SET INFORMATIVO

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

Helvetia Protezione Oggi
Assicurazione Infortuni e Malattia - Mobilità

IL PRESENTE DOCUMENTO CONTIENE
Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni)
Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni)
Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei Termini

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

H1143 - Ed. 06/2025

POLIZZA INFORTUNI MOBILITA'

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

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

Prodotto: **Helvetia Protezione Oggi - Formula Mobilità**

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza "Helvetia Protezione Oggi - Formula Mobilità" è la soluzione assicurativa studiata per proteggere i soggetti assicurati dalle conseguenze di infortuni subiti in qualità di conducente, trasportato, passeggero e pedone. Offre una gamma di garanzie, abbinabili a scelta, che consentono di costruire una copertura personalizzata.
La polizza prevede due soluzioni assicurative acquistabili solo in alternativa fra loro: Formula Mobilità - Conducente - Formula Mobilità - Circolazione.

Che cosa è assicurato?

FORMULA MOBILITA' - CONDUCENTE:
tutela dagli infortuni subiti alla guida di una autovettura.
Sono previste due garanzia sempre operanti: Caso Morte e Invalidità permanente da infortunio.
È inoltre possibile acquistare le seguenti garanzie:

- ✓ Spese di cura da infortunio: il rimborso delle spese sostenute fino al limite della somma assicurata indicata in polizza. Le principali spese rimborsabili sono:
  - esami e accertamenti diagnostici, onorari dei medici, diritti di sala operatoria, medicinali,
  - trattamenti fisioterapici e rieducativi, rette di degenza e spese di trasferimento.
- ✓ Diaria da ricovero da infortunio: la corresponsione della diaria assicurata per ciascun giorno di degenza e per massimo 100 giorni.
- ✓ Diaria da immobilizzazione da infortunio: viene corrisposto un importo per ogni giorno di immobilizzazione con apparecchio di contenzione e per la durata massima di 50 giorni. Se la frattura non prevede l'applicazione di un apparecchio di contenzione, viene corrisposta la diaria fino a un massimo di 15 giorni.

FORMULA MOBILITA' - CIRCOLAZIONE:
tutela dagli infortuni subiti in conseguenza di incidente di circolazione in qualità di:

- Conducente di veicoli;
- Conducente di mezzi non targati;
- Passeggero di veicoli adibiti al trasporto di persone o come passeggero su mezzi di locomozione per trasporto pubblico o privato, terrestri, marittimi, fluviali, lacustri esclusi quelli non omologati al trasporto di passeggeri;
- Passeggero su mezzi di locomozione aerea per trasporto pubblico o privato;
- Pedone a seguito di investimento da parte di veicolo a motore e mezzi non targati

- ✓ Oltre alla garanzia Invalidità permanente da infortunio (indennizzo calcolato in proporzione al grado di invalidità permanente totale o parziale accertato dalla compagnia secondo criteri predeterminati dalla stessa) che è obbligatoria, le garanzie acquistabili sono:
- ✓ Morte da infortunio: corresponsione agli eredi o ai beneficiari designati in polizza, di un importo pari alla somma assicurata.
- ✓ Spese di cura da infortunio: il rimborso delle spese sostenute fino al limite della somma assicurata indicata in polizza. Le principali spese rimborsabili sono:
  - esami e accertamenti diagnostici, onorari dei medici, diritti di sala operatoria, medicinali,
  - trattamenti fisioterapici e rieducativi, rette di degenza e spese di trasferimento.

Che cosa non è assicurato?

Operante per tutte le garanzie di polizza

- ✘ persone che, nel corso di validità del contratto, superino gli 80 anni;
- ✘ le persone affette dalle seguenti patologie: alcolismo e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), epilessia, sieropositività da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sindromi organiche-cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi, Morbo di Parkinson, tutte le demenze e Alzheimer, malattie demielinizzanti (a scopo esemplificativo SLA, sclerosi multipla e simili), esiti di poliomielite;
- ✘ le conseguenze (quali morte, invalidità permanente, etc.) di malattie o di eventi non qualificabili come fortuiti, violenti ed esterni.

Ci sono limiti di copertura?

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

Sono esclusi gli infortuni causati da:

- ! guida di veicoli senza la relativa abilitazione in base alle disposizioni di Legge o in caso di patente scaduta;
- ! guida di mezzi di locomozione aerea, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! partecipazione, sia come conducente che come passeggero, a corse automobilistiche o motociclistiche e relative prove ed allenamenti;
- ! delitti dolosi compiuti o tentati, compreso il suicidio;
- ! infarti, ernie di qualsiasi tipo e le rotture tendinee sottocutanee.

Le garanzie possono presentare franchigie, scoperti e limiti di indennizzo specifici.

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

- ! Per la sezione Assistenza non sono previste le prestazioni erogate in situazioni in cui non vi sia un'emergenza in corso.

Che cosa è assicurato?

- ✓ Diaria da ricovero da infortunio: la corresponsione della diaria assicurata per ciascun giorno di degenza e per massimo 100 giorni.

Inoltre, con entrambe le formule, è possibile acquistare:

- ✓ **Sezione Assistenza** che prevede prestazioni di servizio erogate da Europ Assistance Italia S.p.A. 24 ore su 24 per i soli casi di emergenza (anche con consulto telefonico).
- ✓ **Sezione Tutela legale** che copre le spese legali in caso di controversie intervenute a seguito di un evento garantito dalla polizza.

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

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 o PEC, eventuali cambiamenti che possono comportare un aggravamento di rischio (solo per la sezione Infortuni).

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

In caso di sinistro devi:

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

Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio avviene all'atto della conclusione del contratto. È possibile chiedere il frazionamento mensile, quadrimestrale oppure semestrale con una maggiorazione del premio, rispettivamente, del 6%, 4% e 3%. I pagamenti successivi al primo seguiranno la periodicità di 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;
- tramite addebito diretto su conto corrente (SEPA Direct Debit – S.D.D.) nel solo caso di frazionamento del premio in rate mensili.

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

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

Come posso disdire la polizza?

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

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

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

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

Infine, se la polizza è stata acquistata tramite tecniche di vendita a distanza, è possibile esercitare il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla stipulazione della polizza.

Assicurazione Infortuni Mobilità

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 Protezione Oggi - Formula Mobilità

Data ultimo aggiornamento: 15 giugno 2025

Scopo: 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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.
Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società: 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 117.470.766 di cui euro 79.993.441 costituiscono la parte relativa al fondo di dotazione ed euro 21.856.083 si riferiscono alle riserve patrimoniali.
Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni 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 2024 disponibili all'indirizzo: https://www.helvetia.com/content/dam/os/corporate/web/documents/investor-relations/annual-results/2024/financial-information-2024.pdf

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

I SUCCESSIVI RINVII A SEZIONI, PAGINE E ARTICOLI SI RIFERISCONO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Oltre a quanto indicato nel DIP, sono sempre compresi gli infortuni subiti:
- in conseguenza di malore o stato di incoscienza non dovuti a condizioni patologiche;
- a causa di imperizia, imprudenza, negligenza anche gravi (colpa grave);
- per asfissia causata da gas di scarico;
- annegamento, assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore;
- a seguito di incidente da circolazione o navigazione; causati da aggressioni e/o atti violenti avvenuti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva (valido solo per la Formula Mobilità – Circolazione).

FORMULA MOBILITA' - CONDUCENTE

Oltre a quanto indicato nel DIP, sono sempre operanti le seguenti garanzie:
Morte presunta - art. 2.4, pagina 19;
Rimborso spese per adeguamento autovetture - art. 2.6, pagina 20.
Oltre a quanto indicato nel DIP, possono essere acquistate, con pagamento di un premio aggiuntivo, le seguenti garanzie:
Franchigia invalidità permanente modulata 3% - art. 2.13.1, pagina 23;
Franchigia invalidità permanente a scaglioni di somme – art. 2.13.2, pagina 24.

FORMULA MOBILITA' - CIRCOLAZIONE

Oltre a quanto già indicato nel DIP, nel caso di utilizzo di veicoli indicati all'art. 3.1 – ai punti 1), 2) e 3) – pagina 27, sono compresi gli infortuni subiti:
- durante la messa in moto e lo svolgimento delle operazioni strettamente necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermo forzato;
- nel tentativo di segnalare una situazione di pericolo venutasi a creare in caso di incidente o di fermo forzato del mezzo;
- durante la salita o la discesa dai veicoli compresi in garanzia.

Oltre a quanto indicato nel DIP, sono sempre operanti le seguenti garanzie:
Rimborso spese di adeguamento abitazione - art. 3.3,1, pagina 29;
Rimborso spese per adeguamento autovetture - art. 3.3.2, pagina 29;
Danni estetici - art. 3.3.3, pagina 29 e 30.
Inoltre, nel caso in cui è stata acquistata la garanzia **Morte da infortunio**, è sempre operante la garanzia **Morte presunta** - art. 3.5.1, pagina 30.

Oltre a quanto indicato nel DIP, possono essere acquistate, con pagamento di un premio aggiuntivo, le seguenti garanzie:
Franchigia invalidità permanente modulata 3% - art. 3.12.1, pagina 34;
Franchigia Invalidità permanente assoluta 5% - art. 3.12.2, pagina 35.

All'art. 3.13, pagina 36, sono elencati i **requisiti specifici di assicurabilità per la conduzione di mezzi di micromobilità**.

La **SEZIONE ASSISTENZA** prevede prestazioni, 24 ore su 24, ovunque si trovi l'assicurato - art. 4.2, pagina 39 e quando lo stesso si trovi ad oltre 50 km dal suo Comune di residenza - art. 4.3, pagina 41.

La **SEZIONE TUTELA LEGALE** prevede, secondo quanto previsto dall'art. 5.4, pagina 46, le prestazioni di cui agli artt. 5.2, pagina 45 e 5.3, pagina 46.

Che cosa NON è assicurato?

Oltre a quanto previsto nel DIP, l'assicurazione non copre, tra gli altri, gli infortuni:

INFORTUNI MOBILITA' - FORMULA CONDUCENTE

- guida di qualsiasi autovettura se l'assicurato non è abilitato o in caso di patente scaduta salvo che, in quest'ultimo caso, al momento del sinistro l'assicurato abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;
- uso di autovetture in circuiti, anche in assenza di competizione, salvo i corsi di guida sicura;
- partecipazione a corse automobilistiche ovvero a gare e relative prove ed allenamenti, salvo si tratti di competizioni e relative prove di regolarità pura;
- guida di veicoli in uso alle forze armate nel corso della loro attività professionale;
- derivanti da guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, sommosse civili, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra salvo il caso accidentale accaduto in paesi non in stato di belligeranza o similare;
- aggressioni e/o atti violenti avvenuti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo;
- partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie;
- movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche ed inondazioni.

INFORTUNI MOBILITA' - FORMULA CIRCOLAZIONE

- avvenuto durante la conduzione di mezzi di micromobilità aventi caratteristiche tecniche e costruttive diverse da quanto previsto dalle normative vigenti al momento del sinistro, salvo i termini di adeguamento previsti dalla normativa in vigore per i monopattini elettrici già in circolazione; avvenuto durante la conduzione di monopattini con motore a scoppio;
- avvenuto durante la conduzione dei mezzi di micromobilità per attività professionali, quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: trasporto di cose o persone remunerato, anche se occasionale, ecc.

Sono inoltre esclusi tutti gli infortuni derivanti da:

- guida di veicoli e natanti se l'assicurato non è abilitato o in caso di patente scaduta salvo che, in quest'ultimo caso, al momento del sinistro l'assicurato abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo; guida di veicoli e di natanti ad uso pubblico; guida dei veicoli e mezzi non targati in aree aeroportuali civili e militari, aree militari, autodromi e piste;
- uso di mezzi di locomozione subacquei ed aeromobili di qualsiasi tipo (compresi ultraleggeri, deltaplani, parapendii e simili);
- guida di veicoli o mezzi non targati con mancato utilizzo del casco, se obbligatorio per legge;
- partecipazione, a titolo professionale o sotto contratto remunerato (sport professionistici), a competizioni ufficiali organizzate da qualsiasi federazione sportiva, incluso l'allenamento;
- partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie;
- sport motoristici in genere (autoveicoli, motoveicoli e natanti a motore o motonautici, go-kart) salvo si tratti di competizioni e relative prove di regolarità pura; uso di veicoli in circuiti, anche in assenza di competizione, salvo i corsi di guida sicura;
- competizioni e relativi allenamenti di tutte le discipline ciclistiche (es. downhill, freeride, dirt jumping, ecc);
- guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, sommosse civili, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra salvo il caso accidentale accaduto in paesi non in stato di belligeranza o similare.
- movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche ed inondazioni.

ASSISTENZA

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- suicidio o tentato suicidio;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idroscì, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- dolo dell'assicurato.

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

TUTELA LEGALE

Oltre a quanto previsto nel DIP, l'assicurazione non copre i sinistri relativi a:

- diritto di famiglia, successioni e donazioni, e materia fiscale o amministrativa;
- fatti dolosi degli assicurati;
- controversie derivanti dalla proprietà di veicoli, aeromobili, imbarcazioni da diporto e natanti da diporto;
- contratti finanziari, bancari e a polizze RCA e controversie con la compagnia riferite alla presente polizza;
- casi in cui il conducente non è abilitato alla guida del veicolo oppure ha i documenti di guida scaduti e non rinnovati entro 90 giorni dal sinistro e casi di contestazione per guida in stato di ebbrezza;
- casi in cui il conducente rifiuta di sottoporsi agli accertamenti previsti per guida sotto l'influenza dell'alcool; casi in cui il veicolo non è omologato oppure è usato in modo difforme dall'immatricolazione o dalla destinazione e dall'uso indicati sulla carta di circolazione;

- casi di condanna con decisione passata in giudicato per guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, salvo il caso di uso terapeutico di tali sostanze comprovato da prescrizione medica;
- partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove, salvo il caso di gare di pura regolarità indette dall'ACI.

Inoltre, non sono coperte le spese relative a:

- compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite, per la querela, se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale, compensi dell'avvocato domiciliatario, se non indicato da ARAG;
- imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle spese di giustizia, multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere;
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali;
- spese non concordate con ARAG, spese recuperate dalla controparte; spese stragiudiziali non gestite da ARAG;
- spese sostenute per gli accordi economici tra assicurato e avvocato, per la transazione della vertenza e per l'intervento del perito o del consulente tecnico di parte, se non preventivamente autorizzate da ARAG;
- spese di esecuzione forzata oltre il secondo tentativo per sinistro;
- spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione non è obbligatoria.

Ci sono limiti di copertura?

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo e le franchigie relativi alle coperture offerte.

Sezione Infortuni – Formula Mobilità Conducente:

Garanzia	Limiti di indennizzo
Morte da infortunio	Somma assicurata indicata in polizza
Invalidità permanente da infortunio	Somma assicurata indicata in polizza, franchigia variabile in base alla forma scelta
Rimborso spese di adeguamento autovettura	**5%** della somma assicurata per Invalidità permanente, con il massimo di **€ 5.000** per sinistro.
Spese di cura da infortunio: trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario	**10%** della somma assicurata
Spese di cura da infortunio: visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, trattamenti fisioterapici	**20%** della somma assicurata
Diaria da ricovero da infortunio	**100** giorni per sinistro e per anno
Diaria da immobilizzazione da infortunio	**50%** della somma dovuta per la diaria da ricovero da infortunio con il limite di **50** giorni per sinistro e per anno
Diaria da immobilizzazione da infortunio - Frattura ossea senza applicazione di mezzi di contenzione	**15** giorni per sinistro e per anno

Sezione Infortuni – Formula Mobilità Circolazione

Garanzia	Limiti di indennizzo
Morte da infortunio	Somma assicurata indicata in polizza
Invalidità permanente da infortunio	Somma assicurata indicata in polizza, franchigia variabile in base alla forma scelta
Rimborso spese di adeguamento abitazione	**5%** somma assicurata, con il massimo di **€ 10.000** per sinistro
Rimborso spese di adeguamento autovettura	**5%** somma assicurata, con il massimo di **€ 5.000** per sinistro
Danni estetici	**€ 3.000** per sinistro e per anno
Spese di cura da infortunio:	- trasferimento all'istituto di cura fino alla concorrenza del **10%** della somma assicurata indicata in polizza; - visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, trattamenti fisioterapici, fino alla concorrenza del **20%** della somma assicurata indicata nella scheda di polizza.
Diaria da ricovero da infortunio	**100** giorni per sinistro e per anno

Sezione Assistenza

Garanzia	Limite di indennizzo
Assistenza	
Garanzie prestate ovunque si trovi l'assicurato	
Invio di un infermiere al domicilio	**€ 200**
Invio di un fisioterapista al domicilio	**€ 200**
Trasporto in autoambulanza in Italia	massimo **200 Km**
Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni	**€ 100**
Garanzie prestate quando l'assicurato si trovi ad oltre 50 km dal suo comune di residenza	
Interprete a disposizione all'estero	massimo di **8 ore** lavorative
Anticipo spese mediche	**€ 500**
Viaggio di un familiare	**€ 500**
Rientro salma	**€ 3.000** per sinistro, sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma

La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della polizza è di 60 giorni.

Sezione Tutela legale

Garanzia	Limite di indennizzo
Tutela legale	**- € 15.000** per sinistro con il limite di **€ 75.000** per annualità assicurativa **- € 5.000** per sinistro **se avvenuti al di fuori dei seguenti paesi o territori:** Unione Europea, Regno Unito, Stato della Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Principato di Monaco, Principato di Andorra, Svizzera e Liechtenstein.

A chi è rivolto questo prodotto?

FORMULA MOBILITÀ - CONDUCENTE
Il cliente intende soddisfare l'obiettivo di proteggere sé stesso da infortuni conseguenti a incidente di circolazione quando si trova alla guida di una autovettura, quando ne sale o scende, carica e/o scarica bagagli o mentre effettua controlli o riparazioni di guasti durante il viaggio.

FORMULA MOBILITÀ - CIRCOLAZIONE
Il cliente intende soddisfare l'obiettivo di proteggere sé stesso ed eventualmente altri soggetti (fino a un massimo di 8 persone) da infortuni avvenuti: alla guida di veicoli targati e non targati e di natanti ad uso privato o da diporto; in qualità di passeggero di qualsiasi mezzo di trasporto; In qualità di pedone a seguito di investimento stradale.

Quali costi devo sostenere?

La quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 25,92%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami inerenti al 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, 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, PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it, anche con il modello ivi disponibile.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it** (L. 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Arbitrato (facoltativo): qualora dovesse sorgere un dissenso tra l'assicurato e la compagnia circa la determinazione dell'ammontare del danno. In tal caso, ai sensi di polizza, i periti, nominati da ciascuna delle Parti, si accordano di nominare un terzo perito, detto Arbitro, per addivenire ad una decisione. - Procedura FIN-NET: per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://www.ec.europa.eu/fin-net, chiedendo l'attivazione della Procedura. Tramite il sito della compagnia (www.helvetia.it) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Questo contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni in vigore in Italia. Sono detraibili i premi delle garanzie morte ed invalidità permanente.

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

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

Helvetia Protezione Oggi

Formula Mobilità - Assicurazione Infortuni

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Mod. H1143 Ed. 06/2025

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono state redatte secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari” del tavolo tecnico ANIA del 06/02/2018 - Associazione Consumatori - Associazione Intermediari Assicurativi

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

GUIDA ALLA CONSULTAZIONE

Gentile Cliente, benvenuto nel mondo di **Helvetia Protezione Oggi - Formula Mobilità**, la polizza che tutela le persone fisiche, a seconda della formula scelta, dagli infortuni subiti in qualità di conducente, trasportato, passeggero e pedone. Completano la copertura le prestazioni di assistenza alla persona acquistabili, a discrezione del cliente, per tutti gli assicurati e le prestazioni di tutela legale.

Helvetia Protezione Oggi offre due soluzioni assicurative acquistabili solo in alternativa fra loro:

- **Formula Mobilità - Conducente** (alla guida di qualsiasi autovettura)
- **Formula Mobilità - Circolazione** (come conducente, passeggero, trasportato a bordo di un veicolo tra quelli previsti dall'assicurazione o come pedone a seguito di investimento stradale)

Nella **Formula Mobilità - Conducente** è necessario acquistare almeno le garanzie obbligatorie "Caso Morte" e "Invalidità permanente da infortunio" ed è poi possibile arricchire la copertura selezionando una o più delle garanzie facoltative.

