni di copertura, riportate nel Mod. H821/1, per gli *infortuni* da circolazione che possano subire i **soliti conducenti** dei veicoli identificati in *polizza* nel relativo Elenco, riportato nel Mod. H821/2, quando gli stessi si trovano a bordo del veicolo oppure quando ne salgono o ne discendono, caricano o scaricano bagagli e/o merci trasportate oppure mentre effettuano controlli o riparazioni di guasti al mezzo identificato durante il viaggio.

Sono compresi in garanzia anche gli *infortuni*:

- in conseguenza di malore o stato di incoscienza non dovuti a condizioni patologiche;
- per imperizia, imprudenza, negligenza, anche gravi;
- per asfissia non di origine morbosa, per annegamento, assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, folgorazione, avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- per 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;
- derivanti da 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.

Art. 17 - Delimitazioni ed esclusioni

Sono esclusi dall'*assicurazione* gli *infortuni*:

- a) avvenuti quando il conducente si trova in stato di *ebbrezza alcolica - ubriachezza*;
- b) derivanti e/o causati da uso di stupefacenti, uso e abuso di psicofarmaci e/o farmaci psicotropi, salvo la somministrazione terapeutica, e uso di allucinogeni e simili;
- c) derivanti e/o causati da *malattie mentali*, ivi comprese sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive e relative conseguenze e complicanze;
- d) derivanti dalla partecipazione a corse o gare e relative prove, nonché da uso, anche come passeggero, di veicoli in circuiti, anche in assenza di competizione, salvo i corsi di guida sicura;
- e) conseguenti e derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da *infortunio*;
- f) derivanti e/o causati da ernie o conseguenze di *sforzi* in genere, nonché gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- g) conseguenti e derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*, nonché da suicidio;
- h) derivanti da calamità naturali, nonché da proprie provocazioni od azioni delittuose;
- i) derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- j) derivanti da danni provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni).

L'*assicurazione* non è operante:

- k) se il conducente è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti o in caso di patente scaduta, salvo che in quest'ultimo caso, al momento del sinistro, lo stesso abbia i requisiti necessari a ottenere il rinnovo;
- l) quando il veicolo è guidato da allievo conducente munito della prescritta autorizzazione, anche se accompagnato da persona abilitata;
- m) se il trasporto non è effettuato in conformità alle disposizioni vigenti, alle indicazioni della carta di circolazione e all'uso dichiarato in *polizza*;
- n) per le persone che usano il veicolo arbitrariamente o contro la volontà di chi ne dispone legittimamente.

Art. 18 - Persone non assicurate

Premesso che non sono assicurabili le persone affette da:

- **alcolismo**, dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - *psicofarmaci* e *farmaci psicotropi* assunti non a scopo terapeutico);
- sieropositività H.I.V.;

l'assicurazione non è operante per il conducente del veicolo che al momento del *sinistro* sia affetto da una o più di tali affezioni o *malattie*, indipendentemente dalla concreta valutazione del suo stato di salute.

Art. 19 - Esonero infermità mutilazioni e difetti fisici

Fermo quanto previsto dall'art. 18 "Persone non assicurate" delle presenti Norme, il *Contraente* è esonerato dall'obbligo di denunciare difetti fisici, *malattie* croniche o comportanti l'assunzione di una terapia farmacologica continuativa, menomazioni; *infortuni* con residue gravi *invalidità permanenti* di cui i singoli *Assicurati* fossero affetti al momento della stipulazione della *polizza* o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di *sinistro* resta espressamente confermato quanto previsto all'art. 20 "Criteri di indennizzabilità", nonché le esclusioni previste all'art. 17 "Delimitazioni ed esclusioni" delle presenti Norme.

Art. 20 - Criteri di indennizzabilità

La *Compagnia* 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. 25 "Invalidità Permanente" delle presenti Norme sono diminuite tenendo conto del grado di *invalidità permanente* preesistente.

Art. 21 - Controversie - Arbitrato irrituale

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

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di *invalidità permanente*, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 20 - Criteri di indennizzabilità delle presenti Norme, 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 provvisoria 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 22 - Rinuncia della Compagnia all'azione di rivalsa

In caso di *infortunio*, la *Compagnia* rinuncia a favore dell'*Assicurato* e dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile.

Art. 23 - Validità territoriale dell'assicurazione

L'*assicurazione* vale per il mondo intero.

