POLIZZA INFORTUNI DEL CONDUCENTE

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

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

Prodotto: Helvetia Guida Sicura

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

Che tipo di assicurazione è?

Helvetia Guida Sicura ti offre copertura in caso di infortuni che possono subire, a seconda della forma di garanzia scelta, conducente e/o trasportati quando si trovano a bordo del veicolo, oppure quando ne salgono o ne discendono, caricano o scaricano bagagli o mentre effettuano controlli e/o riparazioni durante il viaggio. Sono compresi gli infortuni conseguenti a malore o colpa grave del conducente.
Puoi decidere di assicurare il conducente su veicolo identificato mediante indicazione della targa, oppure il conducente identificato su qualsiasi autoveicolo (dove il conducente coincide con il contraente di polizza), ovvero il conducente e i trasportati su veicolo identificato.

Che cosa è assicurato?

✓ Coperture prestate dall'assicurazione infortuni:

- **Morte per infortunio**. La Compagnia corrisponde, in caso di decesso dell'assicurato, la somma assicurata indicata in polizza agli eredi designati. L'indennizzo per morte non è cumulabile a quello per invalidità permanente.
- **Invalidità permanente da infortunio**. La Compagnia corrisponde un indennizzo in caso di invalidità permanente da infortunio totale o parziale. L'indennizzo è dovuto anche se l'invalidità si verifica dopo la scadenza della polizza e comunque entro due anni dal giorno dell'infortunio denunciato.
- **Diaria da ricovero da infortunio (se pattuita).** La Compagnia corrisponde una somma giornaliera pattuita a seguito di ricovero dell'Assicurato in Istituto di Cura, conseguente ad infortunio, per ciascun giorno di degenza.
- **Rimborso spese di cura da infortunio (se pattuite).** La Compagnia rimborsa – sino alla concorrenza della somma assicurata – le spese documentate sostenute durante il periodo in cui l'assicurato era infortunato (ad esempio spese per i medicinali, per i trattamenti fisioterapici o rieducativi).

Alle garanzie sopra elencate, puoi scegliere di aggiungere anche la garanzia **Assistenza**, erogata da Europ Assistance S.p.A. in funzione 24 ore su 24, che ti offre le seguenti prestazioni:

1. Consulenza medica;
2. Invio di un medico generico in casi di urgenza in Italia;
3. Invio di un infermiere a domicilio;
4. Invio di un fisioterapista a domicilio;
5. Trasporto in autoambulanza in Italia;
6. Trasporto in autoambulanza o taxi a seguito di dimissioni;
7. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato;
8. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato;
9. Informazioni sanitarie specialistiche;

Se sei all'estero, inoltre, ti sono garantite le seguenti prestazioni:

10. Interprete a disposizione;
11. Invio di medicinali urgenti;
12. Anticipo spese mediche;
13. Rientro sanitario;
14. Viaggio o Rientro di/con un familiare;
15. Accompagnamento minori;
16. Autista a disposizione;
17. Rientro salma.

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

Che cosa non è assicurato?

× **Assicurazione Infortuni**: non sono assicurabili le persone che, alla stipula del contratto, sono affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool - stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività H.I.V.;

× **Helvetia Assistance**. La garanzia non opera per persone diverse dall'Assicurato e qualora non sussistano delle vere e proprie situazioni di emergenza. Non sono fornite più di tre prestazioni per tipologia e per ciascun anno assicurativo.

Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi gli infortuni:

! avvenuti quando il conducente si trova in stato di ebbrezza o derivanti da uso di stupefacenti, uso e abuso di psicofarmaci;
! derivanti e/o causati da malattie mentali e disturbi psichici in genere;
! derivanti dalla partecipazione a corse o gare di velocità e relative prove, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
! causati da ernie o conseguenze di sforzi in genere, infarti;
! derivanti da guerra dichiarata o non, guerra civile;
! derivanti da insurrezioni, tumulti popolari;
! derivanti da proprie provocazioni od azioni delittuose;
! derivanti da calamità naturali
! provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni.

! Con riferimento all'assicurazione **Assistenza**, le prestazioni non sono dovute per sinistri avvenuti durante e per effetto di gare automobilistiche e motociclistiche e relative prove o allenamenti, dolo dell'assicurato, abuso di farmaci, alcolici o stupefacenti e allucinogeni, fenomeni atmosferici, guerre o rivoluzioni.

Dove vale la copertura?

✓ L'assicurazione Infortuni vale per il Mondo intero;

Che obblighi ho?

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

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

Quando e come devo pagare?

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

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

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione inizia dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, se hai pagato il premio, e termina alle ore 24.00 del giorno indicato in polizza come data di scadenza.

Se i premi non sono stati pagati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Come posso disdire la polizza?

Dal momento che la polizza ha soltanto durata annuale (più eventuale rateo iniziale) senza tacito rinnovo, qualora a scadenza non desideri proseguire nella copertura assicurativa non sei tenuto a comunicare nulla alla Compagnia.

Il recesso è possibile anche dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto al pagamento stesso. In ogni caso, la Società provvederà a rimborsarti - al netto delle imposte - la quota di premio pagato e non goduto per il periodo compreso tra il giorno di invio della raccomandata A.R. di recesso e il termine del periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

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

Assicurazione Infortuni del Conducente

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni

(DIP aggiuntivo Danni)

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

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

Helvetia Guida Sicura

Data ultimo aggiornamento: 1 Aprile 2026
Il presente Dip Aggiuntivo Danni rappresenta l'ultima versione disponibile

Scopo: il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi 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?