	Sezione Infortuni:		
	✓ Caso Morte	→	Garanzia sempre operante
	✓ Invalidità permanente da infortunio	→	Garanzia sempre operante
	✓ Diaria da ricovero da infortunio	→	Garanzia accessoria
	✓ Diaria da immobilizzazione da infortunio	→	Garanzia accessoria
	✓ Spese di cura da infortunio	→	Garanzia accessoria
	Sezione Assistenza	→	Sezione operante solo se acquistata
	Sezione Tutela legale	→	Sezione operante solo se acquistata

Nella **Formula Mobilità - Circolazione** è necessario acquistare almeno la garanzia obbligatoria "Invalidità permanente da infortunio" ed è poi possibile arricchire la copertura selezionando una o più delle garanzie accessorie.

	Sezione Infortuni:		
	✓ Caso Morte	→	Garanzia accessoria
	✓ Invalidità permanente da infortunio	→	Garanzia sempre operante
	✓ Diaria da ricovero da infortunio	→	Garanzia accessoria
	✓ Spese di cura da infortunio	→	Garanzia accessoria
	Sezione Assistenza	→	Sezione operante solo se acquistata
	Sezione Tutela legale	→	Sezione operante solo se acquistata

Il documento delle Condizioni di Assicurazioni è stato elaborato e strutturato per rendere più chiara ed immediata la sua lettura. Lo stile e gli elementi di struttura sono stati resi omogenei per guidare la ricerca delle informazioni fondamentali.

Di seguito troverà la guida che la aiuterà nella consultazione.

1. TESTI E PAROLE EVIDENZIATE CON CARATTERE DI PARTICOLARE RILIEVO

- MAIUSCOLO: titoli di sezioni e articoli;
- **grassetto**: Condizioni di Assicurazione che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie e oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato, aspetti rilevanti, sottotitoli, parole di riferimento;
- [▶]: richiami a norme e articoli di legge.

2. GLOSSARIO

Nel glossario troverà le definizioni di alcuni termini utilizzati nelle Condizioni di Assicurazione. Nel testo questi termini sono resi visibili attraverso l'utilizzo del *corsivo*. Questa modalità permette di distinguerli dagli altri termini in uso.

3. BOX DI CONSULTAZIONE A TITOLO PURAMENTE ESEMPLIFICATIVO

- all'interno delle sezioni troverà alcuni box richiamati da specifici elementi grafici, inseriti con l'obiettivo di dare la risposta ad alcune possibili domande;
- il testo contenuto nel box non ha valore contrattuale.

FOCUS ED APPROFONDIMENTI

4. ELEMENTO GRAFICO DEDICATO

! elemento che permette l'individuazione di informazioni importanti e di punti di attenzione.

INDICE

GLOSSARIO **7**
NORME COMUNI **13**
ART. 1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO 13
ART. 1.2 - ALTRE ASSICURAZIONI 13
ART. 1.3 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO E FRAZIONAMENTO DEL PREMIO 14
ART. 1.4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE 16
ART. 1.6 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO 16
ART. 1.7 - FORME DI ASSICURAZIONE 17
ART. 1.8 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE 17
ART. 1.9 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE, TACITO RINNOVO, FACOLTÀ DI RECESSO E DISDETTA ALLA SCADENZA 17
ART. 1.10 - ONERI FISCALI 18
ART. 1.11 - FORO COMPETENTE 18
ART. 1.12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE 18
ART. 1.13 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI 18
ART. 1.14 - RINUNCIA DELLA COMPAGNIA ALL'AZIONE DI RIVALSA 18
ART. 1.15 - TERMINE DI PRESCRIZIONE 18
ART. 1.16 - MISURE RESTRITTIVE (INOPERATIVITÀ A SEGUITO DI SANZIONI - SANCTIONS LIMITATIONS EXCLUSION CLAUSE) 19
ART. 1.17 - DIRITTO DI RIPENSAMENTO (SOLO PER LE POLIZZE COLLOCATE TRAMITE VENDITA A DISTANZA) 19
SEZIONE INFORTUNI FORMULA MOBILITÀ - CONDUCENTE **20**
COSA È ASSICURATO **20**
ART. 2.1 - SOGGETTI ASSICURATI 20
ART. 2.2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 20
ART. 2.3 - MORTE DA INFORTUNIO 21
ART. 2.4 - ESTENSIONI DI GARANZIE SEMPRE OPERANTI PER MORTE DA INFORTUNIO 21
ART. 2.5 - INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO 21
ART. 2.6 - ESTENSIONI DI GARANZIA SEMPRE OPERANTI PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO . 22
ART. 2.7 - SPESE DI CURA DA INFORTUNIO 22
ART. 2.8 - DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO 23
COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA **23**
ART. 2.9 - LIMITI DI ETA' 23
ART. 2.10 - PERSONE NON ASSICURABILI 23
ART. 2.11 - ESCLUSIONI 24
COME PERSONALIZZARE LA COPERTURA **24**
ART. 2.12 - DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE DA INFORTUNIO - CONDIZIONE AGGIUNTIVA 1 24
ART. 2.13 - FRANCHIGIE INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO 25

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ **27**
ART. 2.14 - VALIDITA' TERRITORIALE 27
TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI **27**
SEZIONE INFORTUNI FORMULA MOBILITÀ - CIRCOLAZIONE **29**
COSA È ASSICURATO **29**
ART. 3.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 29
ART. 3.2 - INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO 31
ART. 3.3 - ESTENSIONI DI GARANZIE SEMPRE OPERANTI PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO 31
ART. 3.4 - MORTE DA INFORTUNIO 32
ART. 3.5 - ESTENSIONE DI GARANZIA SEMPRE OPERANTE PER MORTE DA INFORTUNIO 32
ART. 3.6 - SPESE DI CURA DA INFORTUNIO 32
ART. 3.7 - DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO 33
COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA **33**
ART. 3.8 - LIMITI DI OPERATIVITA' DELLA CONDUZIONE DEI MEZZI DI MICROMOBILITA' 33
ART. 3.9 - LIMITI DI ETA' 34
ART. 3.10 - PERSONE NON ASSICURABILI 34
ART. 3.11 - ESCLUSIONI 35
COME PERSONALIZZARE LA COPERTURA **36**
ART. 3.12 - FRANCHIGIA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO 36
CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ **38**
ART. 3.13 - REQUISITI SPECIFICI DI ASSICURABILITA' PER LA CONDUZIONE DEI MEZZI DI MICROMOBILITA' 38
ART. 3.14 - VALIDITA' TERRITORIALE **38**
TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI **39**
SEZIONE ASSISTENZA **41**
COSA È ASSICURATO **41**
ART. 4.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 41
ART. 4.2 - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA FORNITE 24 ORE SU 24 OVUNQUE SI TROVI L'ASSICURATO 42
ART. 4.3 - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA FORNITE 24 ORE SU 24 QUANDO L'ASSICURATO SI TROVI AD OLTRE 50 KM DAL SUO COMUNE DI RESIDENZA 43
COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA **45**
ART. 4.4 - ESCLUSIONI 45
ART. 4.5 - VALIDITA' TERRITORIALE 46
ART. 4.6 - SEGRETO PROFESSIONALE 46
ART. 4.7 - CIRCOSTANZE FORTUITE O IMPREVEDIBILI 46
ART. 4.8 - MODALITA' OPERATIVE DELLA POLIZZA 46
TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI **46**
SEZIONE TUTELA LEGALE **47**
COSA È ASSICURATO **47**
ART. 5.1 - SOGGETTI ASSICURATI 47
ART. 5.2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 47
ART. 5.3 - PRESTAZIONI GARANTITE 48
ART. 5.4 - AMBITO DI OPERATIVITA' 48
ART. 5.5 - ESCLUSIONI 48
ART. 5.6 - SPESE NON COPERTE 49
ART. 5.7 - LIMITI DI COPERTURA 49
ART. 5.8 - MASSIMALE 49
ART. 5.9 - ESTENSIONE TERRITORIALE 49
TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI **49**
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO **50**
SEZIONE INFORTUNI **50**
CHE OBBLIGHI HO **50**
ART. 6.1 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO 50
ART. 6.2 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITA' DI INDENNIZZO PER CIASCUNA GARANZIA 52

QUALI NORME REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI **53**
ART. 6.3 - CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITA' 53
ART. 6.4 - CUMULO DI INDENNITA' 54
ART. 6.5 - MODALITA' DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO 54
ART. 6.6 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE 54
SEZIONE ASSISTENZA **55**
CHE OBBLIGHI HO **55**
ART. 6.7 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO 55
SEZIONE TUTELA LEGALE **55**
CHE OBBLIGHI HO **55**
ART. 6.8 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO 55
QUALI NORME REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI **56**
ART. 6.9 - GESTIONE DEL SINISTRO, SCELTA DELL'AVVOCATO E PAGAMENTO DELLE SPESE 56
ART. 6.10 - DISACCORDO CON LA COMPAGNIA E CONFLITTO DI INTERESSE 56
ART. 6.11 - RECUPERO DI SOMME ANTICIPATE DALLA COMPAGNIA 57
ART. 6.12 - QUANDO SONO COPERTI I SINISTRI 57
ART. 6.13 - QUANDO AVVIENE IL SINISTRO 57
ALLEGATO "A" - TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE (EX TABELLA INAIL, ALL. N.1 DPR 30 GIUGNO 1965 N.1124) **58**
CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI **60**
NORME DI LEGGE RICHIAMATE NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE **61**
CONTATTI UTILI **65**

GLOSSARIO

Qui di seguito sono riportati i **principali termini utilizzati** nel **Set informativo** con il loro **significato**.

Nel testo delle **Condizioni di *Assicurazione*** gli stessi termini sono evidenziati in carattere *corsivo*.

Alcuni termini sono comuni a tutte le sezioni e garanzie, altri riguardano sezioni o garanzie specifiche o la sola sezione assistenza.

A

***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 autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

***Annuo* (annuale):** periodo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile).

***Apparecchi di contenzione*:** mezzi di contenzione fissi, costituiti da fasce gessate o altri apparecchi (tutori) comunque immobilizzanti, anche con fissatori esterni, applicati in *istituto di cura* o *ambulatorio* in modo permanente e rimovibili esclusivamente da personale sanitario.
Sono considerati mezzi di contenzione i collari non rimovibili dall'*assicurato*, e limitatamente alle lesioni comportanti fratture, i bendaggi con fasciature elastiche (es. tensoplast) e l'applicazione del filo di Kirschener.

Aree Aeroportuali: aree riservate al traffico e alla sosta di aeromobili civili e militari.

***Aree equiparate alle strade di uso pubblico*:** aree di proprietà di soggetti pubblici o privati cui può accedere una molteplicità di veicoli, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: le stazioni di servizio, i parcheggi dei supermercati, i cantieri aperti al pubblico.

***Aree Pedonali*:** zone interdette alla circolazione dei veicoli.

Aree Private: aree di proprietà di soggetti pubblici o privati cui possono accedere soltanto i veicoli autorizzati, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: cortili condominiali, cantieri recintati, ecc.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto *dall'assicurazione*.

Assicurazione: il contratto di *assicurazione*.

B

Beneficiario: soggetto che viene designato a ricevere la *somma assicurata* in caso di morte dell'*assicurato*.

Bicicletta (bici) elettrica: velocipede a due ruote dotato di motore elettrico con acceleratore che funziona indipendentemente dalla propulsione muscolare del conducente, e il cui motore ha una potenza nominale continua massima superiore a 0,25 KW.

Bimestre (bimestrale): periodo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

C

Carenza (per la Sezione Tutela Legale): il periodo di tempo che intercorre fra la data di stipula della *polizza* e l'effettiva decorrenza della garanzia.

Carrozzina elettrica: ausilio medico per la mobilità personale dotato di propulsione elettrica azionata da un apposito comando che permette alla persona di muoversi in completa autonomia.
Le *carrozzine elettriche* per disabili oggetto di copertura devono essere certificate CE, iscritte al "Reper-torio" secondo quanto previsto da decreto del Ministro della Salute del 20 febbraio 2007 "Nuove modalità per gli adempimenti previsti dall'articolo 13 del decreto legislativo 24 febbraio 1997, n.46" e successiva Ordinanza del 23 dicembre 2008, nonché iscritte come dispositivo medico.

Compagnia: l'impresa assicuratrice, **Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia.**

Contraente: il soggetto che stipula l'*assicurazione*, nell'interesse proprio e/o di altri.

Convalescenza: periodo di tempo successivo alla dimissione dall'*istituto di cura*, necessario per la guarigione clinica o per la stabilizzazione dei postumi, prescritto dal Medico curante o dal Medico ospedaliero.

Costituzione di parte civile (valida per la sezione Tutela legale): richiesta di risarcimento danni effettuata nel processo penale da chi ha subito il reato.

Cumulativa: *polizza* stipulata da un'azienda o da un privato per la protezione dei soggetti nominativamente indicati nella *scheda di polizza*. Sono escluse le polizze a regolazione premio e quelle per le quali le somme assicurate si determinano in base ad un multiplo delle retribuzioni riconosciute ai prestatori di lavoro.

D

Day Hospital: la degenza, esclusivamente diurna, in *istituto di cura* documentata da cartella clinica – dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'*assicurato* nell'*istituto di cura* – per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportino la necessità di un *ricovero*, ma richiedano, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica e infermieristica continue.

Day Surgery: la degenza in *istituto di cura* a regime esclusivamente diurno, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico, documentata da cartella clinica.

Diaria: somma giornaliera riconosciuta all'*assicurato* per le garanzie previste dalle presenti condizioni di *assicurazione* e se acquistate.

Documentazione sanitaria: la cartella clinica, la documentazione medica e quella attestante le spese sostenute (ad esempio fatture, notule e/o ricevute).

E

Ebbrezza alcolica: la condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcol risulti essere pari o superiore al limite di 0,8 grammi per litro.

E-bike: velocipede a due ruote con pedalata assistita, dotata di un motore ausiliario elettrico avente potenza nominale continua massima di 0,25 KW, la cui alimentazione è progressivamente ridotta ed infine interrotta quando il veicolo raggiunge i 25 km/h o prima se il ciclista smette di pedalare.

F

***Farmaci psicotropi*:** farmaci che modificano lo stato psichico dell'individuo tendendo a normalizzarlo.

Fase giudiziale (valida per la sezione Tutela legale): la fase della *vertenza* che si svolge davanti all'autorità giudiziaria.

Fase stragiudiziale (valida per la sezione Tutela legale): la fase della *vertenza* finalizzata al raggiungimento di un accordo tra le *parti* senza l'intervento dell'autorità giudiziaria (es. mediazione e negoziazione assistita).

Fatto illecito (valida per la sezione Tutela legale): qualunque comportamento, doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto.

***Franchigia*:** l'importo prestabilito che, in caso di *sinistro*, l'*assicurato* tiene a suo carico.

***Frattura ossea*:** l'interruzione parziale o totale della continuità di un osso.

H

***Hoverboard*:** dispositivo auto-bilanciato - certificato CE ai sensi della Direttiva 2006/42/CE - la cui velocità massima non supera i 20 Km/h e avente le caratteristiche costruttive indicate nel Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 04.06.2019 (G.U. Serie Generale n. 162 del 12.07.2019) e in ogni altra successiva disposizione normativa, regolamentare o altro provvedimento delle Autorità competenti. Se il dispositivo è in grado di sviluppare una velocità massima superiore a 20 Km/h, dovrà essere dotato di regolatore di velocità configurabile in modo da non superare la velocità massima di 20 Km/h. Per la circolazione dopo il tramonto o in condizioni di scarsa visibilità diurna, il dispositivo dovrà essere altresì dotato di luce anteriore bianca o gialla fissa e catarifrangenti rossi o luce rossa fissa collocati nella parte posteriore.

I

***Immobilizzazione*:** stato temporaneo di incapacità fisica totale o parziale dell'*assicurato* di svolgere le sue abituali occupazioni a seguito dell'applicazione di un *apparecchio di contenzione*.

***Indennizzo*:** la somma dovuta dalla *compagnia* in caso di *sinistro*, per i danni direttamente subiti dall'*assicurato*.

***Individuale*:** *polizza* che assicura un solo *assicurato*, che può non coincidere con il *contraente*.

***Infortunio*:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

***Intervento chirurgico*:** atto medico, praticato in *istituto di cura*, con l'utilizzo di una tecnica cruenta o di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un *intervento chirurgico* la riduzione incruenta di fratture, praticata anche in regime di Pronto Soccorso.

***Invalidità civile*:** condizione riconosciuta dalle autorità competenti, che attesta una riduzione permanente della capacità lavorativa e funzionale di una persona, sulla base di criteri medici e amministrativi fissati dalla legge.

***Invalidità permanente*:** perdita definitiva della capacità dell'*assicurato* allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione, che può verificarsi in misura totale o parziale.

***Istituto di cura*:** l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, anche in regime di degenza diurna. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per *convalescenza* o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri di benessere.

M

***Malattia*:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da *infortunio*.

***Malattia cronica*:** *malattia* che presenta sintomi costanti nel tempo ed i cui effetti si sono stabilizzati senza possibilità di nessuna cura risolutiva.

***Malattia improvvisa*:** *malattia* di insorgenza acuta di cui l'*assicurato* non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morboso, noto all'*assicurato*.

***Malattia mentale e/o disabilità mentale*:** ogni disturbo psichico e comportamentale così come definiti nel Settore V della "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" decima revisione - ICD - 10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (come da elenco riportato alla pagina 58)**.**

***Malattia preesistente*:** *malattia* che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla sottoscrizione della polizza.

***Mese* (mensile):** periodo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

***Mezzo o Mezzi di micromobilità*:** *Hoverboard – Monopattini Elettrici – Monowheel – Segway*.

Mezzo non targato: i *mezzi di micromobilità*, le *E- Bike,* le *biciclette* comprese le *biciclette elettriche* e *le Carrozzine elettriche.*

Monopattini Elettrici: dispositivo non auto bilanciato - certificato CE ai sensi della Direttiva 2006/42/CE - dotato di motore elettrico avente potenza nominale massima non superiore a 500 W e di segnalatore acustico, la cui velocità massima non supera i 20 Km/h e avente le caratteristiche costruttive indicate nel Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 4.6.2019 (G.U. Serie Generale n. 162 del 12.07.2019) e delle successive normative L. 8 del 28.02.2020, L. 156 del 09.11.2021, L. 15 del 25.02.2022, Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 18.08.2022 (G.U. Serie Generale n.202) e in ogni altra successiva disposizione normativa, regolamentare o altro provvedimento delle Autorità competenti; con tempi di adeguamento dei monopattini in circolazione previsti dalla normativa vigente. Se il dispositivo è in grado di sviluppare una velocità massima superiore a 20 Km/h, dovrà esser dotato di regolatore di velocità configurabile in modo da non superare la velocità massima di 20 Km/h. Per la circolazione dopo il tramonto o in condizioni di scarsa visibilità diurna, il dispositivo dovrà essere altresì dotato di luce anteriore bianca o gialla fissa e catarifrangenti rossi o luce rossa fissa collocati nella parte posteriore.

Monowheel: dispositivo auto-bilanciato- certificato CE ai sensi della Direttiva 2006/42/CE - la cui velocità massima non supera i 20 Km/h e avente le caratteristiche costruttive indicate nel Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 04.06.2019 (G.U. Serie Generale n. 162 del 12.07.2019) e in ogni altra successiva disposizione normativa, regolamentare o altro provvedimento delle Autorità competenti. Se il dispositivo è in grado di sviluppare una velocità massima superiore a 20 Km/h, dovrà essere dotato di regolatore di velocità configurabile in modo da non superare la velocità massima di 20 Km/h. Per la circolazione dopo il tramonto o in condizioni di scarsa visibilità diurna, il dispositivo dovrà essere altresì dotato di luce anteriore bianca o gialla fissa e catarifrangenti rossi o luce rossa fissa collocati nella parte posteriore.

O

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità.

P

***Parti*:** il *contraente*/*assicurato* e la *compagnia*.

Periodo di assicurazione: il periodo di efficacia dell'*assicurazione* indicato nella *scheda di polizza* e, ogni volta che la *polizza* venga tacitamente rinnovata, il periodo successivo di 12 mesi.

***Percorsi Promiscui*:** percorsi pedonali e ciclabili.

***Piste Ciclabili*:** parte longitudinale della strada, opportunamente delimitata, riservata alla circolazione dei velocipedi.

Perito (valida per la Sezione di Tutela legale): l'esperto incaricato da una delle parti (C.T.P. consulente tecnico di parte) o dal giudice (C.T.U. consulente tecnico d'ufficio) per svolgere un accertamento tecnico (perizia).

***Poliennale* (durata):** periodo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo).

***Polizza*:** l'insieme dei documenti che comprovano l'*assicurazione,* costituiti dalla *scheda di polizza* e dalle condizioni di *assicurazione*.