Art. 24 - Morte da infortunio

1) **Oggetto della garanzia**

Se l'*infortunio* ha come conseguenza la morte dell'*Assicurato*, la *Compagnia* corrisponde la somma assicurata pattuita in *polizza* agli eredi dell'*Assicurato* stesso in parti uguali.

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

Tuttavia, se dopo il pagamento di un *indennizzo* per *invalidità permanente* l'*Assicurato* muore in conseguenza del medesimo *infortunio*, la *Compagnia* corrisponde ai beneficiari 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 due anni dall'*infortunio*, anche successivamente alla scadenza della *polizza*.

2) **Morte presunta**

Quando l'*Assicurato* sia scomparso a seguito di *infortunio* indennizzabile ai sensi di *polizza*, e in applicazione dell'art. 60, comma 3) del Codice Civile o dall'art. 211 del Codice della Navigazione, l'autorità giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, 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.**

Art. 25 - 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* e comunque **entro due anni dal giorno dell'*infortunio* denunciato e in rapporto causale.**

b) Se l'*infortunio* ha come conseguenza una *invalidità permanente* definitiva totale, la *Compagnia* corrisponde l'intera somma assicurata.

- c) Se l'*infortunio* ha come conseguenza una *invalidità permanente* definitiva parziale, l'*indennizzo* per *invalidità permanente* viene calcolato sulla somma assicurata (ferma l'applicazione della franchigia pattuita in polizza) in proporzione al grado di invalidità accertato, secondo i criteri e le percentuali indicate all'art. 26 - Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente.
- 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 dell'*Assicurato* allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- d) La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di *invalidità permanente* pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. 26 - Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente

Per l'accertamento del grado di invalidità permanente si fa riferimento alla seguente Tabella di valutazione (ex Tabella I.N.A.I.L., Allegato n° 1, DPR 30 Giugno 1965 n. 1124)

valutazione della 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	
Di un globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi.		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambe 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		11	
b) Senza possibilità di applicazione di protesi efficace		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	85		75
b) per amputazione al terzo superiore	80		70
Di un braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Di un avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Di tutte le dita della mano	65		55
Del pollice e del primo metacarpo	35		30
Del pollice	28		23
Dell'indice	15		13
Del medio		12	
Dell'anulare		8	
Del mignolo		12	
Della falange ungueale del pollice	15		12
Della falange ungueale dell'indice	7		6
Della falange ungueale del medio		5	
Della falange ungueale dell'anulare		3	
Della falange ungueale del mignolo		5	
Delle due ultime falangi dell'indice	11		9
Delle due ultime falangi del medio		8	
Delle due ultime falangi dell'anulare		6	
Delle due ultime falangi del mignolo		8	
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) con angolazione tra 110° - 75°:			
a) in semipronazione	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		35

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 un apparecchio di protesi		80	
Di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30	
DESCRIZIONE	PERCENTUALI		
	D	=	S
Dell'alluce e corrispondente metatarso		16	
Del solo alluce		7	
Di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3	
Della funzionalità dell'articolazione del ginocchio (anchilosi completa rettilinea)		35	
Della funzionalità della articolazione tibio-tarsica (anchilosi completa ad angolo retto)		20	
Di lunghezza (semplice accorciamento) di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

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

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio;
- 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;
- 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, è aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione;
- La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata in 16% se si tratta di infortunio agricolo;
- In caso di afachia monolaterale:

	Percentuali
a) con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
b) con visus corretto di 7/10	18%
c) con visus corretto di 6/10	21%
d) con visus corretto di 5/10	24%
e) con visus corretto di 4/10	28%
f) con visus corretto di 3/10	32%
g) con visus corretto inferiore a 3/10	35%
- In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.
- In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

Art. 27 - Franchigia Invalidità Permanente a scaglioni di somme

Fermo quanto previsto all'art. 25 - Invalidità permanente delle presenti Norme, 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* corrisponde 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 fa luogo ad *indennizzo* quando l'*invalidità permanente* è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece l'*invalidità permanente* risulta superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* viene liquidato solo per la parte eccedente;
- c) sulla parte della somma assicurata eccedente € 200.000,00 non si fa luogo ad *indennizzo* quando l'*invalidità permanente* è di grado pari o inferiore al 10% della totale; se invece l'*invalidità permanente* risulta superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* viene liquidato solo per la parte eccedente.