L'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata alle somme assicurate e, se previsti, ai massimali concordati con il Contraente.
I SUCCESSIVI RINVII A SEZIONI, PAGINE E ARTICOLI SI RIFERISCONO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Oltre a quanto indicato nel DIP, possono essere acquistate le seguenti garanzie aggiuntive:

1) **Apparecchi gessati** (opzione con pagamento di un premio aggiuntivo) – pagina 9;
2) **Franchigia Invalidità Permanente Assoluta** (opzione con riduzione di premio) – pagina 9.

Per le garanzie **Helvetia Assistance** (pagina 12), non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.

Che cosa non è assicurato?

INFORTUNI

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

- 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;
- derivanti direttamente o indirettamente da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- derivanti e/o causati da malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze.

Inoltre, l'assicurazione non è operante:

- per le persone trasportate fuori dalla cabina di autocarri, motocarri o furgoni;
- se il conducente non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;
- se il conducente è alla guida di un veicolo diverso rispetto alla tipologia indicata in polizza;
- se il trasporto non è effettuato in conformità alle disposizioni vigenti, alle indicazioni della carta di circolazione e all'uso dichiarato in polizza;
- per le persone che usano il veicolo arbitrariamente, o contro la volontà di chi ne dispone legittimamente;

- per i corpi delle forze armate nel corso della loro attività professionale.

L'assicurazione è ridotta se al momento dell'infortunio si trova nel veicolo un numero di persone (compreso il conducente) superiore a quello dei posti autorizzati secondo la carta di circolazione. In tal caso la riduzione delle prestazioni assicurative avverrà secondo la proporzione esistente tra il numero dei posti autorizzati e il numero delle persone effettivamente trasportate.

HELVETIA ASSISTANCE

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, l'assicurazione non è operante per sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, fissione e fusione nucleare;
- scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- suicidio o tentato suicidio;
- infortuni derivanti dallo svolgimento di alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive e relative conseguenze e complicanze;
- malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il 6° mese e dal puerperio;
- malattie preesistenti alla stipulazione della polizza che abbiano dato origine a cure, ricoveri o diagnosi;
- malattie e infortuni derivanti da abuso di alcolici, dall'uso non terapeutico o abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi, allucinogeni e stupefacenti;
- l'espianto e/o il trapianto di organi.

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

Ci sono limiti di copertura?

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.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo e le franchigie relativi alle singole coperture offerte nella sezione *Infortuni*:

Garanzia	Limiti di indennizzo	Franchigia
Infortuni		
Invalidità permanente da infortunio		Variabile in base alla scelta
Diaria da ricovero da infortunio	**100** giorni per anno assicurativo	-
Rimborso spese di cura da infortunio - Spese per cure, medicinali, trattamenti fisioterapici, e rieducativi, cure termali e spese di trasferimento	**10%** della somma assicurata	-
Apparecchi gessati	**50%** somma assicurata per la diaria da ricovero. Massimo 100 giorni per evento e anno assicurativo	-

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo relativi alle singole coperture offerte nella sezione *Assistenza:*

Garanzia	Limite di indennizzo
Assistenza	
Garanzie prestate ovunque si trovi l'Assicurato	
Invio di un infermiere al domicilio	fino a **€ 100** per sinistro
Invio di un fisioterapista a domicilio	fino a **€ 200** per sinistro
Trasporto in autoambulanza in Italia	massimo 100 Km
Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni	fino a **€ 100** per sinistro
Garanzie prestate (oltre 50 Km dal suo comune di residenza)	
Interprete a disposizione all'estero	fino a 8 ore lavorative per sinistro
Anticipo spese mediche	fino a **€ 250** per sinistro
Viaggio di un familiare	fino a **€ 250** per sinistro
Rientro salma	fino a **€ 3.000** per sinistro

Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 25,83%.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto al cliente che desidera proteggersi, in qualità di conducente, e proteggere i soggetti trasportati, dagli infortuni avvenuti in conseguenza di un incidente da circolazione, durante la salita o la discesa dal veicolo, in occasione di carico o scarico bagagli o mentre effettuano controlli o riparazione di guasti durante il viaggio.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami inerenti al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto alla Compagnia ai seguenti recapiti: Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Ufficio Reclami - Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano - E-mail: reclami@helvetia.it. Vanno presentati 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 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
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (L. 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Arbitrato (facoltativo): in caso di dissenso tra l'assicurato e la compagnia circa la determinazione dell'ammontare del danno, i periti, nominati da ciascuna delle Parti, si accordano per nominare un terzo perito, detto Arbitro, per raggiungere 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 https://ec.europa.eu/info/fin-net_en, 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 da infortunio.

Cos'è il diritto all'oblio oncologico?