***Premio*:** la somma dovuta dal *contraente* alla *compagnia*.

Prescrizione (valida per la Sezione di Tutela legale): l'estinzione di un diritto che avviene se il suo titolare non lo esercita entro il periodo indicato dalla legge.

Prestazioni (valido per la sezione Assistenza): le assistenze prestate dalla *Struttura Organizzativa* all'*assicurato*.

Prestazioni aventi finalità estetiche: trattamenti di condizioni fisiche non connesse ad alterazioni funzionali, possibili evoluzioni maligne o complicazioni.

Psicofarmaci: farmaci contenenti sostanze psicoattive che agiscono sul sistema nervoso centrale.

Q

***Quinquennio* (quinquennale):** periodo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di 2 anni solari bisestili compresi nel periodo).

R

Reato (valida per la Sezione di Tutela legale): violazione di norme penali. I reati si distinguono in delitti (dolosi o colposi), per i quali è prevista la sanzione penale della reclusione e/o della multa, e in contravvenzioni (reati di minore gravità rispetto ai delitti), per le quali è prevista la sanzione penale dell'arresto e/o dell'ammenda.

***Recesso*:** scioglimento del vincolo contrattuale dovuto all'iniziativa di una sola delle *parti*.

***Rette di degenza*:** costi del trattamento alberghiero e dell'assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

***Ricovero*:** degenza dovuta a *malattia* e/o *infortunio* comportante necessità di pernottamento, in *istituto di cura* autorizzato a fornire assistenza sanitaria.

***Ricovero improprio*:** la degenza, con o senza pernottamento in *istituto di cura*, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo *accertamenti diagnostici* che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

***Rider*:** lavoratore che effettua consegne a domicilio con utilizzo di cicli o motocicli e di *mezzi non targati.*

***Rischio in itinere*:** rischio occorso durante il normale percorso di andata e ritorno dall'abitazione al posto di lavoro (escluso quanto occorso entro l'abitazione, le pertinenze e le parti condominiali) o, nel caso di rapporti di lavoro plurimi, il normale percorso che il lavoratore deve fare per recarsi da un luogo di lavoro ad un altro.

Il tutto è disciplinato dall'art 12 del D.Lgs. 38/2000 e successive modifiche.

***Rottura tendinea sottocutanea*:** la rottura di un tendine senza lesione dei tessuti sovrastanti.

S

***Scheda di polizza*:** è il documento, sottoscritto dalle *parti*, che riporta tutti i dati necessari per la gestione dell'*assicurazione* (ad esempio, data di decorrenza e scadenza, indicazione *dell'assicurato*, indicazione dei beneficiari in caso di morte, *premio* dovuto, garanzie operanti e *somme assicurate*)

***Segway*:** dispositivo auto-bilanciato - certificato CE ai sensi della Direttiva 2006/42/CE - dotato di segnalatore acustico, la cui velocità massima non superi i 20 Km/h e avente le caratteristiche costruttive indicate nel Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 04.06.2019 (G.U. Serie Generale n. 162 del 12.07.2019) e in ogni altra successiva disposizione normativa, regolamentare o altro provvedimento delle Autorità competenti. Se il dispositivo è in grado di sviluppare una velocità massima superiore a 20 Km/h, dovrà essere dotato di regolatore di velocità configurabile in modo da non superare la velocità massima di 20 Km/h. Per la circolazione dopo il tramonto o in condizioni di scarsa visibilità diurna, il dispositivo dovrà essere altresì dotato di luce anteriore bianca o gialla fissa e catarifrangenti rossi o luce rossa fissa collocati nella parte posteriore.

***Semestre* (semestrale):** periodo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

***Settimana* (o settimanale):** periodo 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 di un evento per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

***Strada*:** l'area ad uso pubblico destinata alla circolazione dei pedoni, dei veicoli e degli animali.

***Somma assicurata*:** l'importo indicato nella *scheda di polizza* che rappresenta il massimo esborso della *compagnia.*

***Sport estremo*:** attività sportiva di estrema difficoltà, ai limiti di leggi fisiche e sopportazione del corpo umano.

***Sport professionistico*:** attività sportiva svolta in maniera continuativa nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI per le quali è prevista remunerazione in denaro e/o contributo di qualunque natura derivante da obbligo contrattuale sottoscritto tra le *parti* - esclusi i rimborsi spese - che costituisca comunque fonte di reddito per l'*assicurato*. In ogni caso rientrano in tale classificazione quelli praticati da coloro che partecipano a competizioni Internazionali come Olimpiadi, campionati Europei, Mondiali, indipendentemente dai compensi percepiti.

Struttura Organizzativa (valido per la sezione Assistenza): la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - Via del Mulino, 4 - 20057 Assago - MI, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della *compagnia* al contatto con l'*assicurato*, all'organizzazione ed erogazione delle *prestazioni* di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima *compagnia*.

T

***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, religioso, 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.

U

***Ubriachezza*:** la condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcol risulti essere pari o superiore al limite di 1,5 grammi per litro.

V

***Vendita a distanza*:** il collocamento di contratti assicurativi senza la presenza fisica e simultanea dell'intermediario o della *compagnia* e del *contraente*.

Vertenza (valida per la Sezione di Tutela legale): il conflitto di pretese tra *assicurato* e controparte o altro procedimento di natura civile, penale o amministrativa.

Visita specialistica: la visita effettuata da un medico fornito di specializzazione, per diagnosi e/o prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in medicina generale e pediatria.

NORME COMUNI

Le norme indicate dagli articoli che seguono regolano tutte le Sezioni delle Condizioni di *assicurazione* della polizza **Helvetia Protezione Oggi - Formula Mobilità**.

ART. 1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

La *compagnia* presta la copertura assicurativa in base alle circostanze del *rischio* dichiarate dal *contraente* e/o dall'*assicurato* al momento della stipula dell'*assicurazione.*
Le dichiarazioni dell'*assicurato* riportate nella *scheda di polizza d*evono essere veritiere e corrette al fine di un'esatta valutazione del *rischio* da parte della *compagnia*.

L'*assicurato/contraente* deve fornire alla *compagnia* tutte le informazioni che possono influire sulla valutazione del rischio. La violazione di questo obbligo può comportare conseguenze negative.

Infatti, le dichiarazioni inesatte o reticenti fatte con dolo o colpa grave su circostanze che l'*assicurato/contraente* conosce o che, facendo uso della normale diligenza, potrebbe conoscere, sono causa di annullamento del contratto e comportano la perdita totale del diritto all'*indennizzo* [▶ Art. 1892 del Codice civile].
Se, invece, le dichiarazioni inesatte o reticenti sono state effettuate senza dolo o colpa grave, ovvero in riferimento a circostanze sconosciute e che non potevano essere accertate con la normale diligenza, la *compagnia* ha il diritto di recedere dal contratto [▶ Art. 1893 del Codice civile].

In questi casi la *compagnia* ha il diritto di trattenere tutti i premi già incassati, il premio relativo al periodo di *assicurazione* in corso e, nel caso di dolo o colpa grave, il premio dovuto per il primo anno.

ART. 1.2 - ALTRE ASSICURAZIONI

Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'*assicurato* deve darne comunicazione per iscritto a ciascuna Impresa assicuratrice. In caso di *sinistro*, l'*assicurato* deve darne avviso a tutte le imprese assicuratrici e può richiedere a ciascuna di esse l'*indennizzo* dovuto secondo la rispettiva *polizza* autonomamente considerata. Se l'*assicurato* omette dolosamente di effettuare le comunicazioni di cui sopra, la *compagnia* non è tenuta a corrispondere alcun *indennizzo* [▶Art. 1910 del Codice civile].

L'*assicurato* è esonerato dal comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni infortuni solo nei seguenti casi:
- quando è titolare di altra *assicurazione* quale intestatario di carte di credito e/o di conti correnti bancari;

- quando è coperto da altre *assicurazioni* sottoscritte dal datore di lavoro in adempimento a quanto previsto da contratti collettivi nazionali o contratti integrativi aziendali.

ART. 1.3 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO E FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

L'*assicurazione* ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nella *scheda di polizza* se il *premio* o la prima rata di *premio* sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Il ***premio* deve essere pagato** all'*Intermediario* autorizzato a cui è assegnata la *polizza* oppure alla *compagnia.*

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

Il ***premio* è determinato per periodo di *assicurazione* di un anno**, ed è interamente dovuto, anche in caso di frazionamento in più rate.

Nel caso di frazionamento mensile, trimestrale, quadrimestrale o semestrale, **il pagamento del *premio*, gravato dall'addizionale di frazionamento rispettivamente del 6%, 5%, 4% o del 3%,** viene effettuato ad ogni ricorrenza mensile, trimestrale, quadrimestrale o semestrale della data di decorrenza.

In caso di frazionamento del *premio* in rate mensili vale quanto previsto al successivo articolo 1.3.1 - Pagamento frazionato del *premio* con addebito ricorrente e articolo 1.3.1.1 - Adesione al servizio di pagamento mensile del *premio* tramite addebito ricorrente.

Il pagamento del *premio* non può essere sospeso.

Il pagamento del *premio* avviene:
- alla decorrenza indicata nella *scheda di polizza*;
- successivamente, in base alla periodicità del pagamento indicata nella *scheda di polizza*.

Se il *contraente* non paga i *premi* o le rate di *premio* successivi, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento; le scadenze successive non vengono modificate.

La *compagnia* ha diritto al pagamento dei premi scaduti [▶ art. 1901 del Codice Civile].

ART. 1.3.1 - PAGAMENTO FRAZIONATO DEL PREMIO CON ADDEBITO RICORRENTE (operante se indicato in Polizza il frazionamento mensile)

La *compagnia* si riserva di concedere al *contraente* (e, una volta concessa, di revocare nelle modalità indicate al successivo articolo 1.3.1.1 - Adesione al servizio di pagamento mensile del premio tramite addebito ricorrente lett. D2.) la possibilità di frazionare il pagamento del *premio* in 12 rate mensili, (**comprensive dell'addizionale di frazionamento pari al 6% del *premio* annuo lordo)**, mediante addebito ricorrente su conto corrente indicato dal *contraente*.
La *compagnia* e il *contraente* convengono quanto di seguito specificato.

ART. 1.3.1.1 - ADESIONE AL SERVIZIO DI PAGAMENTO MENSILE DEL PREMIO TRAMITE ADDEBITO RICORRENTE

A. Strumenti di addebito ricorrente

Se all'atto della sottoscrizione della *polizza*, il *contraente* sceglie di pagare il premio di *polizza* con rate mensili, l'addebito ricorrente avviene attraverso *S.D.D. SEPA Direct Debit.*
L'autorizzazione all'addebito ricorrente si intende valida dal momento in cui il *contraente* conferma la richiesta di addebito ricorrente e fino alla comunicazione alla *compagnia* dell'eventuale revoca. L'autorizzazione all'addebito ricorrente cessa automaticamente con la cessazione dell'*assicurazione*.

B. Obblighi del Contraente

All'atto del perfezionamento del contratto assicurativo, il *contraente* deve:

1. se persona fisica, aderire al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) fornendo il proprio indirizzo e-mail e numero di cellulare e attivare il profilo sull'Area riservata (MyHelvetia) messa a disposizione del *contraente* dalla *compagnia* sul proprio sito internet al seguente indirizzo: https://www.helvetia.com/it/web/it/common-page/my-helvetia.html;
2. sottoscrivere il mandato di addebito diretto su conto corrente (SEPA Direct Debit);

3. provvedere al pagamento anticipato di una somma pari a un dodicesimo del *premio* convenuto (o l'importo *pro-rata temporis*, in caso di ratei) con una delle modalità consentite dalla *compagnia*, nonché obbligarsi a pagare il *premio* residuo mediante rate mensili, con addebito diretto sul conto corrente indicato al momento della sottoscrizione della *polizza*.

Durante la validità della *polizza* e per consentire il buon esito delle disposizioni di addebito e il regolare pagamento del *premio*, **il *contraente* deve comunicare tempestivamente alla *compagnia* eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie o revoche del servizio di addebito eventualmente disposte dallo stesso**.

C. Comunicazioni contrattuali

La *compagnia* invia le comunicazioni contrattuali e di servizio relativi al contratto assicurativo direttamente all'indirizzo di posta elettronica, pertanto, il *contraente* si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati di contatto forniti recandosi presso il proprio Intermediario.

D. Procedura di addebito ricorrente

D.1 Ordini di addebito

La richiesta di pagamento del *premio* tramite metodo ricorrente da parte del *Contraente* autorizza la *compagnia* a inviare all'Istituto di Credito, che ha emesso lo strumento di pagamento, gli ordini di addebito del *premio*. La *compagnia* provvede ad addebitare al *Contraente* l'importo corrispondente alla rata mensile di *premio* in prossimità della scadenza della stessa tramite *SEPA Direct Debit (S.D.D.*).

La *compagnia*, salvo che non riceva comunicazione di mancato addebito dell'importo dovutole, provvede a comunicare al *contraente* la copertura delle garanzie previste in *polizza* e a mettere a disposizione nell'Area riservata MyHelvetia la documentazione di quietanza relativa alla mensilità per la quale è stato pagato il *premio*.

Il contratto costituisce assolvimento dell'obbligo di prenotifica degli addebiti tramite *SEPA Direct Debit (S.D.D.)* da parte della *compagnia* nei confronti del *Contraente*.

D.2 Mancato addebito

Nel caso in cui la *compagnia* riceva comunicazione di mancato addebito dell'importo dovutole, provvede a comunicare al *contraente* l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura assicurativa a partire dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello di scadenza della rata non pagata. Inoltre:

1. **nel caso di anomalia nell'attivazione della modalità di pagamento tramite *SEPA Direct Debit (S.D.D.*), la *compagnia* contatta il *contraente* per verificare le informazioni fornite.**
2. **se la modalità di pagamento tramite *SEPA Direct Debit (S.D.D.*) risulta valida, la *compagnia* proverà a effettuare un ulteriore tentativo di addebito della rata insoluta, comunicando al *contraente* l'esito. In caso di esito negativo dell'addebito troverà applicazione quanto previsto al punto 3 che segue.**
3. **se la modalità di pagamento tramite *SEPA Direct Debit (S.D.D.*) non sia più valida nel periodo di vigenza del contratto e/o ci siano rate di *premio* insolute, la concessione del frazionamento mensile è revocata e il *contraente* è tenuto a pagare tutte le rate di *premio*, insolute e restanti, in un'unica soluzione, con conseguente modifica del frazionamento in annuale e concordando con il proprio Intermediario una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla *compagnia*.**

In ogni caso, qualora siano trascorsi 30 giorni dal mancato pagamento di una rata di *premio* senza che il *contraente* abbia regolarizzato la posizione, **la *compagnia* comunica la revoca della concessione del frazionamento mensile e il *contraente* è tenuto a pagare tutte le rate insolute e quelle restanti in un'unica soluzione concordando con il proprio Intermediario una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla *compagnia***.

D.3 Rimborso degli addebiti SEPA Direct Debit

In caso di pagamento dell'*assicurazione* mediante *SEPA Direct Debit (S.D.D.)*, qualora il *contraente*, in quanto titolare del metodo di pagamento, si avvalga del diritto al rimborso di uno o più addebiti previsto dal *SEPA Direct Debit*, lo stesso *contraente* dovrà provvedere al pagamento delle rate rimborsate e fornire un metodo di pagamento alternativo, qualora quello fornito non sia più valido. Valgono le previsioni di cui al punto D.2.

E. Rinnovo del mandato SEPA Direct Debit (S.D.D.)

L'addebito diretto su conto corrente rimane attivo nel caso in cui la polizza sia stata stipulata con tacito rinnovo e non siano intervenute modifiche al contratto o l'assicurazione sia, per qualsiasi causa, cessata.

F. Modifica del frazionamento

Le modifiche di frazionamento del pagamento del *premio* sono ammesse solo alla scadenza annuale della *polizza* con comunicazione all'Intermediario e indicazione di una nuova modalità di pagamento del *premio* tra quelle ammesse dalla *compagnia*.

ART. 1.4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Eventuali modifiche dell'*assicurazione* devono essere provate dalle *parti* per iscritto.

ART. 1.5 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Ad ogni aggravamento del *rischio*, **il *contraente* o *l'assicurato* devono darne comunicazione all'intermediario o alla *compagnia* mediante raccomandata A/R o PEC.**

Gli aggravamenti di *rischio* non noti o non accettati dalla *compagnia* possono comportare:
- la perdita totale o parziale del diritto all'indirizzo;
- la cessazione dell'*assicurazione* [▶ art. 1898 del Codice civile]

L'*assicurato* ha l'obbligo di avvisare immediatamente la *compagnia* a mezzo raccomandata A/R o PEC se nel corso del contratto si modifichi lo stato di cose considerato al momento in cui il contratto ha avuto inizio e la modifica sia tale da aumentare la probabilità che l'evento dannoso si verifichi (cd. aggravamento del rischio). La violazione di questo obbligo, previsto dall'art. 1898 del Codice civile, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*.

Cosa comporta una mancata e non completa comunicazione da parte del *contraente* o dell'*assicurato*?
Le informazioni che il *contraente* o l'*assicurato* comunicano alla *compagnia*, sia all'atto della sottoscrizione che durante la validità del contratto, devono essere sempre complete, esaustive e veritiere.
Questo per permettere alla *compagnia* di essere consapevole del rischio che sta assumendo, poiché su queste informazioni vengono calibrate le condizioni e anche il *premio*.

Nel caso in cui le informazioni risultino parziali, incomplete o differenti rispetto all'effettivo rischio sottoscritto, la *compagnia* ha il diritto a non indennizzare o indennizzare solo in parte l'eventuale sinistro generato.

ART. 1.6 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Le *parti* hanno diritto di recedere dopo ogni *sinistro* e fino al sessantesimo giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'*indennizzo*.

La comunicazione del *recesso* deve essere effettuata mediante raccomandata A/R o PEC.

Il *recesso* ha efficacia alla di scadenza dell'*annualità* in corso, oppure, qualora venga comunicato con un preavviso inferiore a 60 giorni rispetto a tale data, dalla data di scadenza *annua* successiva.
Tuttavia, come condizione di maggior favore, il *recesso* 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 giorni dalla cessazione dell'*assicurazione*, la parte di *premio*, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'*assicurazione* ed il termine del *periodo di assicurazione* per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.

ART. 1.7 - FORME DI ASSICURAZIONE

L'*assicurazione* può essere stipulata in forma *individuale* o *cumulativa* (solo Formula Mobilità - Circolazione).

ART. 1.8 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La copertura assicurativa può avere le seguenti durate:

- Formula Mobilità - Conducente:
  - annuale con tacito rinnovo;
  - annuale senza tacito rinnovo;
- Formula Mobilità - Circolazione:
  - annuale con tacito rinnovo;
  - annuale senza tacito rinnovo;
  - *poliennale*.

In caso di *assicurazione poliennale* la durata massima non può superare i 10 anni, fermi i limiti di età previsti agli articoli 2.9 e 3.9 - Limiti di età.

ART. 1.9 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE, TACITO RINNOVO, FACOLTÀ DI RECESSO E DISDETTA ALLA SCADENZA

ART. 1.9.1 - PROROGA E TACITO RINNOVO

Nel caso di *assicurazione* **con tacito rinnovo, il contratto si rinnova tacitamente alla scadenza per un anno e così a seguire.**

Nel caso di *assicurazione* **senza tacito rinnovo, la polizza si estingue automaticamente alla scadenza annuale e non trova applicazione quanto previsto all'art. 1.3 - Decorrenza dell'*assicurazione* - Pagamento e frazionamento del *premio*, relativamente alla proroga della copertura concessa nei 30 giorni successivi alla scadenza.**

ART. 1.9.2 - FACOLTÀ DI RECESSO E DISDETTA ALLA SCADENZA

Al *contraente* e alla *compagnia* è riconosciuta la facoltà di recedere dall'*assicurazione* con effetto dalla scadenza del contratto.

Nel caso di *polizza* di durata annuale con tacito rinnovo, le *parti* possono esercitare la facoltà di disdetta inviando la comunicazione alla *compagnia* o all'intermediario mediante lettera raccomandata A/R o PEC almeno 30 giorni prima della scadenza.

Nel caso di *polizza poliennale* di durata non superiore a cinque anni, il *contraente* può esercitare la facoltà di *recesso* soltanto alla scadenza della poliennalità con preavviso di 60 giorni mediante lettera raccomandata A/R o PEC. È comunque prevista all'art. 1.6 la facoltà di *recesso* in caso di *sinistro*. Il *recesso* ha effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di *recesso* è stata esercitata [▶ art. 1899 del Codice Civile].