Art. 28 - Diaria da Ricovero

La *Compagnia* corrisponde la diaria pattuita in *polizza* a seguito di *ricovero* dell'*Assicurato* in *Istituto di cura*, conseguente ad *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 100 (cento) giorni per evento e per anno assicurativo.

Art. 29 - Diaria da Immobilizzo

La *Compagnia* corrisponde la diaria pattuita in *polizza* per il periodo di *immobilizzazione* con *apparecchi gessati*, successivo al *ricovero*, a seguito d'*infortunio* indennizzabile a termini di *polizza* oppure, in assenza di *ricovero*, dal giorno successivo all'applicazione degli stessi, per una durata massima di 100 (cento) giorni per evento e per anno assicurativo.

Art. 30 - Spese di cura

La *Compagnia* rimborsa all'*Assicurato*, sino alla concorrenza della somma assicurata indicata in *polizza*, in caso di *infortunio* indennizzabile a termine di *polizza*:

- a) le spese per gli esami ed accertamenti diagnostici prescritti dal medico;
- b) le spese per gli onorari dei medici nonché, in caso di *intervento chirurgico*, dell'*équipe* chirurgica, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'*intervento chirurgico*;
- c) le spese per le cure, per i medicinali, per i trattamenti fisioterapici, rieducativi e per le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
- d) le spese per le rette di degenza in caso di *ricovero*;
- e) le spese di trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario, all'*Istituto di Cura* o *ambulatorio*, o da un *Istituto di Cura* o *ambulatorio* all'altro e, successivamente, al domicilio dell'*Assicurato*.

L'onere a carico della *Compagnia* per l'insieme delle prestazioni di cui alle precedenti lettere c) ed e) non potrà superare il 10% (dieci per cento) della somma assicurata.

Art. 31 - Sconto per numero veicoli

Il *premio* viene ridotto nella misura di seguito indicata in funzione del numero di veicoli identificati in *polizza* al momento dell'emissione di quest'ultima e, successivamente, nel caso di movimentazione per inclusione e/o esclusione dei veicoli presenti nel relativo elenco.

Numero veicoli	Sconto applicato
fino a 5 (escluso)	-
da 5 a 20 (compreso)	10%
oltre 20	15%

Qualora in vigore di contratto il numero dei veicoli identificati superi in eccesso o per difetto una delle soglie di cui alla precedente tabella, il *premio* complessivo verrà ricalcolato applicando la misura dello sconto operante dopo che detta variazione si è verificata.

La misura dello sconto applicato viene indicata in *polizza* e nelle appendici che verranno eventualmente emesse nel caso di movimentazione dei veicoli, come indicato nell'art. 32 "Inclusioni e/o esclusioni di veicoli identificati" delle presenti Norme.

Art. 32 - Inclusioni e/o esclusioni di veicoli identificati

Per le inclusioni di veicoli, il *Contraente* deve darne comunicazione scritta all'Intermediario o alla *Compagnia* a mezzo lettera raccomandata, fax o e-mail indicando:

- Modello del veicolo;
- Tipologia del veicolo;
- Numero di targa;
- Data effetto copertura assicurativa.

Ai veicoli entrati in copertura a seguito di inclusione verranno applicate - in base alla tipologia di appartenenza degli stessi - garanzie e somme assicurate indicate nelle Condizioni di copertura riportate in *polizza*.

Per le esclusioni di veicoli il *Contraente* dovrà dare indicazione all'Intermediario o alla *Compagnia*, con le medesime modalità sopra indicate, indicando la targa del veicolo da escludere e la data di cessazione del rischio.

Le comunicazioni fatte all'Intermediario devono ritenersi valide come se fatte alla *Compagnia*.

A fronte di ogni inclusione il *Contraente* è tenuto a pagare il rateo di *premio* relativo al periodo che intercorre tra la data di inclusione e la scadenza del periodo di assicurazione.

A fronte di ogni esclusione (non seguita con contestuale inclusione di altro veicolo della stessa tipologia) la *Compagnia* rimborsa al *Contraente*, al netto delle imposte, la parte di *premio* pagata e non goduta relativa al periodo compreso tra la data di esclusione del veicolo e la scadenza del periodo di assicurazione. A fronte delle inclusioni/esclusioni avvenute nel corso di ciascun periodo di assicurazione, la *Compagnia* provvede a rideterminare l'ammontare del *premio* dovuto sulla base del numero e delle tipologie di veicoli effettivamente in garanzia, fermo il disposto dell'art. 31 "Sconto per numero veicoli".