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

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

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

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

Polizza Infortuni da circolazione

Helvetia Guida Sicura

Condizioni di Assicurazione

Mod. H061 - Ed. 07/2023

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

SOMMARIO

GLOSSARIO E DEFINIZIONI DI POLIZZA 2
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE 3
ART. 1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO 3
ART. 2. ALTRE ASSICURAZIONI 3
ART. 3. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO 3
ART. 4. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE 3
ART. 5. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO 3
ART. 6. DIMINUZIONE DEL RISCHIO 3
ART. 7. DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O ASSICURATO 3
ART. 8. RECESSO IN CASO DI SINISTRO 3
ART. 9. DURATA DEL CONTRATTO 4
ART. 9.1 DIRITTO DI RIPENSAMENTO (SOLO PER POLIZZE COLLOCATE TRAMITE VENDITA A DISTANZA) 4
ART. 10. RINNOVO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA 4
ART. 11. ONERI FISCALI 4
ART. 12. FORO COMPETENTE 4
ART. 13. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE 4
ART. 13.1 MISURE RESTRITTIVE (INOPERATIVITÀ A SEGUITO DI SANZIONI - SANCTIONS LIMITATIONS EXCLUSION CLAUSE) 4
ART. 14. ONERE DELLA PROVA 4
ART. 15. PERSONE NON ASSICURABILI 4
ART. 16. TERMINE DI PRESCRIZIONE 5
ART. 17. VALIDITÀ TERRITORIALE DELL'ASSICURAZIONE 5
ART. 18. RINUNCIA DELLA COMPAGNIA ALL'AZIONE DI RIVALSA 5
ART. 19. CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ 5
ART. 20. CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE 5
ART. 21. ALIENAZIONE DEL VEICOLO ASSICURATO 5
ART. 22. DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI 5
ART. 23. 1 CASO DI MORTE DA INFORTUNIO 6
ART. 23. 2 MORTE PRESUNTA 6
ART. 24. INVALIDITÀ PERMANENTE 6
ART. 25. FRANCHIGIA INVALIDITÀ PERMANENTE A SCAGLIONI DI SOMME (OPERANTE PER SOMME ASSICURATE ECCEDENTI € 100.000,00) 8
ART. 26. DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO (SE PATTUITA) 8
ART. 27. RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO (SE PATTUITE) 8
CONDIZIONI AGGIUNTIVE 9
NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO 10
ART. 28. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO 10
ART. 29. OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO E DI INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE 10
ART. 30. ANTICIPO INDENNIZZO PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE 10
ART. 31. DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO 10
ART. 32. OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI INDENNIZZO IN CASO DI SPESE DI CURA DA INFORTUNIO 11
ART. 33. OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI INDENNIZZO IN CASO DI INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERI 11
ART. 34. MODALITÀ DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO PER TUTTE LE GARANZIE INFORTUNI 11
HELVETIA ASSISTANCE 12
PRESTAZIONI HELVETIA ASSISTANCE 12
CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI 16

GLOSSARIO E DEFINIZIONI DI POLIZZA

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

Abuso di psicofarmaci	Assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.
Ambulatorio	La struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Anno (annuo-annuale)	Periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile).
Apparecchio Gessato	Mezzo di contenzione fisso, costituito da gessato fasce gessate o altri apparecchi (tutori) comunque immobilizzanti, anche esterni (fissatori esterni), applicato in Istituto di cura o ambulatorio in modo permanente e rimovibile esclusivamente presso Istituto di cura o ambulatorio. Sono considerati ingessatura i collari non rimovibili dall'Assicurato, e limitatamente alle lesioni comportanti fratture e/o lussazioni, i bendaggi con fasciature elastiche (es. Tensoplast).
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto mediante il quale la Compagnia, dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, del danno a lui causato da un sinistro.
Beneficiario	Gli eredi dell'Assicurato, o altre persone da questi designate, ai quali la Compagnia deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Compagnia	L'impresa assicuratrice, **Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia**.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Ebbrezza alcolica - ubriachezza	Condizioni conseguenti all'assunzione di alcool, nelle quali il livello di alcolemia risulta essere pari o superiore ai limiti previsti dalle vigenti normative.
Farmaci Psicotropi	Farmaco che modifica lo stato psichico dell'individuo tendendo a normalizzarlo.
Franchigia	L'importo prestabilito che, in caso di sinistro, l'Assicurato tiene a suo carico.
Helvetia Assistance	È il servizio di pronta assistenza, organizzato da Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia in collaborazione con Europ Assistance Italia S.p.A.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	L'atto medico, praticato in Istituto di cura od ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti o mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi s'intende equiparata a un intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni praticata anche in regime di Pronto Soccorso.
Invalidità permanente	Perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	L'Ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia	Ogni oggettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia mentale e/o disabilità mentale	Ogni disturbo psichico e comportamentale così come definiti nel Settore V della "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" decima revisione - ICD - 10 dell'organizzazione Mondiale della Sanità (come da elenco allegato).
Mese (mensile)	Periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Parti	Il Contraente/Assicurato e la Compagnia.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.
Recesso	Scioglimento del vincolo contrattuale.
Ricovero	Degenza dovuta a infortunio comportante necessità di pernottamento, in Ospedale o Casa di cura, regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria.
Scopo Terapeutico	Terapia medica efficace per curare le malattie
Sforzo	Impiego di energie muscolari , concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie attività e dagli atti di forza lavorativi dell'Assicurato
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Vendita a distanza	Il collocamento di contratti assicurativi senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario o della Compagnia e del Contraente.

DEFINIZIONI RELATIVE A HELVETIA ASSISTANCE

Effetto e durata	Dalla data di decorrenza della polizza e per tutta la durata della stessa.
Malattia Improvvisa	Malattia di acuta insorgenza di cui l'*Assicurato* non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morboso noto all'Assicurato.
Malattia Preesistente	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti alla sottoscrizione della polizza.
Prestazioni	Sono le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.
Sinistro	Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della polizza e che determina la richiesta di assistenza dell'*Assicurato*.
Struttura Organizzativa	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.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

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

Art. 2. Altre Assicurazioni
Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'*Assicurato* deve dare comunicazione per iscritto a ciascuna Impresa assicuratrice delle altre polizze stipulate. 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, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno (art. 1910 del Codice Civile).