Nel caso di *polizza poliennale* di durata superiore a cinque anni, il *contraente* può esercitare la facoltà di *recesso* soltanto dopo che siano trascorsi cinque anni comunicandolo alla *compagnia* o all'intermediario entro 60 giorni dalla scadenza dei primi cinque anni mediante lettera raccomandata A/R o PEC. È comunque prevista dall'art. 1.6 la facoltà di *recesso* in caso di *sinistro*. Il *recesso* ha effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in cui è stata esercitata la facoltà.

Per i contratti di durata *poliennale* e superiore ai 5 anni, il *contraente* non ha la facoltà di *recesso* prima che sia trascorso un quinquennio, a fronte dello sconto concesso ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile.

Nel caso di *polizza* di durata *poliennale* rinnovata annualmente al termine della poliennalità, il termine di preavviso per l'invio della disdetta è fissato in 30 giorni dalla scadenza annuale.

Qual è la differenza tra "recesso" e "disdetta"?

Recesso e disdetta sono termini che vengono spesso confusi tra di loro. Sono tuttavia eventi differenti, anche se entrambi legati alla cessazione di un contratto.

Il **recesso** è il diritto di una delle parti di sciogliere anticipatamente un contratto ancora in corso, prima cioè della sua scadenza naturale.

La **disdetta** è invece la facoltà di impedire il rinnovo di un contratto.

Parliamo ad esempio di recesso quando si vuole interrompere il contratto in caso di *polizze* collocate tramite *vendita a distanza*, di *polizze* di durata poliennale o in caso di sinistro.

Parliamo di disdetta quando si vuole evitare il rinnovo automatico del contratto alla sua scadenza.

ART. 1.10 - ONERI FISCALI

Le imposte e gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione* **sono a carico del *contraente***, secondo le norme di legge.

ART. 1.11 - FORO COMPETENTE

Il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio dell'*assicurato* o del *contraente*.

ART. 1.12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è regolato dal contratto, l'*assicurazione* è disciplinata dalla vigente legge italiana.

ART. 1.13 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Qualora la presente *assicurazione* sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dall'*assicurazione* devono essere assolti dal *contraente*, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'*assicurato* [▶Art. 1891 del Codice civile]. **È inoltre onere del *contraente* trasmettere agli *assicurati* ogni documento inerente alle informazioni precontrattuali, contrattuali in vigenza di *polizza* e le condizioni di *assicurazione*.**
I diritti derivanti dal contratto spettano all'*assicurato*.

ART. 1.14 - RINUNCIA DELLA COMPAGNIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

In caso di *infortunio* la *compagnia* rinuncia a favore dell'*assicurato* e dei suoi aventi causa a rivalersi nei confronti degli eventuali responsabili, un diritto che le competerebbe in virtù dell'art. 1916 del Codice civile.

ART. 1.15 - TERMINE DI PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dal contratto di *assicurazione* si prescrivono in due *anni* dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda [▶Art. 2952 del Codice civile].
Il diritto dell'*assicurato*re al pagamento delle rate di *premio* **si prescrive in un *anno* dalle singole scadenze** [▶Art. 2952 del Codice civile].

ART. 1.16 - MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)

La *compagnia* non è tenuta a prestare l'*assicurazione* nel caso in cui la copertura assicurativa possa esporla al rischio di:

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

ART. 1.17 - DIRITTO DI RIPENSAMENTO (solo per le polizze collocate tramite *vendita a distanza*)

Il *contraente* può recedere dall'*assicurazione* **entro 14 giorni** dalla stipula della *polizza*, senza penali e senza doverne indicare il motivo.

Il *recesso* può essere esercitato mediante **comunicazione scritta** contenente gli elementi identificativi della *polizza*, inviata con:

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

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

In caso di *recesso*, la *compagnia* rimborsa al *contraente* il *premio* versato **diminuito**:

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

Il *contraente* NON può recedere se 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*.

SEZIONE INFORTUNI
Formula Mobilità - Conducente

Le garanzie di questa sezione sono operanti se acquistata la Formula Mobilità - Conducente.

COSA È ASSICURATO

ART. 2.1 - SOGGETTI ASSICURATI

L'*assicurazione* è prestata a favore del *contraente*/*assicurato* in qualità di conducente di autovetture.

ART. 2.2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'*assicurazione* vale in conseguenza diretta ed esclusiva di *infortuni:*

- conseguenti a incidente da circolazione quando l'*assicurato* si trova alla guida di un'autovettura;
- subiti dall'*assicurato* quando sale e scende dall'autovettura;
- subiti dall' *assicurato* mentre carica e/o scarica bagagli dall'autovettura;
- subiti dall' *assicurato* mentre effettua controlli o riparazioni di guasti sull'autovettura durante un viaggio;
- subiti nel tentativo di segnalare una situazione di pericolo venutasi a creare in caso di incidente o fermo forzato dell'autovettura;

Cosa si intende per infortunio?
L'*infortunio* è un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni fisiche oggettivamente constatabili. Un esempio di *infortunio* può essere il caso in cui un *assicurato* nel tentativo di segnalare una situazione di pericolo viene investito da un altro veicolo in transito.

La rottura di un tendine non conseguente a un trauma ma causata da prolungata attività sportiva nonché un infarto, anche se è dovuto a uno spavento improvviso, non sono *infortuni* e quindi non rientrano nella copertura.

Sono compresi gli *infortuni* subiti:

- in conseguenza di malore o in stato di incoscienza non dovuti a condizioni patologiche;
- a causa di imperizia, imprudenza, negligenza, anche gravi;
- a causa di asfissia causata da gas di scarico;
- in caso di annegamento, assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore.

Si precisa che sono compresi gli *infortuni* subiti alla guida di un'autovettura durante lo svolgimento di attività professionali, **con esclusioni dell'utilizzo del mezzo dagli appartenenti alle forze armate nel corso della loro attività professionale**.

Sono esclusi gli infarti da qualsiasi causa determinati.

GARANZIE SEMPRE OPERANTI

ART. 2.3 - MORTE DA INFORTUNIO

Se l'*infortunio* ha come conseguenza la morte, la *compagnia* corrisponde la *somma assicurata* ai *beneficiari* designati nella *scheda di polizza* o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi dell'*assicurato* in parti uguali o, in caso di successione testamentaria, in base alle quote attribuite agli eredi nel testamento.

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

Pertanto, se dopo il pagamento di un *indennizzo* per *invalidità permanente* l'*assicurato* muore in conseguenza del medesimo *infortunio*, la *compagnia* corrisponde ai *beneficiari* soltanto la differenza tra l'*indennizzo* per morte - se superiore - e quello già pagato per *invalidità permanente*. L'*indennizzo* ai *beneficiari* è dovuto anche se la morte dell'*assicurato* avviene successivamente alla scadenza della *polizza* e comunque entro 2 anni dal giorno dell'*infortunio,* purché l'*infortunio* da cui è conseguita la morte sia avvenuto durante la validità del contratto.

ART. 2.4 - ESTENSIONI DI GARANZIE SEMPRE OPERANTI PER MORTE DA INFORTUNIO

Morte presunta

Quando l'*assicurato* è scomparso a seguito di *infortunio* indennizzabile ai sensi di *polizza*, l'Autorità Giudiziaria ne ha dichiarato la morte presunta e di tale evento è stata fatta registrazione negli atti dello stato civile (ai sensi dell'Art. 60, comma 3) e dell'art. 62 del Codice Civile o dell'Art. 211 del Codice della Navigazione), la *compagnia* liquiderà ai *beneficiari* indicati nella *scheda di polizza* la *somma assicurata* per il caso di morte.

La liquidazione dell'*indennizzo* avverrà trascorsi 6 mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta [▶Art. 60 comma 3 e art. 62 del Codice civile].

Se dopo il pagamento dell'*indennizzo* è provata l'esistenza in vita dell'*assicurato* o che l'*assicurato* non era morto a seguito di *infortunio* indennizzabile, la *compagnia* ha diritto di agire nei confronti sia dei *beneficiari* sia dell'*assicurato* stesso per la restituzione della somma corrisposta.
L'*assicurato* può fare valere i propri diritti per le lesioni eventualmente subite se indennizzabili ai sensi di *polizza* soltanto dopo che i *beneficiari* abbiano restituito la somma che gli era stata liquidata.

ART. 2.5 - INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Cos'è l'invalidità permanente?
È la perdita completa o parziale della capacità di lavorare, qualsiasi sia la professione esercitata al momento dell'*infortunio*. È una forma grave di danno fisico causata da *infortunio*. Perché un danno si possa considerare permanente deve essere irrimediabile (non più suscettibile di miglioramento) e condizionare per sempre la vita dell'*assicurato*.

Quando da un *infortunio* deriva una *invalidità permanente*, la *compagnia* liquida un *indennizzo* calcolato sulla *somma assicurata*, determinato in proporzione al grado di *invalidità* accertato secondo i criteri e le percentuali indicate nell'Allegato A (ex tabella INAIL all. n.1 dpr 30 giugno 1965 n.1124). L'indennizzo viene effettuato al netto della *franchigia* indicata nella *scheda di polizza*, in base quanto previsto nei successivi artt. 2.13 e 2.14. e sulla base delle percentuali di liquidazione previste dalla *franchigia* richiamata.

L'*indennizzo* per *invalidità permanente* viene liquidato anche dopo la scadenza della *polizza*, purché l'*infortunio* sia avvenuto nel periodo di validità della *polizza e* l'*invalidità permanente* sia la conseguenza diretta dell'*infortunio* stesso e si sia verificata entro 2 anni dal giorno dell'*infortunio*.

ART. 2.6 - ESTENSIONI DI GARANZIA SEMPRE OPERANTI PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Rimborso spese per adeguamento autovetture
Quando l'*infortunio* comporta una *invalidità permanente* pari o superiore al 66% e l'autovettura dell'*assicurato* o di un suo familiare convivente necessita di interventi di adeguamento o personalizzazione in riferimento alla disabilità riportata, la *compagnia* rimborsa le spese documentate e sostenute per tali adattamenti entro 1 *anno* dal giorno dell'*infortunio* denunciato.

Il rimborso è riconosciuto entro il limite del 5% della *somma assicurata* per *Invalidità permanente*, con il massimo di euro 5.000 per *sinistro*.

Nel corso di validità della *polizza*, considerando anche eventuali contratti sostituiti e in corso con le *compagnie* del Gruppo Helvetia, non può essere indennizzato più di un *sinistro* per autovettura e per *polizza*.

GARANZIE ACCESSORIE

Le garanzie sono operanti solo se espressamente richiamate *nella scheda di polizza* e risulti pagato il relativo *premio.*

ART. 2.7 - SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

La *compagnia* rimborsa le spese mediche sostenute rese necessarie da un *infortunio*, alle condizioni di seguito specificate ed entro il limite della *somma assicurata* indicata nella *scheda di polizza* per persona e per *anno* assicurativo.

A. Prestazioni sanitarie in caso di *ricovero*, *day hospital*, *day surgery* in *istituto di cura*
Sono incluse nella copertura le seguenti spese:
1. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto medico o paramedico partecipante all'*intervento chirurgico*, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, endoprotesi ed apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento;
2. rette di degenza;
3. assistenza medica e infermieristica, medicinali, esami, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati durante il *ricovero* o l'*intervento chirurgico* effettuato in *ambulatorio*;
4. trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario all'*istituto di cura* **entro il limite del 10% della *somma assicurata*** indicata nella *scheda di polizza*.

In caso di *ricovero* in *day hospital* la *compagnia* provvede al rimborso delle spese sopra indicate con le seguenti modalità:
- in caso di *Day Hospital* presso un *istituto di cura* pubblico, **dal primo giorno di degenza senza pernottamento;**
- in caso di *Day Hospital* presso un *istituto di cura* privato, **quando la degenza dura almeno due giorni consecutivi, senza pernottamento.**

B. Prestazioni sanitarie successive al *ricovero*, al *day hospital* e day surgery (*intervento chirurgico* senza *ricovero)* o successive all'*infortunio* che non abbia determinato *ricovero, day hospital* o *day surgery*
Sono incluse nella copertura le spese sostenute per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi (**escluse le cure termali e similari),** compreso acquisto, manutenzione, riparazione e noleggio di apparecchi protesici e terapeutici, **prescritti dal medico curante o dal medico specialista che ha in cura l'*assicurato,* effettuati nei 180 giorni successivi:**
- all'*infortunio*, **purché corredato da referto di Pronto Soccorso pubblico o da certificato medico corredato di referto radiologico** (RX, RMN o TAC) attestanti l'*infortunio* subito;
- al *ricovero*;
- al *day hospital*;
- all'*intervento chirurgico* senza *ricovero (day surgery).*

La garanzia opera entro il limite del 20% della *somma assicurata*.

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

Per facilitare la comprensione del rimborso spese di cura da *infortunio*, riportiamo di seguito un esempio.

Somma assicurata per Spese di cura da *infortunio*: 6.000 euro
Sotto limite assicurato per trattamenti fisioterapici da *infortunio* 20% della somma assicurata = (6.000 x 20) /100= 1.200 euro
Costo totale per trattamenti fisioterapici da *infortunio* sostenuto *dall'assicurato*: 600 euro
La *compagnia* rimborsa all'*assicurato* 600 euro.

ART. 2.8 - DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO

La *compagnia* corrisponde la *diaria* pattuita nella *scheda di polizza* a seguito di *ricovero* dell'*assicurato* in *istituto di cura*, conseguente a *infortunio*, per ciascun giorno di degenza; ai fini liquidativi il giorno di entrata e di uscita dall'*istituto di cura* viene considerato un solo giorno. La *diaria* viene corrisposta **per la durata massima di 100 giorni per *sinistro* per *anno* assicurativo**, compresi anche i casi di *day hospital* e *day surgery*.

COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA

ART. 2.9 - LIMITI DI ETA'

L'*assicurazione* è operante per gli *assicurati* con età massima di ottanta anni compiuti.

Nel caso in cui l'*assicurato* raggiunga il limite di età in corso di validità della *polizza*, l'*assicurazione* cessa dalla prima scadenza annua successiva senza obbligo della *compagnia* di comunicare la cessazione della *polizza*.

ART. 2.10 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili:

a. **le persone affette da *alcolismo* e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti, allucinogeni, *psicofarmaci* e *farmaci psicotropi* assunti non a scopo terapeutico), epilessia, sieropositività da H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sindromi organiche-cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi, Morbo di Parkinson, tutte le demenze e Alzheimer, malattie demielinizzanti (a scopo esemplificativo SLA, sclerosi multipla e simili), esiti di poliomielite;**
b. **le persone residenti all'estero comprese le persone residenti nella Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.**

Art. 2.10.1 - Inassicurabilità sopravvenuta

Il *contraente/assicurato* deve comunicare tempestivamente alla *compagnia* la sopravvenuta inassicurabilità, cioè il verificarsi delle circostanze di cui all'Art. 2.10 che precede.

La *compagnia*, infatti, considera non assicurabili le persone affette dalle patologie di cui all'art. 2.10 lettera a) e quelle residenti all'estero, come indicato all'art. 2.10 lettera b) e quindi non avrebbe acconsentito a stipulare la polizza se fosse stata a conoscenza che l'*assicurato* era affetto dalle patologie di cui sopra o che si era trasferito all'estero.

Di conseguenza, nel caso in cui l'*assicurato* sia colpito dalle patologie sopra indicate nel corso del contratto, la garanzia assicurativa cessa immediatamente, senza obbligo della *compagnia* di corrispondere l'eventuale *indennizzo*; la valutazione concreta dello stato di salute dell'*assicurato* non ha alcun rilievo.

L'incasso di *premi* scaduti non può essere considerato come riconoscimento della operatività della garanzia; la *compagnia* rimborsa al *contraente*, entro 45 giorni dalla cessazione della *polizza*, la quota parte di *premio* relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del *periodo di assicurazione* per il quale è stato corrisposto il *premio,* al netto delle imposte già pagate.

In caso di soggetto divenuto non assicurabile, l'*assicurazione* cessa immediatamente con rimborso del *premio* nel caso la cessazione avvenga nel corso dell'annualità assicurativa.

In caso di trasferimento della residenza all'estero dell'*assicurato*, l'*assicurazione* cessa dalla prima scadenza annua successiva senza obbligo della *compagnia* di comunicare la cessazione della *stessa*.

ART. 2.11 - ESCLUSIONI

Sono esclusi tutti gli *infortuni* derivanti da:

a. **guida di qualsiasi autovettura se l'*assicurato* non è abilitato o in caso di patente scaduta salvo che, in quest'ultimo caso, al momento del *sinistro* l'*assicurato* abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;**
b. **uso di autovetture in circuiti, anche in assenza di competizione, salvo i corsi di guida sicura;**
c. **partecipazione a corse automobilistiche ovvero a gare e relative prove ed allenamenti, salvo si tratti di competizioni e relative prove di regolarità pura;**
d. ***ebbrezza alcolica* e *ubriachezza;***
e. **intossicazioni conseguenti ad *alcolismo*, uso o *abuso di psicofarmaci* e *farmaci psicotropi*, uso di allucinogeni e uso non terapeutico di stupefacenti;**
f. ***sinistri* provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e dalle patologie correlate alla infezione da HIV, *malattie mentali* e/o *disabilità mentali* e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, Morbo di Parkinson, tutte le demenze e Alzheimer, malattie demielinizzanti (a scopo esemplificativo SLA, sclerosi multipla e simili), epilessia, comprese relative conseguenze e complicanze;**
g. **guida di veicoli in uso alle forze armate nel corso della loro attività professionale;**
h. **infarti, ernie di qualsiasi tipo e le *rotture tendinee sottocutanee*;**
i. **operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessarie da *infortunio*;**
j. **delitti dolosi compiuti o tentati dall'*assicurato*, suicidio;**
k. **derivanti da guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, sommosse civili, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra salvo il caso accidentale accaduto in paesi non in stato di belligeranza o similare;**
l. **aggressioni e/o atti violenti avvenuti in occasione di tumulti popolari, atti di *terrorismo*;**
m. **da movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche ed inondazioni.**
n. **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.);**
o. **partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie;**
p. **danni provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici, cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni.**

COME PERSONALIZZARE LA COPERTURA

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

Opzioni con pagamento di un *premio* aggiuntivo, operanti solo se espressamente acquistate e richiamate nella *scheda di polizza.*

Per le condizioni aggiuntive valgono tutte le esclusioni generali indicate all'art. 2.11 - Esclusioni, se non esplicitamente derogate.

ART. 2.12 - DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE DA INFORTUNIO - CONDIZIONE AGGIUNTIVA 1

La *compagnia* corrisponde una *diaria* pari al **50% della somma dovuta per la *diaria* da *ricovero* da *infortunio***, a seguito di *infortunio* comportante una *frattura ossea* o una lesione capsulo-legamentosa con l'applicazione di un *apparecchio di contenzione* che immobilizza la parte e che non è rimovibile dall'*assicurato*.

La *diaria* è corrisposta dal giorno successivo l'applicazione dell'apparecchio di contenzione e fino alla sua rimozione, **per una durata massima di 100 giorni per *sinistro* e per *anno* assicurativo.**

Cosa si intende per Immobilizzazione?

Per *immobilizzazione* si intende lo stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, dell'*assicurato* di svolgere le sue abituali occupazioni a seguito a seguito dell'applicazione di un apparecchio di contenzione.

Nei soli casi di *frattura ossea* o di lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata presso una struttura ospedaliera o da un medico specialista in ortopedico e/o traumatologia **secondo il quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'applicazione di un apparecchio di contenzione**, la *compagnia* corrisponde la *diaria* pattuita nella *scheda di polizza* per il periodo di *immobilizzazione* prescritto dal medico specialista in ortopedia e/o traumatologia e **fino ad un massimo di 15 giorni per *sinistro* e per *anno* assicurativo**.

Cosa si intende per lesione capsulo-legamentosa?

Per lesione capsulo-legamentosa si intende una lacerazione parziale o completa delle strutture che tengono unite le articolazioni, quali la capsula articolare e i legamenti.

In caso di *ricovero*, la *diaria* da *immobilizzazione* da *infortunio* verrà corrisposta a partire dal giorno successivo le dimissioni dell'*assicurato* dall'*istituto di cura*.