In occasione di ogni inclusione e/o esclusione al *Contraente* verrà consegnata apposita appendice.

Art. 33 - 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 *Compagnia* non può comunque superare l'importo di euro 2.000.000,00 (due milioni).

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

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide se espressamente indicate nella scheda di polizza)

A. Franchigia Invalidità Permanente assoluta 5%

Fermo quanto previsto all'art. 25 - Invalidità Permanente e a deroga di quanto previsto all'art. 27 - Franchigia Invalidità permanente a scaglioni di somme delle "Norme che regolano l'assicurazione Infortuni", non è dovuto alcun *indennizzo per invalidità permanente* pari o inferiore al 5%.

Se invece l'*invalidità permanente* risulta superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* verrà liquidato solo per la parte eccedente.

B. Franchigia Invalidità Permanente modulata 3%

Fermo quanto previsto all'art. 25 - Invalidità permanente e a deroga di quanto previsto all'art. 27 - Franchigia Invalidità permanente a scaglioni di somme delle "Norme che regolano l'assicurazione Infortuni", la somma assicurata per invalidità permanente è soggetta ad una franchigia del 3% e pertanto la *Compagnia* non liquida alcun *indennizzo* 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 *Compagnia* liquida un *indennizzo* calcolato sulla somma assicurata in base alle percentuali indicate nella tabella che segue.

% 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	da 65 a 100	100

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

Art. 34 - 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 **Compagnia** entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile; il **sinistro** può essere denunciato anche accedendo all'area internet riservata MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata;
- c. corredare la denuncia del sinistro con certificato medico; la denuncia deve inoltre contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento;
- d. documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici;
- e. sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla **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;
- f. produrre gli originali di notule, distinte, ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate relativamente la garanzia "Spese di cura";
- g. 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 (art. 1915 del C. C.).

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 del 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. 35 - Obblighi della Compagnia sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 20 "Criteri di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.

La **Compagnia** 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. 36 - Anticipo indennizzo per il caso di invalidità permanente

In caso di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, su richiesta dell'Assicurato e previa presentazione di idonea documentazione medico legale, la **Compagnia** potrà liquidare a titolo di acconto un importo pari al 50% (cinquanta per cento) del presumibile ammontare dell'*indennizzo* con il massimo di euro 30.000,00.

L'*indennizzo* pagato in anticipo sarà dedotto da quanto dovuto, al netto di eventuali *franchigie*, in sede di liquidazione definitiva. **Condizione essenziale è che siano trascorsi almeno sei mesi dalla data di presentazione della denuncia e che la percentuale di invalidità permanente stimata dalla Compagnia sia superiore al 25%. L'anticipo è erogato a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro e non costituisce impegno da parte della Compagnia riguardo l'indennizzo definitivo.**

Art. 37 - 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 **Compagnia**, 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 **Compagnia** con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente art. 34 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro, **fornendo, in ogni caso, alla Compagnia 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 Compagnia:

- 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 Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenni 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 Compagnia, gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Compagnia 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 Compagnia 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. 38 - Obblighi della Compagnia sulle modalità di indennizzo in caso di spese di cura

Fermo quanto previsto dall'art. 30 "Spese di cura", il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato viene effettuato con le modalità previste dal precedente art. 34 "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 Compagnia 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 Compagnia si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 39 - Obblighi della Compagnia sulle modalità di indennizzo in caso di diaria da ricovero

Fermo quanto previsto dall'art. 28 "Diaria da Ricovero", 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 Compagnia si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 40 - Modalità di pagamento dell'indennizzo per tutte le garanzie infortuni

La Compagnia 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.

**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. 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. 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 risolto 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.

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

Via G.B. Cassinis, 21 – 20139

Milano Tel. 02 5351 1

Fax 02 5520360 - 5351461

www.helvetia.it, PEC: helvetia@actaliscertymail.it

Capitale Sociale franchi svizzeri 82.621.900 i.v.

N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano,
C.F. e Partita I.V.A. 01462690155 – R.E.A. n. 370476
Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric. Del M. Ind.,
Comm. Ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n.2
G.U. n. 357 del 31/12/1984 Provv. ISVAP n. 00757
del 19/12/1997 pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/1997

Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 2.00002

Iscr. Albo Gruppi Ass. n°d'ord. 031