Art. 3. Effetto dell'Assicurazione - Pagamento del premio
Il *premio* è sempre determinato per periodi di *assicurazione* di un *anno* ed è dovuto per intero anche se ne è stato concesso il frazionamento in più rate.
L'*assicurazione* ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in *polizza* se il *premio* o la prima rata di *premio* sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. **Se l'*Assicurato*/*Contraente* non paga i premi o le rate di *premio* successivi, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del 15° (quindicesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 del Codice Civile).**
I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la *polizza* oppure alla Direzione della *Compagnia*.

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

Art. 5. Aggravamento del rischio
Il *Contraente* o l'*Assicurato* deve dare comunicazione scritta alla *Compagnia* di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla *Compagnia* possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*, nonché la stessa cessazione dell'*assicurazione* (art. 1898 del Codice Civile).

Art. 6. Diminuzione del rischio
Nel caso di diminuzione del rischio la *Compagnia* è tenuta a ridurre il *premio* o le rate di *premio* successive alla comunicazione del *Contraente* o dell'*Assicurato* (art. 1897 del Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di *recesso*.

Art. 7. Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente e/o Assicurato
Per le modalità di denuncia e le informazioni di dettaglio si rimanda a quanto previsto nel capitolo NORME PER LA DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO (art. 28)

Art. 8. Recesso in caso di sinistro
Dopo ogni *sinistro* e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'*indennizzo*, le *Parti* possono recedere dall'*assicurazione* dandone comunicazione all'altra *Parte* mediante lettera raccomandata. Il *recesso* ha effetto dalla scadenza del periodo *annuo* in corso, ovvero, qualora sia comunicato meno di 60 (sessanta) giorni prima di tale data, dalla scadenza annua successiva. Tuttavia, se è esercitato dal *Contraente*, può avere effetto, a Sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tal caso la *Compagnia* rimborsa al *Contraente*, entro 30 (trenta) giorni dalla cessazione dell'*assicurazione*, la parte di *premio*, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della *polizza* ed il termine del periodo di *assicurazione* per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.

Art. 9. Durata del contratto
Il contratto ha durata annuale, più eventuale frazione di *anno* (che costituisce il periodo iniziale).
Il contratto non prevede il tacito rinnovo; **esso cessa pertanto automaticamente alla sua naturale scadenza**, senza alcun obbligo di disdetta da ambo le parti.
La *Compagnia* continuerà in ogni caso a prestare la copertura assicurativa in corso fino al 15° (quindicesimo) giorno successivo alla scadenza contrattuale.

Art. 9.1 Diritto di ripensamento (solo per polizze collocate tramite vendita a distanza)
Il *Contraente* può recedere dall'*assicurazione* **entro 14 giorni** dalla stipula della *polizza*, senza penali e senza doverne indicare il motivo. Il *recesso* può essere esercitato mediante **comunicazione scritta** contenente gli elementi identificativi della *polizza*, inviata con:

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

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

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

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

Il *Contraente* NON può recedere se:

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

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

Art. 10. Rinnovo della copertura assicurativa
Fermo quanto indicato all'art. 9 "Durata del contratto" delle presenti Norme, al *Contraente* è riservata la facoltà di prorogare l'*assicurazione* - alle medesime condizioni di *premio* e di *polizza* già in corso - per un ulteriore *anno* mediante il pagamento del *premio*, e così successivamente.
Il contratto si intende rinnovato per un *anno* a far data dalla scadenza (originaria o rinnovata) dell'annualità assicurativa immediatamente precedente.

Art. 11. Oneri fiscali
Sono a carico del *Contraente*.

Art. 12. Foro competente
Valgono le norme di legge.

Art. 13. Rinvio alle norme di legge
L'*assicurazione* è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dalla *polizza*, valgono le norme di legge.

Art. 13.1 Misure restrittive (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)
La *Compagnia* non è tenuta a prestare l'*assicurazione* nella misura in cui la copertura assicurativa possa esporre la *Compagnia* stessa al manifestarsi o al rischio di:

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

Art. 14. Onere della prova
L'*Assicurato* è esonerato dal provare che il danno non si è verificato in conseguenza di eventi esclusi dalla garanzia.

Art. 15. Persone non assicurabili
Premesso che la *Compagnia*, qualora al momento della stipulazione della *polizza*, fosse stata a conoscenza che l'*Assicurato* era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool - stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e *farmaci psicotropi* assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'*assicurazione*, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'*assicurazione* stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'*Assicurato* - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della *Compagnia* di corrispondere l'eventuale *indennizzo*. In caso di cessazione dell'*assicurazione* in corso, la *Compagnia* rimborsa al *Contraente*, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla cessazione della stessa, la parte di *premio*, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di *assicurazione* per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.

Art. 16. Termine di Prescrizione
I diritti derivanti dal contratto di *assicurazione* si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile modificato dalla Legge n. 166 del 27 ottobre 2008. Il diritto dell'*Assicurato*re alla riscossione del pagamento delle rate di *premio* si prescrive in un *anno*.

Art. 17. Validità territoriale dell'Assicurazione
L'*assicurazione* vale per il mondo intero.

Art. 18. Rinuncia della Compagnia all'azione di rivalsa
In caso di *infortunio*, la *Compagnia* rinuncia a favore dell'*Assicurato* e dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'art.1916 del Codice Civile.