Per facilitare la comprensione, riportiamo di seguito un esempio

Garanzie acquistate e richiamate in polizza:
Diaria da *ricovero* da *infortunio*: 100 euro
Diaria da *immobilizzazione*: 50 euro
Sinistro: l'*assicurato* subisce un *intervento chirurgico* per *frattura ossea* scomposta di tibia e perone con una degenza ospedaliera di 3 giorni. L'arto viene immobilizzato con un apparecchio di contenzione per 30 giorni dalla dimissione ospedaliera.
La *compagnia* indennizza il *sinistro* come segue:

- *Diaria* da *ricovero*: 100 x 2 giorni = 200 euro (riconosciuti 2 giorni in quanto il giorno di ingresso e di uscita, ai fini liquidativi viene considerato 1 giorno;
- *Diaria* da *immobilizzazione*: 50 x 30 = 1.500 euro

La *compagnia* indennizza 1.700 euro

FRANCHIGIE OPZIONABILI

ART. 2.13 - FRANCHIGIE INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

La garanzia *invalidità permanente* da *infortunio* è operante con applicazione della *franchigia* prevista all'art. 2.13.1 - Franchigia Invalidità permanente modulata 3%; è, però, possibile scegliere una diversa *franchigia* prevista dalla condizione aggiuntiva di seguito riportata.

Art. 2.13.1 - Franchigia invalidità permanente modulata 3%

Fermo quanto previsto all'Art. 2.5 - *Invalidità permanente* da *infortunio*, **la *somma assicurata* per l'*invalidità permanente* da *infortunio* è soggetta ad una *franchigia* del 3%; pertanto la *compagnia* non liquida alcuna indennità per l'*invalidità permanente* fino al 3% della invalidità permanente totale.**
Se invece l'*invalidità permanente* è di grado superiore al 3%, la *compagnia* liquida una indennità calcolata sulla *somma assicurata* in base alle seguenti percentuali:

% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE
1	0
2	0
3	0
4	1
5	2
6	3
7	4
8	5
9	6
10	10

% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20

% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30

% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE
31	33
32	35
33	37
34	39
35	41
36	43
37	45
38	47
39	49
40	51
41	53
42	55

% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE
43	57
44	59
45	61
46	63
47	65
48	67
49	69
50	71
51	73
52	75
53	77
54	79

% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE
55	81
56	83
57	85
58	87
59	89
60	91
61	93
62	95
63	97
64	99
65 e oltre	100

Per facilitare la comprensione dell'applicazione della franchigia, riportiamo di seguito alcuni esempi.

1) Somma assicurata *Invalidità permanente*: 100.000 euro

Franchigia modulata 3%

Invalidità permanente da *infortunio* accertata: 3%

La *compagnia* non liquida alcun *indennizzo* perché l'*invalidità permanente* accertata è pari alla *franchigia*.

2) Somma assicurata *invalidità permanente*: 200.000 euro

Franchigia modulata 3%

Invalidità permanente accertata: 25%

(200.000 x 25) /100 = 50.000 euro

La *compagnia* liquida la percentuale di *invalidità permanente* accertata in base a quanto previsto nella tabella per un importo di 50.000 euro.

Art. 2.13.2 - Franchigia invalidità permanente a scaglioni di somme - Condizione aggiuntiva 2

Fermo quanto previsto all'Art. 2.5 - *Invalidità permanente* da *infortunio*, **la liquidazione dell'*indennizzo* per *invalidità permanente* viene effettuata con le seguenti modalità:**

a) sulla parte della *somma assicurata* fino a euro 100.000 la *compagnia* corrisponde l'*indennizzo* dovuto senza applicazione di alcuna *franchigia*;

b) sulla parte della *somma assicurata* eccedente euro 100.000 e fino a euro 200.000 non viene corrisposto alcun *indennizzo* fino al 5% dell'invalidità permanente 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 euro 200.000 non viene corrisposto alcun *indennizzo* fino al 10% dell'invalidità permanente totale; se invece l'*Invalidità permanente* risulta superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* viene liquidato solo per la parte eccedente.

Per facilitare la comprensione dell'applicazione della *franchigia*, riportiamo di seguito un esempio.

Somma assicurata *Invalidità permanente*: 250.000 euro

Franchigia Invalidità permanente a scaglioni di somme

Invalidità permanente accertata pari al 35%

In questo caso si applicano delle differenti *franchigie* a scaglioni di somme assicurate e l'*indennizzo* viene così calcolato:

- sul **primo scaglione** di somma assicurata pari a **100.000 euro** si riconosce la percentuale di invalidità accertata senza applicazione di *franchigia* cioè **(100.000 x 35) / 100 = 35.000 euro**
- sul **secondo scaglione** di somma assicurata eccedente **100.000 euro** e fino alla somma assicurata di **200.000 euro** si riconosce la percentuale di invalidità accertata dedotti 5 punti percentuali di *franchigia* ossia (35% – 5%) = 30% = **(100.000 x 30) / 100 = 30.000 euro**
- sul **terzo scaglione** di somma assicurata eccedente **200.000 euro** si riconosce la percentuale di invalidità accertata dedotti 10 punti percentuali di *franchigia* ossia (35% – 10%) = 25% = **(50.000 x 25) / 100 = 12.500 euro**

L'*indennizzo* complessivo corrisposto dalla *compagnia* ammonta a 35.000 + 30.000 + 12.500 = 77.500 euro.

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 2.14 - VALIDITA' TERRITORIALE

L'*assicurazione* vale per il mondo intero.

TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE BASE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
Morte da infortunio	non previsto	non previsto	somma assicurata indicata in polizza
Invalidità permanente da infortunio	non previsto	**Franchigie opzionali:** ***Franchigia Modulata 3%*** Non è liquidato alcun indennizzo fino al 3% dell'invalidità permanente totale; se invece l'invalidità permanente è di grado superiore al 3%, si liquida la differenza tra l'invalidità permanente accertata e la franchigia stessa fino ad un grado di invalidità del 10%. Per invalidità permanenti comprese tra il 10% e il 30% l'invalidità permanente liquidata corrisponde a quella accertata, mentre per invalidità accertate superiori al 30% l'invalidità liquidata è superiore a quella accertata; a partire da un'invalidità permanente pari o superiori al 65%, è liquidata l'intera somma assicurata. ***Franchigia a scaglioni di somme*** a) sulla parte di somma fino a € 100.000, l'indennizzo per invalidità permanente viene liquidato senza	somma assicurata indicata in polizza

GARANZIE BASE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
		applicazione di alcuna franchigia. b) sulla parte di somma eccedente € 100.000 e fino a € 200.000, non viene liquidato alcun indennizzo per invalidità permanente fino al 5%. c) sulla parte di somma eccedente € 200.000 non viene liquidato alcun indennizzo per invalidità permanente fino al 10%.	
Rimborso spese di adeguamento autovettura	non previsto	non previsto	In caso di invalidità permanente pari o superiore al 66%, e l'autovettura dell'Assicurato o di un suo familiare convivente necessiti di interventi di adeguamento o personalizzazione in riferimento alla disabilità riportata, la compagnia rimborsa le spese sostenute entro il limite del **5%** della somma assicurata per Invalidità permanente, con il massimo di **€ 5.000** per sinistro.
Spese di cura da infortunio	non previsto	non previsto	- trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario all'istituto di cura **entro il limite del 10%** della somma assicurata indicata nella scheda di polizza; - visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali trattamenti fisioterapici entro il limite **del 20%** della somma assicurata indicata nella scheda di polizza.
Diaria da ricovero da infortunio	non previsto	non previsto	**100 giorni** per sinistro e per anno
Diaria da immobilizzazione da infortunio	non previsto	non previsto	- 50% della somma dovuta per la diaria da ricovero da infortunio con il limite di **100 giorni** per sinistro e per anno. - in caso di frattura ossea senza applicazione di mezzi di contenzione - massimo **15 giorni** per sinistro e per anno

SEZIONE INFORTUNI
Formula Mobilità - Circolazione

Le garanzie di questa sezione sono operanti se acquistata la Formula Mobilità - Circolazione

COSA È ASSICURATO

ART. 3.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'*assicurazione* vale per gli *infortuni* che l'*assicurato* subisce in conseguenza diretta ed esclusiva di incidente da circolazione o navigazione in qualità di:

1) Conducente, purché abilitato alla guida, dei seguenti veicoli:
   a) Autovetture;
   b) Autoveicoli di peso a pieno carico fino a 35 quintali;
   c) Motoveicoli;
   d) Ciclomotori;
   e) Natanti ad uso privato o da diporto.

Non sono assicurati gli infortuni avvenuti alla guida di veicoli a motore la cui conduzione prevede una patente di guida diversa dalla categoria AM, A1, A2, A, B1 o B.

2) Passeggero su mezzi di locomozione per trasporto pubblico o privato, terrestri, marittimi, fluviali, lacustri, **esclusi ciclomotori e *mezzi non targati,* non omologati al trasporto di passeggeri.**

Nel caso di utilizzo dei veicoli sopra indicati, **con esclusione dei *mezzi non targati***, in qualità di conducente o passeggero, sono compresi gli *infortuni* subiti:
   a) durante la messa in moto e lo svolgimento delle operazioni strettamente necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermo;
   b) nel tentativo di segnalare una situazione di pericolo venutasi a creare in caso di incidente o fermo forzato del mezzo;
   c) nel tentativo di salvataggio del mezzo e/o dei suoi passeggeri;
   d) durante la salita o la discesa dai veicoli compresi in garanzia.

3) Conducente di *mezzi non targati (mezzi di micromobilità*, le *E- Bike,* le *biciclette* comprese le *biciclette elettriche, carrozzine elettriche)* nel rispetto degli obblighi previsti dalla legge e da quanto previsto dall'art. 3.13 - Requisiti specifici di assicurabilità per la conduzione dei *mezzi di micromobilità'*.

In caso di utilizzo dei *mezzi non targati*, sono compresi gli *infortuni* subiti:

a) durante la messa in moto e lo svolgimento delle operazioni strettamente necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermo;
b) durante la salita o la discesa dai veicoli compresi in garanzia;
c) nel tentativo di segnalare una situazione di pericolo venutasi a creare in caso di incidente o fermo forzato del mezzo;
d) nel tentativo di salvataggio del mezzo.

Per facilitare la comprensione, riportiamo di seguito un esempio.

Se mio figlio di 15 anni utilizza il monopattino elettrico senza indossare il casco, la copertura assicurativa è operante?

La copertura non è operante in quanto la legge prevede che le persone di età compresa tra i 14 e i 18 anni indossino obbligatoriamente il casco durante la conduzione di monopattini elettrici.

4) Passeggero su mezzi di locomozione aerea per trasporto pubblico o privato, durante i viaggi su velivoli o elicotteri da chiunque gestiti, **purché guidati da piloti professionisti**.

Il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'*assicurato* sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Sono esclusi i viaggi effettuati:
- **su aeromobili di società di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;**
- **su aeromobili in esercizio presso aeroclub;**
- **su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.**

5) Pedone, in conseguenza di investimento da parte di veicolo a motore (pubblico o privato) e *mezzi non targati.*

Sono compresi gli *infortuni* subiti:
- in conseguenza di malore o stato di incoscienza non dovuti a condizioni patologiche;
- a causa di imperizia, imprudenza, negligenza, anche gravi;
- a seguito di incidente da circolazione o navigazione, causato da aggressioni e/o atti violenti avvenuti in occasione di tumulti popolari, atti di *terrorismo*, **a condizione che l'*assicurato* non vi abbia preso parte attiva**;
- a causa di asfissia causata da gas di scarico;
- in caso di annegamento, assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore.

Cosa si intende per *infortunio*?
L'*infortunio* è un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni fisiche oggettivamente constatabili. Un esempio di *infortunio* può essere la caduta da un mezzo non targato durante la circolazione del mezzo e a seguito di incidente stradale.

Sono esclusi gli *infortuni* subiti:

- **durante lo svolgimento di attività sportive escluse dall'art. 3.11 - Esclusioni**
- **durante lo svolgimento di attività professionali, fatta eccezione per gli eventi qualificabili come *rischio in itinere.***

I rider sono inclusi nella copertura?
L'attività di rider non è coperta dalla presente polizza in quanto il mezzo viene utilizzato durante un'attività professionale.

L'attività sportiva del ciclismo effettuata sotto l'egida di un'associazione sportiva durante lo svolgimento di gare ed allenamenti è inclusa nella copertura?
L'attività non è compresa dalla polizza in quanto espressamente esclusa dall'art. 3.11 - Esclusioni, lettera s).

GARANZIE SEMPRE OPERANTI

ART. 3.2 - INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Cos'è l'invalidità permanente?
È la perdita completa o parziale della capacità di lavorare, qualsiasi sia la professione esercitata al momento dell'*infortunio*. È una forma grave di danno fisico causata da *infortunio*. Perché un danno si possa considerare permanente deve essere irrimediabile (non più suscettibile di miglioramento) e condizionare per sempre la vita dell'*assicurato*.

Quando da un *infortunio* deriva una *invalidità permanente*, la *compagnia* liquida un *indennizzo* calcolato sulla *somma assicurata*, determinato in proporzione al grado di *invalidità* accertato secondo i criteri e le percentuali indicate nell'Allegato A (ex tabella INAIL all. n.1 dpr 30 giugno 1965 n.1124). L'*indennizzo* viene effettuato al netto della *franchigia* indicata nella *scheda di polizza,* in base a quanto previsto nei successivi artt. 3.12.1 e 3.12.2 e sulla base delle percentuali di liquidazione previste dalla *franchigia* richiamata.

L'*indennizzo* per *invalidità permanente* viene liquidato anche dopo la scadenza della *polizza*, purché l'*infortunio* sia avvenuto nel periodo di validità della *polizza e* l'*invalidità permanente* sia la conseguenza diretta dell'*infortunio* stesso e si sia verificata entro 2 anni dal giorno dell'*infortunio*.

ART. 3.3 - ESTENSIONI DI GARANZIE SEMPRE OPERANTI PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Art. 3.3.1 - Rimborso spese di adeguamento abitazione
Quando l'*infortunio* comporta una *invalidità permanente* pari o superiore al 66% e l'abitazione dell'*assicurato* necessita di adeguamenti finalizzati al superamento delle barriere architettoniche, la *compagnia* rimborsa le spese documentate e sostenute per la realizzazione delle opere all'interno dell'abitazione ove l'*assicurato* ha il proprio domicilio entro 1 *anno* dal giorno dell'*infortunio* denunciato.

Il rimborso è riconosciuto entro il limite del 5% della *somma assicurata* per *Invalidità permanente*, con il massimo di euro 10.000 per *sinistro*.

Nel corso di validità della *polizza*, considerando anche eventuali contratti sostituiti e in corso con le *compagnie* del Gruppo Helvetia, non può essere indennizzato più di un *sinistro* per abitazione e per *polizza*.

Art. 3.3.2 - Rimborso spese per adeguamento autovetture
Quando l'*infortunio* comporta una *invalidità permanente* pari o superiore al 66% e l'autovettura dell'*assicurato* o di un suo familiare convivente necessita di interventi di adeguamento o personalizzazione in riferimento alla disabilità riportata, la *compagnia* rimborsa le spese documentate e sostenute per tali adattamenti entro 1 *anno* dal giorno dell'*infortunio* denunciato.

Il rimborso è riconosciuto entro il limite del 5% della *somma assicurata* per *Invalidità permanente*, con il massimo di euro 5.000 per *sinistro*.

Nel corso di validità della *polizza*, considerando anche eventuali contratti sostituiti e in corso con le *compagnie* del Gruppo Helvetia, non può essere indennizzato più di un *sinistro* per autovettura e per *polizza*.

Art. 3.3.3 - Danni estetici
Quando l'*infortunio* ha come conseguenza lesioni al viso che determinino deturpazioni o sfregi permanenti, la *compagnia* rimborsa le spese documentate sostenute dall'*assicurato* entro un *anno* dal giorno dell'*infortunio* per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica

o estetica. Le spese sono rimborsate **solo se le lesioni sono comprovate da referto di Pronto Soccorso o Ospedale Pubblico ed entro il limite di euro 3.000 per *sinistro*.**

Nel corso di validità della *polizza*, considerando anche eventuali contratti sostituiti e in corso con le *compagnie* del Gruppo Helvetia, non può essere indennizzato per ogni *assicurato* più di un *sinistro* relativo al danno estetico.

GARANZIE ACCESSORIE

Le garanzie che seguono sono operanti solo se espressamente richiamate *nella scheda di polizza* e se risulta pagato il relativo *premio.*

ART. 3.4 - MORTE DA INFORTUNIO

Se l'*infortunio* ha come conseguenza la morte, la *compagnia* corrisponde la *somma assicurata* ai *beneficiari* designati nella *scheda di polizza* o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi dell'*assicurato* in parti uguali o, in base alle quote stabilite dalla legge o, in caso di successione testamentaria, in base alle quote attribuite agli eredi nel testamento.
L'*indennizzo* per il caso di morte non è cumulabile con quello per *invalidità permanente da infortunio*.

Pertanto, se dopo il pagamento di un *indennizzo* per *invalidità permanente* l'*assicurato* muore in conseguenza del medesimo *infortunio*, la *compagnia* corrisponde ai *beneficiari* soltanto la differenza tra l'*indennizzo* per morte - se superiore - e quello già pagato per *invalidità permanente*. L'*indennizzo* ai *beneficiari* è dovuto anche se la morte dell'*assicurato* avviene successivamente alla scadenza della *polizza* e comunque entro 2 anni dal giorno dell'*infortunio,* purché l'*infortunio* da cui è conseguita la morte sia avvenuto durante la validità del contratto.

ART. 3.5 - ESTENSIONE DI GARANZIA SEMPRE OPERANTE PER MORTE DA INFORTUNIO

Art. 3.5.1 - Morte presunta

Quando l'*assicurato* è scomparso a seguito di *infortunio* indennizzabile ai sensi di *polizza*, l'Autorità Giudiziaria ne ha dichiarato la morte presunta e di tale evento è stata fatta registrazione negli atti dello stato civile (ai sensi dell'Art. 60, comma 3) e dell'art. 62 del Codice Civile o dell'Art. 211 del Codice della Navigazione), la *compagnia* liquiderà ai *beneficiari* indicati nella *scheda di polizza* la *somma assicurata* per il caso di morte.

La liquidazione dell'*indennizzo* avverrà trascorsi 6 mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta [▶Art. 60 comma 3 e art. 62 del Codice civile].

Se dopo il pagamento dell'*indennizzo* è provata l'esistenza in vita dell'*assicurato* o che l'*assicurato* non era morto a seguito di *infortunio* indennizzabile, la *compagnia* ha diritto di agire nei confronti sia dei *beneficiari* sia dell'*assicurato* stesso per la restituzione della somma corrisposta.
L'*assicurato* può fare valere i propri diritti per le lesioni eventualmente subite se indennizzabili ai sensi di *polizza* soltanto dopo che i *beneficiari* abbiano restituito la somma che gli era stata liquidata.

ART. 3.6 - SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

La *compagnia* rimborsa le spese mediche sostenute rese necessarie da un *infortunio*, alle condizioni di seguito specificate ed entro il limite della *somma assicurata* indicata nella *scheda di polizza* per persona e per anno assicurativo.

A. <u>Prestazioni sanitarie in caso di *ricovero*, *day hospital*, *day surgery* in *Istituto di cura*</u>
Sono incluse nella copertura le seguenti spese:
1. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto medico o paramedico partecipante all'*intervento chirurgico*, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, endoprotesi ed apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento;
2. rette di degenza;
3. assistenza medica e infermieristica, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati durante il *ricovero* o l'*intervento chirurgico* effettuato in *ambulatorio*;
4. trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario all'*istituto di cura* **entro il limite del 10% della *somma assicurata*** indicata nella *scheda di polizza*.

In caso di *ricovero* in *day hospital* la *compagnia* provvede al rimborso delle spese sopra indicate con le seguenti modalità:

- in caso di *day hospital* presso un *istituto di cura* pubblico, **dal primo giorno di degenza senza pernottamento;**
- in caso di *day hospital* presso un *istituto di cura* privato, **quando la degenza dura almeno due giorni consecutivi, senza pernottamento.**

B. Prestazioni sanitarie successive al *ricovero*, al *day hospital* e *day surgery* (*intervento chirurgico* senza *ricovero)* o successive all'*infortunio* che non abbia determinato *ricovero, day hospital* o *intervento chirurgico*

Sono incluse nella copertura le spese sostenute per: visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi (**escluse le cure termali e similari),** compreso acquisto, manutenzione, riparazione e noleggio di apparecchi protesici e terapeutici, **prescritti dal medico curante o dal medico specialista che ha in cura l'*assicurato,* effettuati nei 180 giorni successivi:**

- all'*infortunio*, purché corredato da referto di Pronto Soccorso pubblico o in alternativa da certificato medico corredato di referto radiologico (RX, RMN o TAC) attestanti l'*infortunio* subito;
- al *ricovero*;
- al *day hospital*;
- all'*intervento chirurgico* senza *ricovero (day surgery);*

La garanzia opera entro il limite del 20% della *somma assicurata*.

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

Per facilitare la comprensione del rimborso spese di cura da *infortunio*, riportiamo di seguito un esempio.

Somma assicurata per Spese di cura da *infortunio*: 10.000 euro

Sotto limite assicurato per trattamenti fisioterapici da *infortunio* 20% della somma assicurata = (10.000 x 20) /100= 2.000 euro

Costo totale per trattamenti fisioterapici da *infortunio* sostenuto dall'*assicurato*: 3.000 euro

La *compagnia* rimborsa all'*assicurato* 2.000 euro quale limite previsto per i trattamenti fisioterapici (20% della somma assicurata)**.**

ART. 3.7 - DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO

La *compagnia* corrisponde la *diaria* pattuita nella *scheda di polizza* a seguito di *ricovero* dell'*assicurato* in *istituto di cura*, conseguente a *infortunio*, per ciascun giorno di degenza; ai fini liquidativi il giorno di entrata e di uscita dall'*istituto di cura* viene considerato un solo giorno. La *diaria* viene corrisposta **per la durata massima di 100 giorni per *sinistro* per anno assicurativo**, compresi anche i casi di *day hospital* e *day surgery*.

COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA

ART. 3.8 - LIMITI DI OPERATIVITA' DELLA CONDUZIONE DEI MEZZI DI MICROMOBILITA'

Art. 3.8.1 Mezzi di micromobilità oggetto di copertura

La copertura assicurativa è prestata esclusivamente per i mezzi aventi le seguenti caratteristiche.

Hoverboard, *Monowheel*, *Monopattini Elettrici*, *Segway*: certificati CE ai sensi della Direttiva 2006/42/CE, aventi caratteristiche tecniche e costruttive conformi a quelle indicate nel Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 04.06.2019 (G.U. Serie Generale n. 162 del 12.07.2019) e nelle successive normative: L. n. 8 del 28.02.2020, L. n. 156 del 09/11/2021, L. n.15 del 28/02/2022, Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 18.08.2022 (G.U. Serie Generale n.202) e in ogni altra successiva disposizione normativa, regolamentare o altro provvedimento delle Autorità competenti in materia; con tempi di adeguamento dei *Monopattini Elettrici* già in circolazione previsti dalla normativa vigente.

Art. 3.8.2 Limiti di copertura

L'assicurazione opera per gli *infortuni* subiti dall'*assicurato* durante la conduzione dei *mezzi di micromobilità,* a scopo ludico, di svago, a condizione che il *sinistro* sia occorso in conseguenza di:

- circolazione dei *mezzi di micromobilità* su *strada* e *aree equiparate alle strade di uso pubblico*, nei limiti in cui detta circolazione è ammessa in conformità alle vigenti disposizioni legislative e regolamentari o provvedimenti delle Autorità competenti, nonché nelle *aree private*, ad esclusione delle *aree aeroportuali* civili e militari, aree militari, autodromi e piste;
- circolazione dei *mezzi di micromobilità* in *aree pedonali*, *piste ciclabili* o sui *percorsi promiscui*, nei limiti in cui detta circolazione è ammessa in conformità alle vigenti disposizioni legislative, regolamentari o provvedimenti delle Autorità competenti.

Art. 3.8.3 Rischi esclusi

L'*assicurazione* non copre l'*infortunio*:

- **avvenuto durante la conduzione di *mezzi di micromobilità* aventi caratteristiche tecniche e costruttive diverse da quanto previsto dalle normative vigenti al momento del *sinistro, salvo i termini di adeguamento previsti dalla normativa in vigore per i monopattini elettrici già in circolazione*;**
- **avvenuto durante la conduzione di monopattini con motore a scoppio;**
- **avvenuto durante la conduzione dei *mezzi di micromobilità* per attività professionali, quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: trasporto di cose o persone remunerato, anche se occasionale, ecc.;**
- **durante lo svolgimento di attività sportive escluse dall'art. 3.11 - Esclusioni.**

ART. 3.9 - LIMITI DI ETA'

L'*assicurazione* è operante per gli *assicurati* con età massima di ottanta anni compiuti.

Nel caso il *contraente* sia l'unico soggetto assicurato e raggiunga il limite di età nel corso della durata dell'*assicurazione*, l'*assicurazione* cessa dalla prima scadenza annua successiva senza obbligo della *compagnia* di comunicare la cessazione della *polizza*.

Nel caso in cui uno degli assicurati compia l'ottantesimo *anno* durante l'annualità assicurativa, la copertura cessa per questo *assicurato* alla prima scadenza *annuale*; il *premio* viene, quindi, ricalcolato in base agli assicurati ancora presenti in *polizza* e per i quali la copertura assicurativa rimane operante.

Per facilitare la comprensione dei limiti di età, riportiamo di seguito un esempio.

Polizza Cumulativa
Scadenza polizza 31/12/2024
Assicurato n. 01 nato il 05/04/1944 (80 anni compiuti)
Assicurato n. 02 nato il 18/08/1954 (70 anni compiuti)
In considerazione del limite di età di 80 anni, la copertura cessa per l'*assicurato* di 80 anni alla scadenza del 31/12/2024 mentre per l'*assicurato* di 70 anni la copertura prosegue con relativo ricalcolo del premio.

ART. 3.10 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili:

a. **le persone affette da *alcolismo* e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti, allucinogeni, *psicofarmaci* e *farmaci psicotropi* assunti non a scopo terapeutico), epilessia, sieropositività da H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sindromi organiche-cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi, Morbo di Parkinson, tutte le demenze e Alzheimer, malattie demielinizzanti (a scopo esemplificativo SLA, sclerosi multipla e simili), esiti di poliomielite;**
b. **le persone residenti all'estero (anche in qualità di *contraente*), comprese le persone residenti nella Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.**

Art. 3.10.1 Inassicurabilità sopravvenuta

Il *contraente* o l'*assicurato* devono comunicare tempestivamente alla *compagnia* la sopravvenuta inassicurabilità, cioè il verificarsi delle circostanze di cui all'Art. 3.10 che precede.

La *compagnia*, infatti, considera non assicurabili le persone affette dalle patologie di cui all'Art. 3.10 lettera a) e quelle residenti all'estero, come indicato all'Art. 3.10 lettera b), e quindi non avrebbe acconsentito a

stipulare la polizza se fosse stata a conoscenza che l'*assicurato* era affetto dalle patologie di cui sopra o che si era trasferito all'estero.

Di conseguenza, nel caso in cui l'*assicurato* sia colpito dalle patologie sopra indicate nel corso del contratto, la garanzia assicurativa cessa immediatamente, senza obbligo della *compagnia* di corrispondere l'eventuale *indennizzo*; la valutazione concreta dello stato di salute dell'*assicurato* non ha alcun rilievo.

L'incasso di *premi* scaduti non può essere considerato come riconoscimento della operatività della garanzia; la *compagnia* rimborsa al *contraente*, entro 45 giorni dalla cessazione della *polizza*, la quota parte di *premio* relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del *periodo di assicurazione* per il quale è stato corrisposto il *premio,* al netto delle imposte già pagate.

In caso di soggetto divenuto non assicurabile, se il *contraente* è l'unico soggetto assicurato, l'*assicurazione* cessa immediatamente con rimborso del premio nel caso la cessazione avvenga nel corso dell'annualità assicurativa.

Nel caso di *polizza cumulativa* la copertura assicurativa cessa immediatamente per il solo soggetto divenuto non assicurabile con rimborso del *premio* nel caso la cessazione avvenga nel corso dell'annualità assicurativa e il *premio* viene ricalcolato in base agli *assicurati* presenti in *polizza* e per i quali la copertura assicurativa rimane operante.

In caso di trasferimento della residenza all'estero, se il *contraente* è l'unico soggetto assicurato, l'*assicurazione* cessa dalla prima scadenza annua successiva senza obbligo della *compagnia* di comunicare la cessazione della *polizza*.

Nel caso di *polizza cumulativa* la copertura assicurativa cessa per il solo soggetto assicurato residente all'estero dalla prima scadenza annua successiva e il *premio* viene ricalcolato in base agli *assicurati* presenti in *polizza* e per i quali la copertura assicurativa rimane operante.

ART. 3.11 - ESCLUSIONI

Sono esclusi tutti gli *infortuni* derivanti da:

a. **guida di veicoli a motore per la cui conduzione è prescritta una patente di guida diversa dalla categoria AM, A1, A2, A, B1 o B;**
b. **guida di veicoli e natanti se l'*assicurato* non è abilitato o in caso di patente scaduta salvo che, in quest'ultimo caso, al momento del *sinistro* l'*assicurato* abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;**
c. **guida di veicoli e di natanti ad uso pubblico;**
d. **guida dei veicoli e *mezzi non targati* in *aree aeroportuali* civili e militari, aree militari, autodromi e piste;**
e. **guida di natanti privati in aree marittime militari;**
f. **uso di mezzi di locomozione subacquei ed aeromobili di qualsiasi tipo (compresi ultraleggeri, deltaplani, parapendii e simili), salvo quanto previsto dall'art. 3.1 punto 4;**
g. **guida di veicoli o *mezzi non targati* con mancato utilizzo del casco, se obbligatorio per legge;**
h. **trasporto su *mezzi non targati* quando il trasporto è vietato dalla normativa vigente;**
i. ***ebbrezza alcolica* e *ubriachezza*;**
j. **intossicazioni conseguenti ad *alcolismo*, uso o *abuso di psicofarmaci* e *farmaci psicotropi*, uso di allucinogeni e uso non terapeutico di stupefacenti;**
k. ***sinistri* provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e dalle patologie correlate alla infezione da HIV, *malattie mentali* e/o *disabilità mentali* e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, Morbo di Parkinson, tutte le demenze e Alzheimer, malattie demielinizzanti (a scopo esemplificativo SLA, sclerosi multipla e simili), epilessia, comprese relative conseguenze e complicanze;**
l. **infarti, ernie di qualsiasi tipo e le *rotture tendinee sottocutanee;***
m. **operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessarie da *infortunio*;**
n. **delitti dolosi compiuti o tentati dall'*assicurato*, suicidio;**
o. **partecipazione, a titolo professionale o sotto contratto remunerato (*sport professionistici*), a competizioni ufficiali organizzate da qualsiasi federazione sportiva, incluso l'allenamento;**
p. **partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (es. downhill, freeride, dirt jumping, ecc);**
q. **uso di veicoli in circuiti, anche in assenza di competizione, salvo i corsi di guida sicura;**
r. **sport motoristici in genere (autoveicoli, motoveicoli e natanti a motore o motonautici, go-kart) salvo si tratti di competizioni e relative prove di regolarità pura;**
s. **competizioni e relativi allenamenti di tutte le discipline ciclistiche;**

t. guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, sommosse civili, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra salvo il caso accidentale accaduto in paesi non in stato di belligeranza o similare;
u. movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
v. 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.);
w. danni provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici, cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni.

COME PERSONALIZZARE LA COPERTURA

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

Opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo, operanti solo se espressamente acquistate e richiamate nella *scheda di polizza.*

Per le condizioni aggiuntive valgono tutte le esclusioni generali indicate all'art. 3.11 - Esclusioni, se non esplicitamente derogate.

FRANCHIGIE OPZIONABILI

ART. 3.12 - FRANCHIGIA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

La garanzia *invalidità permanente* da *infortunio* è operante con applicazione della *franchigia* prevista all'art. 3.12.1 - Franchigia Invalidità permanente modulata 3%; è, però, possibile scegliere una diversa *franchigia* prevista dalla condizione aggiuntiva di seguito riportata.

Art. 3.12.1 - Franchigia invalidità permanente modulata 3%

Fermo quanto previsto all'Art. 3.4 - *Invalidità permanente* da *infortunio*, **la *somma assicurata* per l'*invalidità permanente* da *infortunio* è soggetta ad una *franchigia* del 3%; pertanto la *compagnia* non liquida alcuna indennità per l'*invalidità permanente* fino al 3% della invalidità permanente totale.**

Se invece l'*invalidità permanente* è di grado superiore al 3%, la *compagnia* liquida una indennità calcolata sulla *somma assicurata* in base alle seguenti percentuali:

% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE
1	0
2	0
3	0
4	1
5	2
6	3
7	4
8	5
9	6
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22

% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	33
32	35
33	37
34	39
35	41
36	43
37	45
38	47
39	49
40	51
41	53
42	55
43	57
44	59

% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE
45	61
46	63
47	65
48	67
49	69
50	71
51	73
52	75
53	77
54	79
55	81
56	83
57	85
58	87
59	89
60	91
61	93
62	95
63	97
64	99
65 e oltre	100

Per facilitare la comprensione dell'applicazione della *franchigia*, riportiamo di seguito alcuni esempi.

1) Somma assicurata *invalidità permanente*: 100.000 euro
Operante *franchigia* modulata 3%
Invalidità permanente da *infortunio* accertata: 3%
La *compagnia* non liquida alcun *indennizzo* perché l'*invalidità permanente* accertata è pari alla *franchigia*.

2) Somma assicurata *invalidità permanente*: 150.000 euro
Operante *franchigia* modulata 3%
Invalidità permanente accertata: 25%
(150.000 x 25) /100 = 37.500 euro
La *compagnia* liquida la percentuale di *invalidità permanente* accertata in base a quanto previsto nella tabella, per un importo di 37.500 euro.

Art. 3.12.2 - Franchigia invalidità permanente assoluta 5% - Condizione aggiuntiva 1
Fermo quanto previsto all'Art. 3.4 - *Invalidità permanente* da *infortunio*, **non è dovuto alcun *indennizzo* fino al 5% dell'*invalidità permanente* totale. In caso di *invalidità permanente* superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* è liquidato solo per la parte eccedente.**

Per facilitare la comprensione dell'applicazione della *franchigia*, riportiamo di seguito un esempio.

Somma assicurata: 100.000 euro
Operante *franchigia* assoluta 5%
Invalidità permanente da *infortunio* accertata: 15%
(100.000 x (15% - 5% di *franchigia*) = 10 /100 = 10.000 euro
La *compagnia* liquida la percentuale di *invalidità permanente* accertata, con applicazione della *franchigia* del 5%, per un importo di 10.000 euro.

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 3.13 - REQUISITI SPECIFICI DI ASSICURABILITA' PER LA CONDUZIONE DEI MEZZI DI MICROMOBILITA'

Con riferimento ai *Monopattini elettrici*, destinati alla circolazione su *strada* e sulle *aree equiparate alle strade di Uso Pubblico* nei limiti previsti dalla normativa vigente, **le garanzie di *polizza* si intendono operanti esclusivamente per *Assicurati* di età non inferiore a 14 anni.**

Con riferimento a *Hoverboard*, *Monowheel*, *Segway*, che siano destinati alla circolazione su *strada* e sulle *aree equiparate alle strade di Uso Pubblico* nei limiti previsti dalla normativa vigente, **possono essere assicurati i maggiorenni e i minorenni solo se titolari di patente di categoria AM, A1 o B1.**

Quali sono i mezzi di micromobilità assicurati?

Sono assicurati i mezzi di micromobilità descritti nel Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 4/06/2019.

Figura 1 - Segway

Figura 2 – Monopattino elettrico

Figura 3 - Monowheel

Figura 4 – Hoverboard

ART. 3.14 - VALIDITA' TERRITORIALE

L'*assicurazione* vale per il mondo intero.

TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE BASE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
Morte da infortunio	non previsto	non previsto	somma assicurata indicata in polizza
Invalidità permanente da infortunio	non previsto	**Franchigie opzionali:** ***Franchigia Modulata 3%*** Non è liquidato alcun indennizzo fino al 3% dell'invalidità permanente totale; se invece l'invalidità permanente è di grado superiore al 3%, si liquida la differenza tra l'invalidità permanente accertata e la franchigia stessa fino ad un grado di invalidità del 10%. Per invalidità permanenti comprese tra il 10% e il 30% l'invalidità permanente liquidata corrisponde a quella accertata, mentre per invalidità accertate superiori al 30% l'invalidità liquidata è superiore a quella accertata; a partire da un'invalidità permanente pari o superiori al 65%, è liquidata l'intera somma assicurata. ***Franchigia assoluta 5%*** Non è liquidato alcun indennizzo pre l'invalidità permanente fino al 5%. In caso di invalidità permanente superiore a tale percentuale, l'indennizzo è liquidato solo per la parte eccedente.	somma assicurata indicata in polizza
Rimborso spese di adeguamento abitazione	non previsto	non previsto	In caso di invalidità permanente pari o superiore al 66%, e l'abitazione dell'assicurato necessiti di adeguamenti finalizzati al superamento delle barriere architettoniche, la compagnia rimborsa le spese documentate e sostenute **entro il limite** del **5%** della somma assicurata per Invalidità permanente, con il massimo di **€ 10.000** per sinistro.
Rimborso spese di adeguamento autovettura	non previsto	non previsto	In caso di invalidità permanente pari o superiore al 66%, e l'autovettura dell'assicurato o di un suo familiare convivente necessiti di interventi di adeguamento o personalizzazione in riferimento alla disabilità riportata, la compagnia rimborsa le spese documentate sostenute entro 1 anno dal giorno dell'infortunio, **entro il limite del 5%** della somma assicurata per invalidità permanente, **con il massimo di € 5.000 per sinistro.**
Danni estetici	non previsto	non previsto	lesioni al viso che determinino deturpazioni o sfregi permanenti per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico nonché per interventi di

GARANZIE BASE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
			chirurgia plastica o estetica fino **a € 3.000** per sinistro e per anno
Spese di cura da infortunio	non previsto	non previsto	- trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario all'istituto di cura **fino alla concorrenza del 10%** della somma assicurata indicata nella scheda di polizza; - visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali trattamenti fisioterapici **entro il limite del 20%** della somma assicurata indicata nella scheda di polizza.
Diaria da ricovero da infortunio	non previsto	non previsto	**100 giorni** per sinistro e per anno

SEZIONE ASSISTENZA

L'acquisto delle garanzie di questa sezione è facoltativo e può essere effettuato sia in abbinamento alla Formula Mobilità - Conducente sia in abbinamento alla Formula Mobilità - Circolazione.

La gestione dei sinistri relativi alle garanzie di Assistenza è stata affidata dalla *compagnia* ad EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

Per la fornitura delle prestazioni l'*assicurato* deve rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla Struttura Organizzativa di EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

Alla scadenza di ogni annualità assicurativa, la *compagnia* ha la facoltà di cambiare la *Struttura Organizzativa*, dandone tempestivo avviso al *contraente* e garantendo le medesime *prestazioni* previste dalla *polizza.* In questo caso il *contraente* ha la facoltà di rinunciare alle garanzie previste dandone comunicazione scritta alla *compagnia*.

Il *contraente* può scegliere di attivare le garanzie di questa sezione. In questo caso la garanzia è operante per tutti gli Assicurati indicati in *polizza*.

COSA È ASSICURATO

ART. 4.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La *compagnia* mette a disposizione dell'*assicurato* tramite la *Struttura Organizzativa*:
- *prestazioni* di assistenza fornite 24.00 ore su 24.00 ovunque l'*assicurato* si trovi;
- *prestazioni* di assistenza fornite 24.00 ore su 24.00 quando l'*assicurato* si trova ad oltre 50 km dal suo comune di residenza;

per il dettaglio si rimanda ai successivi articoli 4.2 e 4.3.

ART. 4.2 - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA FORNITE 24 ORE SU 24 OVUNQUE SI TROVI L'ASSICURATO

Art. 4.2.1 Consulenza medica
Quando a seguito di *infortunio* o *malattia* l'*assicurato* necessita di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della *Struttura Organizzativa* che forniranno la consulenza richiesta.