Art. 19. Criteri di indennizzabilità
La *Compagnia* corrisponde l'*indennizzo* per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'*infortunio*. Se al momento dell'*infortunio*, l'*Assicurato* non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'*infortunio* avesse colpito una persona integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dall'art. 24 Invalidità Permanente, delle Norme che regolano l'*assicurazione* Guidasicura, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 20. Controversie - Arbitrato irrituale
L'*indennizzo* è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.
Le eventuali controversie di natura medica sul grado di *invalidità permanente*, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 19 delle Norme che regolano l'*assicurazione* in generale possono essere demandate per iscritto dalle *Parti* ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituti di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'*Assicurato*.
In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici. **Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico**.
È data facoltà al collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'*invalidità permanente* ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'*indennizzo*.
Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le *Parti*, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE "GUIDA SICURA"
(che integrano quanto previsto nella *polizza* Infortuni Guida Sicura – Mod. H154)

Art. 21. Alienazione del veicolo assicurato
1. Venduto e sostituito
   - La *polizza* continua per il nuovo veicolo, la sostituzione deve essere comunicata immediatamente e la *polizza* sarà adattata alle eventuali modificazioni (numero dei posti, peso a pieno carico ecc.). **Fermo quanto previsto all'art. 5 "Aggravamento del rischio" se il *Contraente* omette tale comunicazione la *polizza* sarà considerata valida per la nuova vettura solo nel caso in cui il *Contraente* stesso possa dimostrare, mediante la continuità della *assicurazione* R.C.A. presso la presente *Compagnia*, che la mancata comunicazione è dovuta a dimenticanza o disguido.**
2. Venduto e temporaneamente non sostituito
   - La *polizza*, a richiesta del *Contraente*, sarà **sospesa per un periodo massimo di 6 (sei) mesi**. Trascorso tale periodo la *polizza* cesserà con le modalità previste al punto seguente.
3. Venduto o demolito e non sostituito
   - La *polizza* cessa. In caso di cessazione dell'*assicurazione* in corso, la *Compagnia* rimborsa all'*Assicurato* entro 30 (trenta) giorni dalla cessazione stessa, la parte di *premio*, **al netto dell'imposta**, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di *assicurazione* per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.

Art. 22. Delimitazioni ed esclusioni
Sono esclusi dall'*assicurazione* gli infortuni:
a) avvenuti quando il conducente si trova in stato di *ebbrezza alcolica-ubriachezza*; derivanti e/o causati da uso di stupefacenti, uso e *abuso di psicofarmaci* e/o *farmaci psicotropi*, salvo la somministrazione terapeutica, e uso di allucinogeni e simili;
b) derivanti e/o causati da malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;

c) **derivanti dalla partecipazione a corse o gare di velocità e relative prove, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;**
d) **da ernie o conseguenze di sforzi in genere, infarti;**
e) **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;**
f) **derivanti da insurrezioni, tumulti popolari;**
g) **derivanti da proprie provocazioni od azioni delittuose;**
h) **derivanti da calamità naturali;**
i) **derivanti direttamente o indirettamente da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
j) **danni provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni).**

L'*assicurazione* non è operante:
a) **per le persone trasportate fuori dalla cabina di autocarri, motocarri o furgoni;**
b) **se il conducente non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;**
c) **se il conducente è alla guida di un veicolo diverso rispetto alla tipologia indicata in *polizza*;**
d) **se il trasporto non è effettuato in conformità alle disposizioni vigenti, alle indicazioni della carta di circolazione e all'uso dichiarato in *polizza*, salvo quanto previsto al punto p);**
e) **per le persone che usano il veicolo arbitrariamente, o contro la volontà di chi ne dispone legittimamente;**
f) **per i corpi delle forze armate nel corso della loro attività professionale;**

l'*assicurazione* è ridotta:
a) **se al momento dell'*infortunio* si trova nel veicolo un numero di persone (compreso il conducente) superiore a quello dei posti autorizzati secondo la carta di circolazione. In tal caso la riduzione delle *prestazioni* assicurative avverrà secondo la proporzione esistente tra il numero dei posti autorizzati e il numero delle persone effettivamente trasportate.**

Art. 23. 1 Caso di morte da infortunio
Se l'*infortunio* ha come conseguenza la morte, la *Compagnia* corrisponde la somma assicurata agli eredi dell'*Assicurato* in parti uguali.
L'*indennizzo* per il caso di morte non è cumulabile con quello per *invalidità permanente*. Tuttavia, se dopo il pagamento di un *indennizzo* per *invalidità permanente* l'*Assicurato* muore in conseguenza del medesimo *infortunio*, la *Compagnia* corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'*indennizzo* per morte - se superiore - e quello già pagato per *invalidità permanente.*
La garanzia opera purché il decesso si verifichi entro 2 (due) *anni* dall'*infortunio* anche successivamente alla scadenza della *polizza*.

Art. 23. 2 Morte presunta
Quando l'*Assicurato* sia scomparso a seguito di *infortunio* indennizzabile ai sensi di *polizza*, e in applicazione dell'art. 60, comma 3) del Codice Civile o dall'art. 211 del Codice della Navigazione, l'autorità giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la *Compagnia* corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. **Se dopo il pagamento dell'indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'*Assicurato*, la *Compagnia* ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiati sia dell'*Assicurato* stesso per la restituzione della somma corrisposta.**

Art. 24. Invalidità Permanente
a) **L'indennizzo per il caso di *invalidità permanente* è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della *polizza* - entro due anni dal giorno dell'*infortunio* denunciato ed in rapporto causale;**
b) Se l'*infortunio* ha come conseguenza una *invalidità permanente* definitiva totale, la *Compagnia* corrisponde l'intera somma assicurata;
c) Se l'*infortunio* ha come conseguenza una *invalidità permanente* definitiva parziale, l'indennizzo per *invalidità permanente* viene calcolato sulla somma assicurata **(fermo quanto previsto dal successivo art. 25 "Franchigia Invalidità permanente a scaglioni di somme" o, se pattuita, da quanto previsto dalla condizione aggiuntiva 2 "Franchigia invalidità permanente assoluta del 5%"),** in proporzione al grado di invalidità accertato, secondo i criteri e le percentuali indicate nella successiva "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di *invalidità permanente*" (ex Tabella INAIL, Allegato N°1 DPR 30 Giugno 1965 n.1124);
d) Se l'*infortunio* ha come conseguenza una *invalidità permanente* definitiva, non determinabile sulla base dei valori specificati nella suindicata tabella, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
   - nel caso di minorazioni, anziché di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle specificate nella tabella, le percentuali sopraindicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
   - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
   - nel caso in cui l'*invalidità permanente* non sia determinabile sulla base dei valori e dei criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopraindicati, tenendo conto della complessiva

diminuzione della capacità dell'*Assicurato* allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

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

e) **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 DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE (ex Tabella INAIL, Allegato N° 1 DPR 30 giugno 1965 n. 1124)

valutazione della Perdita Totale, anatomica o funzionale:			
DESCRIZIONE	**PERCENTUALI**		
	D	**=**	**S**
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Di un globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi.		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambe le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria: a) Con possibilità di applicazione di protesi efficace 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		 35 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 un apparecchio di protesi		80	
Di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30	

valutazione della Perdita Totale, anatomica o funzionale:			
DESCRIZIONE	**PERCENTUALI**		
	D	**=**	**S**
Dell' alluce e corrispondente metatarso		16	
Del solo alluce		7	
Di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3	
Della funzionalità dell'articolazione del ginocchio (anchilosi completa rettilinea)		35	
Della funzionalità della articolazione tibio-tarsica (anchilosi completa ad angolo retto)		20	
Di lunghezza (semplice accorciamento) di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	

TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE
(ex Tabella INAIL, Allegato N° 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124)

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%

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 (due) a 10 (dieci) 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
   a) con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%
   b) con visus corretto di 7/10 18%
   c) con visus corretto di 6/10 21%
   d) con visus corretto di 5/10 24%
   e) con visus corretto di 4/10 28%
   f) con visus corretto di 3/10 32%
   g) con visus corretto inferiore a 3/10 35%
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.

Art. 25. Franchigia Invalidità Permanente a scaglioni di somme (operante per somme assicurate eccedenti € 100.000,00)
Fermo quanto previsto all'art. 24 "Invalidità permanente" delle Norme che regolano l'*assicurazione* infortuni, la liquidazione dell'*indennizzo* per *invalidità permanente* verrà effettuata con le seguenti modalità:

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

Art. 26. Diaria da ricovero da infortunio (se pattuita)
La *Compagnia* corrisponde la diaria pattuita a seguito di *ricovero* dell'*Assicurato* in Ospedale o *Istituto di cura*, conseguente ad *infortunio*, indennizzabile a termini di *polizza*, per ciascun giorno di degenza e **per la durata massima di 100 (cento) giorni per *anno* assicurativo.**

Art. 27. Rimborso spese di cura da infortunio (se pattuite)
La *Compagnia* rimborsa all'*Assicurato*, **sino alla concorrenza della somma assicurata indicata sul frontespizio di *polizza***, in caso di *infortunio* indennizzabile a termine di *polizza*:

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

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

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(valide solo se espressamente richiamate mediante crocettatura nel frontespizio di *polizza*)

1) Apparecchi gessati

La garanzia viene estesa, **per un importo pari al 50% della somma dovuta per la diaria da ricovero,** al periodo di immobilizzazione, a seguito di *infortunio*, con *apparecchio gessato* (come definito nelle definizioni di *polizza*).

La presente estensione è **prestata per la durata massima di 100 (cento) giorni successivi al *ricovero* o, in mancanza di *ricovero*, dal giorno dell'applicazione degli stessi fino al giorno della loro rimozione, per evento e per *anno* assicurativo**.

2) Franchigia Invalidità Permanente Assoluta 5%

Fermo quanto previsto all'art. 24 "Invalidità Permanente" e a deroga di quanto previsto all'art 25 "Franchigia Invalidità Permanente a scaglioni di somme" delle Norme che regolano l'*assicurazione* Guidasicura, **non è dovuto alcun *indennizzo* per *invalidità permanente* pari o inferiore al 5%. Se invece l'*invalidità permanente* risulta superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* verrà liquidato solo per la parte eccedente.**

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

Art. 28. Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro
In caso di *sinistro*, il *Contraente* e/o l'*Assicurato* e/o o i suoi aventi diritto devono:

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

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

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

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

Art. 29. Obblighi della Compagnia sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente
Il grado di *invalidità permanente* viene valutato con le modalità previste dall'art. 19 "Criteri di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'*assicurazione* Infortuni - Garanzie prestate viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.
La *Compagnia* s'impegna a comunicare all'*Assicurato*, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Art. 30. Anticipo indennizzo per il caso di invalidità permanente
In caso di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, su richiesta dell'*Assicurato* e previa presentazione di idonea documentazione medico legale, la *Compagnia* potrà liquidare a titolo di acconto un importo pari al 50% del presumibile ammontare dell'*indennizzo* con il massimo di € 30.000,00.
Condizione essenziale 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'anticipo è erogato a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del *sinistro* e l'anticipo 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. 31. 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 28 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro", **fornendo, in ogni caso, alla *Compagnia* il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti** (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), **corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un *ricovero*.**

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

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

Se ritenuta necessaria per la valutazione del *sinistro* o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della *Compagnia*, gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'*Assicurato*, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla *Compagnia* e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'*Assicurato*.