Art. 4.2.2 Invio di un medico generico in casi d'urgenza in Italia
Quando, a seguito di *infortunio* o *malattia* l'*assicurato*, in Italia, necessita di un medico dalle ore 20.00 alle ore 8.00 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la *Struttura Organizzativa*, accertata la necessità della *prestazione*, provvederà ad inviare a spese della *compagnia* uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la *Struttura Organizzativa* organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'*assicurato* nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. 4.2.3 Invio di un infermiere al domicilio
Quando l'*assicurato*, nella *settimana* successiva al rientro da un *ricovero* in ospedale a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, ha bisogno di essere assistito da un infermiere, la *Struttura Organizzativa* procurerà direttamente all'*assicurato* un infermiere a tariffa controllata. L'onorario dell'infermiere sarà a carico della *compagnia* **fino ad un massimo di euro 200 per *sinistro*.**

Art. 4.2.4 Invio di un fisioterapista al domicilio
Quando l'*assicurato*, a seguito di *infortunio*, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la *Struttura Organizzativa* provvederà ad inviare al domicilio dell'*assicurato* un fisioterapista. L'onorario del fisioterapista sarà a carico della *compagnia* **fino ad un massimo di euro 200 per *sinistro*.**

Art. 4.2.5 Trasporto in autoambulanza in Italia
Quando a seguito di *infortunio* o *malattia* l'*assicurato* necessita di un trasporto in autoambulanza successivamente al *ricovero* di primo soccorso, la *Struttura Organizzativa* provvederà ad inviarla direttamente. La spesa sarà a carico della *compagnia* **fino a un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).**

Art. 4.2.6 Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni
Quando l'*assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, necessita di essere trasportato dall'*istituto di cura* presso il quale è stato ricoverato alla propria residenza, la *Struttura Organizzativa* invierà direttamente un'autoambulanza oppure un taxi per permettere all'*assicurato*, e a un eventuale accompagnatore, di raggiungere la propria abitazione. La *compagnia* terrà a proprio carico i costi dell'ambulanza o del taxi **fino ad un massimo di euro 100 per *sinistro***.

Art. 4.2.7 Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
Quando l'*assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, è affetto da una patologia ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della *Struttura Organizzativa* previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la *Struttura Organizzativa* provvederà:

- a individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'*istituto di cura* italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'*assicurato*;
- a organizzare il trasporto dell'*assicurato* con il mezzo più idoneo in base alle condizioni del paziente mediante:
  - aereo sanitario (la *Struttura Organizzativa* utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga in Italia);
  - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
  - treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto;
  - autoambulanza, senza limiti di percorso.
- ad assistere l'*assicurato* durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della *Struttura Organizzativa*.

La *compagnia* terrà a proprio carico le spese di trasferimento di cui a questo articolo.

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

Art. 4.2.8 Rientro dal centro ospedaliero attrezzato
Quando l'*assicurato*, in conseguenza della prestazione di cui al precedente punto 4.2.7, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la *Struttura Organizzativa* provvede al suo rientro al domicilio con il mezzo che i medici della *Struttura Organizzativa* stessa ritengono più idoneo in base alle condizioni del paziente tra:
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, se necessario, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

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

Art. 4.2.9 Informazioni sanitarie specialistiche
Quando l'*assicurato* a seguito di *infortunio* o *malattia* necessita di informazioni sanitarie può telefonare alla *Struttura Organizzativa* che fornirà informazioni relativamente a:
- centri medici;
- istituti o centri di cura specializzati;
- centri fisioterapici;

adatti alla cura della patologia sofferta disponibili in Italia

Questa prestazione è operativa dalle 9 alle 18 dal lunedì al venerdì.

ART. 4.3 - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA FORNITE 24 ORE SU 24 QUANDO L'ASSICURATO SI TROVI AD OLTRE 50 Km DAL SUO COMUNE DI RESIDENZA

Ciascuna *prestazione* è operante, quando l'assicurato subisce un *sinistro* in un luogo che si trova a più di 50 km dal suo comune di residenza e ha bisogno di assistenza nella località in cui si è verificato il *sinistro*.

Art. 4.3.1 Interprete a disposizione all'estero
Quando, in caso di *ricovero* in ospedale a seguito di *infortunio* o *malattia*, l'*assicurato* trova difficoltà a comunicare nella lingua locale, la *Struttura Organizzativa* provvede ad inviare un interprete; i costi per l'interprete sono a carico della *compagnia* **fino ad un massimo di 8 ore lavorative per *sinistro***.

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

Art. 4.3.2 Informazioni e segnalazioni di medicinali corrispondenti all'estero (prestazione valida solo per i residenti in Italia)
Quando a seguito di *infortunio* o *malattia* l'*assicurato* ha bisogno di assumere specialità medicinali, può richiedere informazioni alla Struttura Organizzativa, che gli segnalerà i medicinali corrispondenti a quelli registrati in Italia, se esistenti, disponibili sul posto.

I costi di acquisto dei medicinali sono a carico dell'*assicurato*.

Art. 4.3.3 Anticipo spese mediche
Quando a seguito di *infortunio* o *malattia* l'*assicurato* deve sostenere delle spese mediche impreviste e non gli è possibile provvedere direttamente e immediatamente, la *Struttura Organizzativa* pagherà, per conto dell'*assicurato*, le fatture relative alle spese mediche **fino ad un importo massimo di euro 500 per *sinistro***.

La *prestazione* non è operante:
- **nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della *Struttura Organizzativa*;**
- **se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'*assicurato*;**

- **se l'*assicurato* non è in grado di fornire alla *Struttura Organizzativa* garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.**

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

Art. 4.3.4 Rientro sanitario

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

- aereo sanitario (**solo nel caso in cui il *sinistro* avvenga in Europa**);
- aereo di linea classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, se necessario, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

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

Se la *compagnia* provvede al rientro dell'*assicurato* a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

La *prestazione* non è operante in caso di:

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

La *prestazione* non è operante nel caso in cui l'*assicurato* o i suoi familiari chiedano volontariamente di essere dimessi dall'istituto di cura in cui si trovano, contro il parere dei sanitari che li hanno in cura.

Art. 4.3.5 Rientro con un familiare

Quando si provvede al rientro sanitario dell'*assicurato*, in base alle condizioni della *prestazione* "Rientro sanitario" di cui al precedente articolo 4.3.4, e i medici della *Struttura Organizzativa* non ritengono necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la *Struttura Organizzativa* organizzerà anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per *l'assicurato*.

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

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

Art. 4.3.6 Viaggio di un familiare

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

La *compagnia* terrà a proprio carico le relative spese sino ad un massimo di euro 500 per *sinistro*.

Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

Art. 4.3.7 Rientro anticipato

Quando l'*assicurato* deve rientrare prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa del decesso di un familiare in Italia (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), la *Struttura Organizzativa* organizzerà il viaggio in treno, prima classe, o in aereo di linea, classe economica, fino al luogo dove è deceduto in Italia il familiare o al luogo in cui il familiare deceduto viene inumato.

La spesa per il rientro è a carico **della *compagnia***.

L'assicurato deve fornire alla *Struttura Organizzativa* tutte le informazioni in suo possesso sulle cause che hanno determinato la sua richiesta di rientro anticipato; di tali circostanze la *Struttura Organizzativa* si riserva di richiedere eventuale documentazione.

Art. 4.3.8 Accompagnamento minori
Quando l'*assicurato*, accompagnato da familiari minori di 18 *anni*, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro in seguito ad *infortunio* o *malattia improvvisa*, la *Struttura Organizzativa* metterà a disposizione di un convivente, residente in Italia, un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia.
La *compagnia* tiene a proprio carico il relativo costo.

Art. 4.3.9 Autista a disposizione
Quando l'*assicurato* si trova impossibilitato a guidare il proprio veicolo a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa* e nessuno degli eventuali passeggeri è in grado di sostituirlo per ragioni oggettive, la *Struttura Organizzativa* metterà a disposizione un autista per ricondurre il veicolo ed eventualmente i passeggeri fino alla città di residenza dell'*assicurato* stesso, secondo l'itinerario più breve.
La *compagnia* tiene a proprio carico l'onorario dell'autista, **mentre restano a carico dell'*assicurato* le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, ecc.)**.
Nel caso in cui l'*assicurato* rientrasse senza attendere l'autista, deve specificare il luogo dove è in custodia il veicolo da ritirare e lasciare sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione alla guida del veicolo e, se si trova all'estero, la carta verde.

Art. 4.3.10 Rientro salma
Quando a seguito di *infortunio* o *malattia* improvvisa l'*assicurato* è deceduto, la *Struttura Organizzativa* organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.
La *compagnia* tiene a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di euro 3.000 per *sinistro*, anche se sono coinvolti più *Assicurati*. Se si rende necessario un esborso maggiore di euro 3.000, la prestazione diventa operante nel momento in cui in Italia la *Struttura Organizzativa* riceve garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate al fine della restituzione dell'importo eccedente la somma di euro 3.000.**

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA

ART. 4.4 - ESCLUSIONI

Tutte le *prestazioni* non sono dovute per *sinistri* provocati o dipendenti da:

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

Le *prestazioni* non sono fornite nei paesi che si trovano in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

Se l'*assicurato* non usufruisce di una o più *prestazioni*, la *compagnia* non è tenuta a fornire *indennizzi* o *prestazioni* alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Il diritto alle assistenze fornite dalla *compagnia* decade se l'*assicurato* non ha preso contatto con la *Struttura Organizzativa* al verificarsi del *sinistro*.

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 4.5 - VALIDITA' TERRITORIALE

L'*assicurazione* vale per i *sinistri* che insorgono in tutto il mondo.

La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun *anno* di validità della *polizza* è di 60 giorni.

ART. 4.6 - SEGRETO PROFESSIONALE

Per i *sinistri* che sono oggetto delle garanzie della Sezione Assistenza, l'*assicurato* libera dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del *sinistro*.

ART. 4.7 - CIRCOSTANZE FORTUITE O IMPREVEDIBILI

La *compagnia* e la *Struttura Organizzativa* non si assumono responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità, conseguenti ad altre circostanze imprevedibili, o per ritardi conseguenti ad un loro mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore.

L'operatività delle prestazioni è comunque soggetta alle limitazioni e ai provvedimenti imposti dalle Autorità governative locali e sanitarie.

ART. 4.8 - MODALITA' OPERATIVE DELLA POLIZZA

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la copertura opera:
- con costi a carico della *compagnia* entro il limite di 3 sinistri, per ciascun anno assicurativo;
- entro il limite del massimale previsto per ciascun tipo di prestazione di assistenza.

TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE BASE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA FORNITE 24 ORE SU 24 OVUNQUE SI TROVI L'ASSICURATO			
Invio di un infermiere al domicilio	non previsto	non previsto	fino a **€ 200** per sinistro
Invio di un fisioterapista al domicilio	non previsto	non previsto	fino a **€ 200** per sinistro
Trasporto in ambulanza in Italia	non previsto	non previsto	fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 Km
Trasporto in ambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni	non previsto	non previsto	fino a **€ 100** per sinistro
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA FORNITE 24 ORE SU 24 QUANDO L'ASSICURATO SI TROVI AD OLTRE 50 Km DAL SUO COMUNE DI RESIDENZA			
Interprete a disposizione all'estero	non previsto	non previsto	fino a **8 ore** lavorative per sinistro
Anticipo spese mediche	non previsto	non previsto	fino a **€ 500** per sinistro
Viaggio di un familiare	non previsto	non previsto	fino a **€ 500** per sinistro
Rientro salma	non previsto	non previsto	fino a **€ 3.000** per sinistro escluse le spese per la cerimonia funebre e il recupero della salma

SEZIONE TUTELA LEGALE

L'acquisto della sezione di Tutela legale è facoltativo e può essere effettuato in abbinamento sia alla Formula Mobilità - Conducente che in abbinamento alla Formula Mobilità - Circolazione

La gestione dei sinistri relativi alla garanzia di Tutela Legale è stata affidata dalla Compagnia a **ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia**, in seguito denominata ARAG.

L'*assicurato* deve rivolgersi direttamente ad ARAG per la tutela dei propri interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nei casi indicati.

Le garanzie di questa sezione sono operanti solo se sono espressamente richiamate nella *scheda di polizza* e risulta pagato il relativo *premio.*

COSA È ASSICURATO

ART. 5.1 - SOGGETTI ASSICURATI

Le prestazioni previste dalla Sezione Tutela Legale sono garantite a tutela dei diritti dei soggetti assicurati nominativamente indicati nella *scheda di polizza*.

ART. 5.2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Se l'*assicurato* è coinvolto in una *vertenza*, la *compagnia,* nei limiti stabiliti dalla *polizza*, copre le seguenti spese:

- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della *vertenza*;
- compensi dell'avvocato per la negoziazione assistita o per la mediazione;
- compensi dell'avvocato per la querela, **se a seguito di questa la controparte è rinviata a giudizio in sede penale**;
- compensi dell'avvocato domiciliatario, **se indicato da ARAG**;
- *spese di soccombenza* poste a carico dell'*assicurato*;

- spese di *esecuzione forzata*, **fino a due tentativi per *sinistro***;
- spese dell'organismo di mediazione, **se la mediazione è obbligatoria**;
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli altri;
- compensi dei periti;
- spese di giustizia;
- spese di investigazione difensiva nel procedimento penale;

Le spese legali sono coperte per l'intervento di un avvocato per ogni stato e grado di giudizio.

Cosa si intende per "spese di soccombenza"?

Per "spese di soccombenza" si intendono le spese legali che, in caso di condanna, l'*assicurato* è tenuto a pagare.

ART. 5.3 - PRESTAZIONI GARANTITE

La *compagnia* copre le seguenti prestazioni:

1. **richiesta di risarcimento per danni subìti dall'*assicurato*** per fatti illeciti di terzi, connessi ad incidente stradale o da circolazione, che abbiano provocato un *infortunio*. È compresa la *costituzione di parte civile* nel processo penale;
2. **controversie con istituti o enti pubblici di assicurazioni Previdenziali o Sociali derivanti da *infortunio*.**

ART. 5.4 - AMBITO DI OPERATIVITA'

Le garanzie operano in caso di *infortunio* derivante da incidente stradale o da circolazione in base all'oggetto dell'*assicurazione* previsto dalla formula assicurativa acquistata (Conducente o Circolazione).

COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA

ART. 5.5 - ESCLUSIONI

L'*assicurazione* non opera per i *sinistri* relativi a:

a) diritto di famiglia, successioni e donazioni;
b) materia fiscale o amministrativa;
c) fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di *terrorismo*, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive, eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;
d) fatti dolosi degli *assicurati*;
e) controversie derivanti dalla proprietà di veicoli, aeromobili, imbarcazioni da diporto e natanti da diporto;
f) adesione ad azioni di classe (class action);
g) contratti finanziari, bancari e a polizze RCA;
h) controversie con la *compagnia* riferite alla presente *polizza*;
i) casi in cui il conducente non è abilitato alla guida del veicolo oppure ha i documenti di guida scaduti e non rinnovati entro 90 giorni dal *sinistro*;
j) casi in cui il conducente rifiuta di sottoporsi agli accertamenti previsti per guida sotto l'influenza dell'alcool;
k) casi di contestazione per guida in stato di *ebbrezza*;
l) casi in cui il veicolo non è omologato oppure è usato in modo difforme dall'immatricolazione o dalla destinazione e dall'uso indicati sulla carta di circolazione;
m) partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove, salvo il caso di gare di pura regolarità indette dall'ACI;
n) casi di condanna con *decisione passata in giudicato* per guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, salvo il caso di uso terapeutico di tali sostanze comprovato da prescrizione medica.

ART. 5.6 - SPESE NON COPERTE

La *compagnia* **non copre le seguenti spese:**

- **compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite;**
- **compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale;**
- **compensi dell'avvocato domiciliatario, se non indicato da ARAG;**
- **spese per l'indennità di trasferta;**
- **spese di *esecuzione forzata* oltre il secondo tentativo per *sinistro*;**
- **spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione non è obbligatoria;**
- **imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle spese di giustizia;**
- **multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere**;
- **spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'*assicurato* nei procedimenti penali;**
- **spese non concordate con ARAG;**
- **ogni duplicazione di onorari, nel caso di domiciliazione;**
- **spese recuperate dalla controparte;**
- **spese sostenute per gli accordi economici tra *assicurato* e avvocato, per la transazione della *vertenza* e per l'intervento del *perito* o del consulente tecnico di parte, se non preventivamente autorizzate da ARAG;**
- **le spese sostenute per la *fase stragiudiziale* se non è gestita da ARAG.**

ART. 5.7 - LIMITI DI COPERTURA

La garanzia opera con i seguenti limiti:

a) **le spese legali sono coperte per l'intervento di un avvocato per ogni grado di giudizio;**
b) **se un *assicurato*re di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'*assicurato*, le garanzie previste in *polizza* operano a secondo rischio;**
c) **nel caso di vertenze fra assicurati le garanzie operano unicamente a favore del *contraente*.**

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 5.8 - MASSIMALE

La garanzia opera fino ad un massimo di euro 15.000 per *sinistro* con il limite di euro 75.000 per annualità assicurativa. In caso di più *assicurati* coinvolti in un unico *sinistro*, la garanzia opera con un unico massimale che viene suddiviso in parti uguali tra tutti, indipendentemente dalle spese sostenute da ognuno.
Se un *sinistro* non esaurisce il massimale, il restante viene suddiviso tra gli *assicurati* che non hanno ricevuto integrale *indennizzo*.

ART. 5.9 - ESTENSIONE TERRITORIALE

Le garanzie operano:

- nella Repubblica Italiana, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino per le Vertenze con Istituti o enti pubblici di assicurazioni Previdenziali o Sociali;
- nei paesi dell'Unione Europea, nel Regno Unito, nello Stato della Città del Vaticano, nella Repubblica di San Marino, nel Principato di Monaco, nel Principato di Andorra, in Svizzera e nel Liechtenstein per le garanzie relative alla richiesta di risarcimento danni extra contrattuali. **Solo per i *sinistri* insorti e che devono essere trattati in paesi o in territori diversi da quelli indicati sopra, la garanzia opera con un massimo di rimborso di euro 5.000.**

TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE BASE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
Tutela Legale	non previsto	non previsto	- **€ 15.000** per sinistro con il limite di **€ 75.000** per annualità assicurativa; - **€ 5.000** per sinistro **se avvenuti al di fuori dei seguenti paesi o territori:** Unione Europea, Regno Unito, Stato della Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Principato di Monaco, Principato di Andorra, Svizzera e Liechtenstein

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Di seguito sono riportate per tutte le sezioni delle Condizioni di *Assicurazione*:

- le indicazioni utili per la denuncia di sinistro;
- gli obblighi in caso di sinistro;
- le norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

SEZIONE INFORTUNI
Valido per Formula Mobilità Conducente e Circolazione

CHE OBBLIGHI HO

ART. 6.1 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO

In caso di *sinistro* l'*assicurato* o i suoi aventi diritto, **entro 3 giorni dal verificarsi del *sinistro* ovvero dal giorno in cui siano stati obiettivamente in grado di farlo**, **devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla *compagnia.***

Il *sinistro* può essere denunciato anche accedendo all'area internet riservata MyHelvetia, selezionando in sequenza la *polizza* a cui si riferisce la denuncia e utilizzando quindi la funzione dedicata.

L'assicurato* o i suoi aventi diritto per ottenere l'*indennizzo* o il rimborso delle spese sostenute devono*:

a. **fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche e seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità di riprendere il lavoro [►Art. 1914 Codice Civile];**
a. **inviare la denuncia con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento;**
b. **documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici;**
c. **inviare copia conforme della cartella clinica completa di tutte le pagine, contenente le generalità dell'*assicurato*, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera;**
d. **in caso di prestazione chirurgica ambulatoriale, inviare copia di idonea certificazione redatta dallo studio medico contenente le generalità dell'*assicurato* e l'anamnesi patologica prossima e remota;**

e. **inviare il referto di Pronto Soccorso pubblico o in alternativa certificato medico corredato di referto radiologico (RX, RMN o TAC) che documenti oggettivamente l'*infortunio* relativamente alla garanzia Spese di cura da *infortunio*;**
f. **inviare la prescrizione medica dettagliata con indicazione del numero di sedute e tipologia di prestazione dei trattamenti fisioterapici e riabilitativi relativamente alla garanzia Spese di cura da *infortunio*;**
g. **inviare copia delle fatture quietanzate e i referti di tutte le prestazioni mediche sostenute prima, durante o dopo il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*, rimborsabili a termini di *polizza* purché pertinenti all'*infortunio* che ha comportato il *ricovero* ospedaliero, relativamente alla garanzia Spese di cura da *infortunio*;**
h. **inviare la documentazione medica attestante l'applicazione del mezzo di contenzione, riportante la data di applicazione e rimozione del mezzo di contenzione relativamente alla garanzia *Diaria* da *immobilizzazione* da *infortunio*;**
i. **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);**
j. **in caso di *assicurazione* presso diversi assicuratori, darne avviso a ciascuno di essi [►art. 1910 Codice Civile];**

Tutte le prestazioni assicurate devono essere effettuate presso un i*stituto di cura* in caso di *ricovero* ospedaliero e i trattamenti fisioterapici e rieducativi devono essere effettuati da un professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente, riconosciuto in Italia.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge. Non sono ammessi documenti di spesa che presentano cancellature e correzioni.