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

Art. 32. Obblighi della Compagnia sulle modalità di indennizzo in caso di spese di cura da infortunio

Fermo quanto previsto dall'art. 27 "Rimborso spese di cura da infortunio", il rimborso delle spese mediche sostenute dall'*Assicurato* viene effettuato con le modalità previste dal precedente art. 28 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro".

Qualora l'*Assicurato* abbia presentato a terzi la documentazione in originale per ottenere il rimborso, la *Compagnia* effettua il pagamento di quanto dovuto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'*Assicurato*, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

La *Compagnia* si impegna a comunicare all'*Assicurato* l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 33. Obblighi della Compagnia sulle modalità di indennizzo in caso di indennità giornaliera per ricoveri

Fermo quanto previsto dall'art. 26 "Diaria da ricovero da infortunio", si precisa che, **ai fini liquidativi, il giorno di entrata e di dimissione dall'*Istituto di Cura* vengono considerati un (1) giorno di *ricovero***.

L'*indennizzo* viene corrisposto a cura ultimata, su presentazione, in originale, della relativa documentazione sanitaria (cartella clinica e certificati medici).

La *Compagnia* si impegna a comunicare all'*Assicurato* l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 34. Modalità di pagamento dell'indennizzo per tutte le garanzie infortuni

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

HELVETIA ASSISTANCE

(valida solo se espressamente richiamata mediante crocettatura nel frontespizio di *polizza*)

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per usufruire delle *prestazioni* previste, l'*Assicurato* o chi per esso dovrà rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla *Struttura Organizzativa* di Europ Assistance Italia 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 telefonico 02.58.28.61.71;**
inviando un telegramma o lettera raccomandata a: Europ Assistance Italia S.p.A. - Via del Mulino, 4 - 20057 - Assago - MI;
inviando un fax al numero 02.58.47.72.01.

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

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

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

PRESTAZIONI HELVETIA ASSISTANCE

PRESTAZIONI FORNITE 24 ORE SU 24 OVUNQUE SI TROVI L'ASSICURATO

Ciascuna prestazione non è fornita più di tre volte per *anno* di validità della *polizza*.

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

2. Invio di un medico generico in casi d'urgenza in Italia
Qualora, a seguito di *infortunio* o *malattia*, l'*Assicurato*, in Italia, **necessiti di un medico dalle ore 20,00 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 da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la *Struttura Organizzativa* organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'*Assicurato* nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

3. Invio di un infermiere al domicilio
Qualora l'*Assicurato*, nella **settimana successiva al rientro da un *ricovero* in ospedale a seguito di *infortunio* o *malattia***, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la *Struttura Organizzativa* procurerà direttamente all'*Assicurato* un infermiere a tariffa controllata, assumendone la *Compagnia* l'onorario **fino ad un massimo di € 100,00 per *sinistro***.

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

5. Trasporto in autoambulanza in Italia
Qualora a seguito di *infortunio* o *malattia* l'*Assicurato* necessiti di un trasporto in autoambulanza, **successivamente al *ricovero* di primo soccorso**, la *Struttura Organizzativa* provvederà ad inviarla direttamente, tenendo la *Compagnia* a proprio carico la relativa spesa **fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 100 km di percorso complessivo (andata/ritorno)**.

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

7. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
Qualora a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, l'*Assicurato* sia ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, **per caratteristiche obiettive accertate dai medici della *Struttura Organizzativa* previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante**, la *Struttura Organizzativa* provvederà:
- ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'*Istituto di cura* italiano o estero ritenuto più attrezzato per curare l'*Assicurato*;
- ad organizzare il trasporto dell'*Assicurato* con il mezzo più idoneo in base alle condizioni del paziente mediante:
  - aereo sanitario (la *Struttura Organizzativa* utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga in Italia);
  - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
  - treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto;
  - autoambulanza, senza limiti di percorso.
- ad assistere l'*Assicurato* durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della *Struttura Organizzativa*.

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

La *Compagnia* terrà a proprio carico le relative spese.

8. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato
Quando l'*Assicurato*, in conseguenza della prestazione di cui al precedente punto 7, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la *Struttura Organizzativa* provvederà al suo rientro **con il mezzo che i medici della *Struttura Organizzativa* stessa ritengono più idoneo** in base alle condizioni del paziente, mediante:
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla *Struttura Organizzativa* ed effettuato a spese della *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 recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la *Struttura Organizzativa* possa stabilire i necessari contatti.

9. Informazioni sanitarie specialistiche
(In funzione dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 esclusi i festivi infrasettimanali)
Qualora l'*Assicurato* necessiti di informazioni riguardanti il servizio sanitario pubblico e/o privato, potrà ottenerle telefonando alla *Struttura Organizzativa* e potrà accedere alla Banca dati che fornirà informazioni su:
- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli Istituti di Cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti ed uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti.

PRESTAZIONI FORNITE 24 ORE SU 24 QUANDO L'ASSICURATO SI TROVI OLTRE 50 KM DAL SUO COMUNE DI RESIDENZA
Ciascuna prestazione non è fornita più di tre volte per *anno* di validità della *polizza* ed è operante quando, in conseguenza di un *sinistro* avvenuto in un luogo ad oltre 50 km di distanza dal comune di residenza dell'*Assicurato*, determina la richiesta di assistenza da parte dell'*Assicurato* dalla medesima località ove si è determinato il *sinistro*.

1. Interprete a disposizione all'estero
Qualora, in caso di *ricovero* in ospedale a seguito di *infortunio* o *malattia*, l'*Assicurato* trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la *Struttura Organizzativa* provvederà ad inviare un interprete, **assumendone la *Compagnia* i costi 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*.

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

3. Anticipo spese mediche
Qualora a seguito di *infortunio* o *malattia*, l'*Assicurato* debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la *Struttura Organizzativa* pagherà, per conto dell'*Assicurato*, le fatture **fino ad un importo massimo di € 250,00 per *sinistro***.

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

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

4. Rientro sanitario
Qualora, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, le condizioni dell'*Assicurato*, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della *Struttura Organizzativa* ed il medico curante sul posto, rendano necessario il Suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza in Italia, la *Struttura Organizzativa* provvederà ad effettuare il trasporto **con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo** in base alle condizioni del paziente, mediante:
- aereo sanitario **(la *Struttura Organizzativa* utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il *sinistro* avvenga in paesi Europei);**
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla *Struttura Organizzativa* ed effettuato a spese della *Compagnia*, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della *Struttura Organizzativa* stessa.
La *Compagnia*, qualora abbia provveduto al rientro dell'*Assicurato* a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.
Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'*Assicurato* di proseguire il viaggio.
La prestazione non è altresì operante qualora l'*Assicurato* o i suoi familiari addivengano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari che lo hanno in cura.

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

6. Viaggio di un familiare
Qualora a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, l'*Assicurato* necessiti di un *ricovero* in *Istituto di cura* per un periodo superiore a dieci giorni, la *Struttura Organizzativa* metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'*Assicurato* ricoverato. **La *Compagnia* terrà a proprio carico le relative spese sino ad un massimo di € 250,00 per *sinistro*. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare**.

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

8. Accompagnamento minori
Qualora l'*Assicurato*, accompagnato da familiari minori di 18 anni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro in seguito ad *infortunio* o *malattia improvvisa*, la *Struttura Organizzativa* metterà a disposizione di un familiare convivente, residente in Italia, **un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno**, per consentirgli di

raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia, tenendo la *Compagnia* a proprio carico il relativo costo.

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

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

ESCLUSIONI ED EFFETTI GIURIDICI RELATIVI AL SERVIZIO HELVETIA ASSISTANCE

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

2. L'*Assicurato* libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questo Servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del *sinistro*.

3. Tutte le *prestazioni* non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
- **a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di *Partic*elle atomiche, fissione e fusione nucleare;**
- **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 idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove ed 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 e relative conseguenze e complicanze; malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il 6° mese e dal puerperio; malattie preesistenti alla stipulazione della *polizza*, che abbiano dato origine a cure, ricoveri o diagnosi;**
- **g) malattie ed infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcoolici, dall'uso non terapeutico o *abuso di psicofarmaci* e *farmaci psicotropi* nonché dall'uso di allucinogeni ed all'uso non terapeutico di stupefacenti;**
- **h) l'espianto e/o il trapianto di organi.**

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

5. Qualora l'*Assicurato* non usufruisca di una o più *prestazioni*, la *Compagnia* non è tenuta a fornire indennizzi o *prestazioni* alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

6. Ogni diritto nei confronti della *Compagnia* si prescrive entro il termine di un *anno* dalla data del *sinistro* che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 del Codice Civile.

7. Per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni della legge italiana.

8. Il diritto alle assistenze fornite dalla *Compagnia* decade qualora l'*Assicurato* non abbia preso contatto con la *Struttura Organizzativa* al verificarsi del *sinistro*.

9. La *polizza* è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla *polizza* sono soggette alla giurisdizione italiana.

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

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 comporta-mentali 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 mi-ste; Modificazioni durature della personalità non attribuibili a danno o malattia cerebrale; Disturbi delle abitudini e degli impulsi; Disturbi della 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; Disturbi non specificati della personalità e del comportamento nell'adulto.

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

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

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

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI

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

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

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

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

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

Art. 1898 Aggravamento del rischio.
Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'Assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'Assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'Assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.
L'Assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.
Il recesso dell'Assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'Assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'Assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.
Spettano all'Assicuratore i premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.
Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'Assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'Assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

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

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

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

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

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

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

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

Via G. B. Cassinis, 21 - 20139 Milano
Tel. 02 5351 1
Fax 02 5520360 - 5351461
www.helvetia.it, PEC: helvetia@actaliscertymail.it

Capitale Sociale franchi svizzeri 82.621.900 i.v.
N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano,
C.F. e Partita I.V.A. 01462690155 – R.E.A. n. 370476
Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric. Del M. Ind.,
Comm. Ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n.2
G.U. n. 357 del 31/12/1984 Provv. ISVAP n. 00757
del 19/12/1997 pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/1997
Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 2.00002
Iscr. Albo Gruppi Ass. n°d'ord. 031

helvetia
La tua Assicurazione svizzera