! **L'*assicurato* o, in caso di morte, i beneficiari o aventi diritto devono acconsentire 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 la *compagnia* 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.

! **In caso di morte da *infortunio* dell'*assicurato*, il *beneficiario* identificato in *polizza* o, in mancanza di designazione, gli eredi legittimi 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,* se necessario;
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio da cui risulti l'eventuale esistenza di testamenti e l'identificazione degli eredi;
- nel caso in cui ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i beneficiari, 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.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione richiesta sono a carico dell'*assicurato*.

! **L'*assicurato* deve sottoporsi in Italia agli eventuali controlli medici disposti dalla *compagnia* e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria su notizie attinenti all'*infortunio*, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.**

! **L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*** [►Art. 1915 del Codice Civile].

ART. 6.2 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITA' DI INDENNIZZO PER CIASCUNA GARANZIA

Art. 6.2.1 - CASO MORTE
Effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, la *compagnia* si impegna a comunicare ai beneficiari indicati nella *scheda di polizza*, o in mancanza di designazione agli eredi, l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 giorni dal ricevimento dei certificati riportati all'art. 6.1 - Obblighi dell'*assicurato* in caso di *sinistro* - Denuncia del *sinistro*.

Art. 6.2.2 - INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO
Art. 6.2.2.1 Modalità di accertamento e indennizzo
Il grado di *invalidità permanente* viene accertato con le modalità previste dall'art. 6.3 - Criteri generali di indennizzabilità e viene valutato nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.
Effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, la *compagnia* s'impegna a comunicare all'*assicurato* l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Art. 6.2.2.2 Anticipo indennizzo
Su richiesta dell'*assicurato* e previa presentazione di idonea documentazione medico legale, la *compagnia* liquida a titolo di acconto un importo pari al 50% del presumibile ammontare dell'*indennizzo* **con il massimo di euro 30.000**.
Condizione essenziale per l'operatività di questa garanzia è che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla data di presentazione della denuncia e che la percentuale di *invalidità permanente* stimata dalla *compagnia* sia superiore al 25%.
L'acconto è erogato a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del *sinistro* e non costituisce impegno della *compagnia* riguardo l'*indennizzo* definitivo. L'*indennizzo* pagato in anticipo sarà dedotto da quanto dovuto, al netto di eventuali *franchigie*, in sede di liquidazione definitiva.

Art. 6.2.2.3 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 articolo 6.1 - Obblighi dell'*assicurato* in caso di *sinistro* - Denuncia del *sinistro*,**
Alla *compagnia* deve essere fornito in ogni caso 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, alla *compagnia* devono essere forniti, a titolo esemplificativo e non esaustivo**:**

- certificato di stato di famiglia relativo all'*assicurato*;
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio da cui risulti l'eventuale esistenza di un testamento 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 autorizza la liquidazione ed esonera 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.

Se ritenuta necessaria per la valutazione del *sinistro* o per qualsiasi indagine e su formale richiesta della *compagnia*, gli eredi o aventi causa devono autorizzare l'autopsia dell'*assicurato*, con l'assistenza di un medico scelto dalla *compagnia* e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa; a tal fine gli eredi o aventi causa devono 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 e dallo svolgimento delle indagini di cui al presente articolo.

Art. 6.2.3 - SPESE DI CURA DA INFORTUNIO
Fermo quanto previsto agli articoli 2.7 e 3.6 - Spese di cura da *infortunio*, il rimborso delle spese mediche sostenute dall'*assicurato* viene effettuato con le modalità previste dal precedente art. 6.1 - Obblighi dell'*assicurato* in caso di *sinistro* - Denuncia del *sinistro*.

La *compagnia* si impegna a comunicare all'*assicurato* l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 6.2.4 - DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO
Fermo quanto previsto agli articoli 2.8 e 3.7 - *Diaria* da *ricovero* da *infortunio*, si precisa che, **ai fini liquidativi, il giorno di entrata e di dimissione dall'*istituto di cura* vengono considerati un unico giorno di *ricovero.***

L'*indennizzo* viene corrisposto a cura ultimata, su presentazione 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 giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 6.2.5 - DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE DA INFORTUNIO (operante solo per Formula Mobilità - Conducente)
Fermo quanto previsto dall'art. 2.12 - *Diaria* da *immobilizzazione* da *infortunio*, **l'*indennizzo* viene corrisposto a cura ultimata, su presentazione della relativa *documentazione sanitaria* che comprovi il periodo di *immobilizzazione*.**

La *compagnia* si impegna a comunicare all'*assicurato* l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

QUALI NORME REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

ART. 6.3 - CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITA'

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.

Il grado di *invalidità permanente* è accertato secondo le percentuali indicate nella "Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di *invalidità permanente*" (Allegato A) e secondo i seguenti criteri:

a) in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di *invalidità permanente* sono diminuite tenendo conto di quelle preesistenti;
b) nei casi di menomazioni uditive o visive le percentuali di *invalidità* tengono conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi;
c) quando l'*assicurato* è mancino le percentuali previste per l'arto superiore destro si applicano all'arto superiore *sinistro* e viceversa;
d) la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso **di minorazione anziché di perdita totale, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità persa;**
e) **in caso di menomazioni di più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non può superare il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso**;
f) **in caso di perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o arti, la somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione non può superare il valore massimo del 100%;**
g) **nei casi di *Invalidità permanente* non specificati** nella "Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di invalidità permanente" (Allegato A), **l'*indennizzo* è stabilito** in riferimento ai valori previsti dalla tabella stessa e ai criteri sopra indicati, **tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa**, indipendentemente dalla specifica Attività professionale esercitata dall'*assicurato*.

ART. 6.4 - CUMULO DI INDENNITA'

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

Tuttavia, se dopo il pagamento di un *indennizzo* per *invalidità permanente,* l'*assicurato* muore entro due anni dall'*infortunio* e in conseguenza del medesimo *infortunio*, gli eredi dell'*assicurato* non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre la *compagnia* corrisponde ai *beneficiari* designati in *polizza*, soltanto la differenza tra l'*indennizzo* per morte - se superiore - e quello già pagato all'*assicurato* per *invalidità permanente*.

ART. 6.5 - MODALITA' DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

La *compagnia*, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione del *sinistro* e compiuti gli accertamenti del caso, corrisponde l'*indennizzo* o comunica all'*assicurato* i motivi del rifiuto del pagamento del *sinistro*.

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

Se l'*assicurato* ha presentato a terzi notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini della presente *polizza* avviene previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto rimborsato dai terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono 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.

Ai fini di una corretta valutazione e per la verifica dell'autenticità della documentazione prodotta in copia (fatture e/o documentazione medica), *la compagnia* può richiedere che la predetta documentazione venga prodotta anche in originale.

ART. 6.6 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le eventuali controversie di natura medica sulla indennizzabilità del *sinistro,* sul grado di *Invalidità permanente*, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, possono essere demandate per iscritto dalle *Parti*, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, più vicino al luogo di residenza dell'*assicurato* che sia sede di Istituto di medicina legale. 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 paga il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

È data facoltà al collegio medico, quando ne riscontri l'opportunità, di rinviare l'accertamento definitivo dell'*invalidità permanente* ad epoca da definirsi dal Collegio stesso; in questo caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'*indennizzo*.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le *parti*, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle *Parti*.

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

In alternativa, l'assicurato può comunque decidere di gestire la controversia facendo ricorso all'azione giudiziaria, dopo aver esperito il procedimento di mediazione che, per le controversie in materia di assicurazioni, deve necessariamente precedere l'azione giudiziaria.

SEZIONE ASSISTENZA

CHE OBBLIGHI HO

ART. 6.7 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

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

- telefonando dall'Italia **numero verde 800.01.69.10**
- telefonando dall'estero **numero +39 02 58.28.61.71**

- inviando una lettera raccomandata a:
  Europ Assistance Italia S.p.A.
  Via del Mulino, 4 - 20057 - Assago - Milano

- inviando un fax **numero +39 02 58.47.72.01**
- inviando una PEC

L'*assicurato* dovrà comunicare alla *struttura organizzativa*:

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

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della *struttura organizzativa*.

La *struttura organizzativa* può richiedere all'*assicurato* - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese sostenute.
In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla *struttura organizzativa* che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

SEZIONE TUTELA LEGALE

La gestione dei sinistri relativi alla Sezione Tutela Legale è stata affidata dalla *compagnia* a:

ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
Viale del Commercio n. 59 - 37135 Verona

CHE OBBLIGHI HO

ART. 6.8 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'*assicurato* deve denunciare all'intermediario a cui è assegnata la *polizza* o ad ARAG, qualsiasi *sinistro* nel momento stesso in cui ne ha conoscenza e in ogni caso nel rispetto del termine di prescrizione dei diritti derivanti dal *contratto*.

L'*assicurato* può contattare ARAG per la denuncia del *sinistro* nei seguenti modi:

- **telefonando al numero: + 39 045 8290411**

oppure inviando la denuncia tramite:

- **fax al numero: + 39 045 8290557**
- **e-mail all'indirizzo: denunce@arag.it**

Nel caso in cui la presente *polizza* sia emessa senza alcuna interruzione della copertura assicurativa rispetto ad una *polizza* precedente della *compagnia*, il termine di denuncia dei *sinistri* decorre per tutte le *polizze* dalla data di scadenza della *polizza* più recente.

Nella fase di gestione del *sinistro*, per valutare la copertura assicurativa della *fase giudiziale*, comprese eventuali successive impugnazioni, ARAG verifica preventivamente l'idoneità delle **prove e argomentazioni che l'*assicurato* ha l'obbligo di fornire.**
L'*assicurato* ha l'obbligo di restituire tutte le spese che sono state sostenute e/o anticipate da ARAG se rimborsate dalla controparte.
L'*assicurato* ha l'obbligo di comunicare alla *compagnia* e/o ad ARAG l'esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze per lo stesso rischio e ha l'obbligo di dare avviso dei sinistri a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai fini della ripartizione proporzionale delle spese.

L'*assicurato*, dopo la denuncia del *sinistro*, **ha l'obbligo di informare la *compagnia* e/o ARAG sulle evoluzioni e sulle circostanze dello stesso anche se rimaste immutate:**

- **per consentire la gestione del *sinistro*;**
- **per non far decorrere, dalla data dell'ultima comunicazione ad ARAG, la *prescrizione* prevista dalla legge.**

In caso di inadempimento di tali obblighi ARAG non può essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del *sinistro*, come pure di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

QUALI NORME REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

ART. 6.9 - GESTIONE DEL SINISTRO, SCELTA DELL'AVVOCATO E PAGAMENTO DELLE SPESE

Ricevuta la denuncia del *sinistro* ARAG verifica la copertura assicurativa e la fondatezza delle ragioni dell'*assicurato*. **La *fase stragiudiziale* è gestita da ARAG** che si attiva per risolvere la *vertenza* con l'accordo delle *parti* e si riserva di demandarne la gestione ad un avvocato di propria scelta.

Per valutare la copertura assicurativa della *fase giudiziale*, comprese eventuali successive impugnazioni, ARAG verifica preventivamente l'idoneità delle **prove e argomentazioni che l'*assicurato* ha l'obbligo di fornire**.

Per la *fase giudiziale* l'*assicurato* ha il diritto di scegliere un avvocato tra gli iscritti all'Albo; in caso di domiciliazione ARAG indica l'avvocato domiciliatario.

L'incarico all'avvocato o al perito, che operano nell'interesse del proprio cliente, è conferito direttamente dall'*assicurato*; pertanto, **ARAG non è responsabile del loro operato**.

Le spese per gli accordi economici tra *assicurato* e avvocato (si riferiscono ad esempio al preventivo di spesa per la trattazione del sinistro), per la transazione della *vertenza* e per l'intervento del *perito* o del consulente tecnico di parte sono coperte **solo se preventivamente autorizzate da ARAG**.

ARAG può pagare direttamente i compensi al professionista dopo aver definito l'importo dovuto. Il pagamento avviene in esecuzione del contratto di *assicurazione* e **senza che ARAG assuma alcuna obbligazione diretta verso il professionista**.

Se l'*assicurato* paga direttamente il professionista, ARAG rimborsa quanto anticipato **dopo aver ricevuto la documentazione comprovante il pagamento**.

Il pagamento delle spese coperte dalla polizza avviene entro il termine di 30 giorni **previa valutazione in ogni caso della congruità dell'importo richiesto**.

ART. 6.10 - DISACCORDO CON LA COMPAGNIA E CONFLITTO DI INTERESSE

In caso di disaccordo in merito alla gestione del *sinistro* tra l'*assicurato* e ARAG, la decisione può essere affidata a un arbitro che decide secondo equità.

Tale arbitro è designato di comune accordo dalle *parti* o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.

Ciascuna delle *parti* contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

In via alternativa è possibile ricorrere all'Autorità Giudiziaria, nel caso in cui un precedente tentativo di mediazione non sia andato a buon fine.

L'*assicurato* ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio avvocato, nel caso di conflitto di interessi con la *compagnia* o ARAG.

ART. 6.11 - RECUPERO DI SOMME ANTICIPATE DALLA COMPAGNIA

Spettano integralmente all'*assicurato* i risarcimenti ricevuti e le somme recuperate o comunque pagate dalla controparte a titolo di capitale ed interessi. **L'*assicurato* è obbligato a restituire le somme anticipate da ARAG se rimborsate dalla controparte o da altro soggetto.**

ART. 6.12 - QUANDO SONO COPERTI I SINISTRI

Sono coperti i sinistri che sono avvenuti:

- dalla data di efficacia della copertura assicurativa per il danno o presunto danno extracontrattuale subìto dall'*assicurato*, per la violazione o presunta violazione di norme penali o amministrative;
- dopo 3 mesi dalla data di efficacia della copertura assicurativa in tutte le restanti ipotesi (*termini di carenza*).

Quando il contratto è emesso senza interruzione della copertura assicurativa dopo una precedente polizza per lo stesso rischio le garanzie della presente polizza, se previste anche nel precedente contratto, operano:

- senza i *termini di carenza* se il precedente contratto ha una durata pari o superiore ai *termini di carenza* stessa;
- per i sinistri avvenuti durante il periodo di efficacia della polizza precedente se sono stati respinti perché denunciati oltre il termine massimo che decorre dalla data di cessazione del contratto, e il precedente assicuratore non contesta il mancato pagamento o adeguamento del *premio*.

In questo caso l'*assicurato* ha l'obbligo in sede di denuncia del *sinistro* di fornire idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza di una polizza precedente di tutela legale, anche di altra compagnia.

ART. 6.13 - QUANDO AVVIENE IL SINISTRO

La data di avvenimento del *sinistro* è quella in cui si verifica l'evento dannoso a seguito del quale insorge la *vertenza*.

L'evento dannoso, in base alla natura della vertenza, è inteso come:

- il danno o presunto danno extracontrattuale subìto dall'*assicurato*;
- la violazione o la presunta violazione della norma di legge.

In presenza di più eventi dannosi della stessa natura, la data di avvenimento del *sinistro* è quella in cui si verifica il primo evento dannoso.

Uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche se coinvolgono una pluralità di soggetti, sono trattati e considerati come un unico *sinistro* e la data di avvenimento è quella del primo evento dannoso.

Se più *assicurati* sono coinvolti in uno stesso *sinistro*, la polizza opera con un unico massimale che viene equamente ripartito tra tutti gli assicurati a prescindere dalle somme da ciascuno pagate. Se al momento della definizione del *sinistro* il massimale per *sinistro* non è esaurito, il residuo è ripartito in parti uguali tra agli assicurati che hanno ricevuto solo parzialmente il rimborso delle spese sostenute.

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

Per la perdita totale, anatomica o funzionale:

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambi le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria: a) con possibilità di applicazione di protesi efficace b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		 11 30	
Di un rene con integrità del rene superstite		25	
Della milza senza alterazioni della crasi ematica		15	
Di un testicolo (non si corrisponde indennità)		0	
Dell'integrità della clavicola (esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione funzionale dei movimenti del braccio).		5	
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) in arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola.	50		40
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola.	40		30
Di un braccio: a) per disarticolazione scapolo-omerale b) per amputazione al terzo superiore	 85 80		 75 70
Di un braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Di un avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Di tutte le dita della mano	65		55
Del pollice e del primo metacarpo	35		30
Del pollice	28		23
Dell'indice	15		13
Del medio		12	
Dell'anulare		8	
Del mignolo		12	
Della falange ungueale del pollice	15		12
Della falange ungueale dell'indice	7		6
Della falange ungueale del medio		5	
Della falange ungueale dell'anulare		3	
Della falange ungueale del mignolo		5	
Delle due ultime falangi dell'indice	11		9
Delle due ultime falangi del medio		8	
Delle due ultime falangi dell'anulare		6	
Delle due ultime falangi del mignolo		8	
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) con angolazione tra 110° - 75°: a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	 30 35 45 25		 25 30 40 20
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in flessione massima o quasi	55		50
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in estensione completa o quasi: a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	 40 45 55 35		 25 40 50 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 b) in pronazione c) in supinazione	 22 25 35		 18 22 30
Della funzionalità della articolazione coxo-femorale (anchilosi completa) con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di apparecchio di protesi		80	
Di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30	
Dell'alluce e corrispondente metatarso		16	

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Del solo alluce		7	
Di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni dito perduto è valutato il		3	
Della funzionalità dell'articolazione del ginocchio (anchilosi completa rettilinea)		35	
Della funzionalità della articolazione tibio-tarsica (anchilosi completa ad angolo retto)		20	
Di lunghezza (semplice accorciamento) di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	

NOTE:
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.

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

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

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

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

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

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.

NORME DI LEGGE RICHIAMATE NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CODICE CIVILE

NUMERO E TESTO DEGLI ARTICOLI RICHIAMATI:	DOVE:
Art. 60 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.	• **GARANZIE ACQUISTABILI** • **GARANZIE SEMPRE OPERANTI**
Art. 62 La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte. Questa dichiarazione è pronunziata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50. Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.	• **GARANZIE ACQUISTABILI** • **GARANZIE SEMPRE OPERANTI**
Art. 1891 Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo. All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.	• **NORME COMUNI**

NUMERO E TESTO DEGLI ARTICOLI RICHIAMATI:	DOVE:
Art. 1892 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.	• **GLOSSARIO** • **NORME COMUNI**
Art. 1893 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.	•**GLOSSARIO** •**NORME COMUNI**
Art. 1894 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.	• **GLOSSARIO** • **NORME COMUNI**
Art. 1897 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 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.	• **NORME COMUNI**
Art. 1898 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 [1892, 1926]. 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.	• **NORME COMUNI** • **COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA (Sezione infortuni)**

NUMERO E TESTO DEGLI ARTICOLI RICHIAMATI:	DOVE:
Art. 1901 Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.	• **NORME COMUNI**
Art. 1910 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.	• **NORME COMUNI** • **COSA FARE IN CASO DI SINISTRO**
Art. 1914 L'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno. Le spese fatte a questo scopo dall'assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente. L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente. L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti. L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.	• **COSA FARE IN CASO DI SINISTRO**
Art. 1915 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.	• **COSA FARE IN CASO DI SINISTRO**
Art. 1916 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.	• **NORME COMUNI**

NUMERO E TESTO DEGLI ARTICOLI RICHIAMATI:	DOVE:
Art. 2952 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.	• **NORME COMUNI**

CONTATTI UTILI

Per informazioni e comunicazioni in merito alla polizza l'*assicurato* può contattare:

- **l'INTERMEDIARIO a cui è assegnata la polizza**
- **HELVETIA (Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazione SA)**

  Via G. B. Cassinis, 21 - 20139 Milano

  Telefono: +39 0253511

  E-mail: info@helvetia.it

  E-mail PEC: helvetia@actaliscertymail.it

Per la denuncia di un *sinistro* riferito alla Sezione Tutela legale, l'*assicurato* può contrattare:

- **l'INTERMEDIARIO a cui è assegnata la polizza**
- **ARAG (ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia)**

  fax al numero: + 39 0458290557
  e-mail all'indirizzo: denunce@arag.it

Per l'invio di successive comunicazioni relative ai sinistri l'*assicurato* può utilizzare:

fax al numero: + 39 0458290449
e-mail all'indirizzo: sinistri@arag.it

Per la richiesta di fornitura di una prestazione riferita alla Sezione Assistenza, l'*assicurato* deve contattare:

- **STRUTTURA ORGANIZZATIVA di EUROP ASSISTANCE (Europ Assistance Italia S.p.A.)**

  telefonando dall'Italia: numero verde 800016910
  telefonando dall'estero: numero di Milano + 39 0258286171

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

helvetia
La tua Assicurazione svizzera