

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: **Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA**, Italia - Iscr. Albo Imprese Ass. al n.2.00002

Prodotto: Helvetia Persona Dinamica

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza "Helvetia Persona Dinamica" è la soluzione assicurativa studiata per proteggerti dalle conseguenze di eventuali infortuni occorsi durante un incidente (in qualità di conducente, passeggero o pedone) di navigazione, aeronautico, a condizione che la guida del veicolo o del natante non venga effettuata a titolo di attività professionale.



Che cosa è assicurato?

In particolare, la polizza prevede una copertura per i seguenti eventi che possono derivare da un infortunio:

- ✓ **Invalidità permanente da infortunio:** la Compagnia ti corrisponde un indennizzo calcolato in proporzione al grado di invalidità permanente totale o parziale accertato dalla Compagnia secondo criteri predeterminati dalla stessa.
- ✓ **Morte:** in caso di decesso dell'assicurato la Compagnia corrisponde agli eredi o ai beneficiari designati in polizza, un importo uguale alla somma assicurata.
- ✓ **Indennità giornaliera per ricovero:** la Compagnia corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per ciascun giorno di degenza ospedaliera e per la durata massima di 100 giorni per infortunio.
- ✓ **Rimborso spese di cura:** la Compagnia ti rimborsa il costo delle spese mediche derivanti da un infortunio indennizzabile ai sensi della presente polizza.

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

A fronte del pagamento di un premio aggiuntivo, puoi scegliere di aggiungere alle coperture infortuni anche la sezione Assistenza di seguito descritta.

- **Assistenza:** all'assicurazione Infortuni è possibile abbinare – a fronte del pagamento di un premio aggiuntivo – anche l'assicurazione assistenza che ti fornisce un insieme di servizi focalizzati sull'aiuto prestato al domicilio dell'infortunato mediante assistenza di primo soccorso, ricovero e post-ricovero, o sulla risoluzione di chi è in viaggio, gestendo situazioni di emergenza in ogni parte del mondo.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Persone che, quando l'assicurazione ha inizio, hanno età superiore a 80 anni.
- ✗ Persone affette da alcolismo e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV.



Ci sono limiti di copertura?

L'assicurazione non comprende gli infortuni:

- ! causati dalla guida di veicoli a motore per cui è necessaria una patente di guida diversa dalla categoria AM, A1, A2, A, B1 o B;
 - ! causati da guida di natanti ad uso pubblico;
 - ! causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;
 - ! conseguenza di delitti da te compiuti o tentati;
 - ! derivanti dalla partecipazione a corse ed a relative prove ed allenamenti;
 - ! causati dalla pratica di sport pericolosi;
 - ! conseguenti ad abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
 - ! causati dall'uso e guida di aerei e mezzi subacquei;
 - ! conseguenza di uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti;
 - ! derivanti da suicidio o tentato suicidio;
 - ! subiti durante lo svolgimento di attività professionali, fatta eccezione per quelli verificatisi a seguito di eventi qualificabili come rischio in itinere;
 - ! derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.
- **Assistenza:** le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati da tuo dolo; da suicidio o tentato suicidio; malattie mentali e disturbi psichici; malattie e infortuni conseguenti a sostanze stupefacenti o alcoliche; malattie dipendenti da gravidanza dopo il sesto mese; malattie preesistenti alla stipula della polizza; espanto e trapianto di organi.

Le singole garanzie possono presentare limiti di copertura diversi a seconda dell'evento dannoso e delle opzioni contrattuali prescelte.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale nel mondo intero.



Che obblighi ho?

Hai il dovere di:

- fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare;
- comunicare 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 o la prima rata di premio, e termina alle ore 24 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?

Se la polizza è emessa con durata annuale, puoi disdire la polizza inviando una lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto.

Se la polizza ha durata poliennale puoi esercitare la facoltà di recedere dal contratto soltanto se sono trascorsi 5 anni, ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, con preavviso di 60 giorni.

Assicurazione per infortuni

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 Persona Dinamica

Data ultimo aggiornamento: 31 Luglio 2021
Il presente DIP Aggiuntivo è l'ultima versione disponibile

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

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

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

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

Autorità di Vigilanza competente: IVASS.

Il patrimonio netto della Compagnia, all'ultimo bilancio approvato, è pari ad Euro 188.170.222 di cui Euro 79.993.441 costituiscono la parte relativa al fondo di dotazione ed Euro 92.664.946 si riferiscono alle riserve patrimoniali.

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

Per ulteriori informazioni è possibile prendere visione di tali dati consultando la Relazione Annuale per il 2020 disponibili all'indirizzo: <https://www.helvetia.com/content/dam/os/corporate/web/documents/investor-relations/financial-condition-report/2020/presentation-fcr-2020.pdf>.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

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

INFORTUNI

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in conseguenza diretta ed esclusiva di incidente di circolazione o navigazione in qualità di:

- a) conducente di biciclette, ciclomotori, veicoli a motore per la cui conduzione è prescritta la patente di guida di categoria AM, A1, A2, A, B1 o B, nonché di natanti ad uso privato o da diporto;
- b) passeggero su mezzi di locomozione per trasporto pubblico o privato, terrestri, marittimi, fluviali, lacustri, esclusi biciclette e ciclomotori non omologati al trasporto di passeggeri;
- c) pedone a seguito di investimento da parte di biciclette o veicoli.

Agli effetti della garanzia di cui alle lettere a) e b) l'assicurazione è valida dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo del veicolo o natante e si considera conclusa nel momento in cui ne è disceso.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dai rischi della circolazione stradale subito dall'Assicurato in qualità di conducente e/o passeggero mentre attende, in caso di fermata per guasto di uno dei veicoli di cui alla precedente lettera a), proprio o di terzi, alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Sono considerati infortuni, anche:

- l'asfissia causata da gas di scarico;
- l'annegamento;
- l'assideramento od il congelamento;
- i colpi di sole o di calore.
- Inoltre sono compresi gli infortuni subiti:
- in conseguenza di malore o in stato di incoscienza non dovuti a condizioni patologiche;
- a causa di imperizia, imprudenza, negligenza anche gravi.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca, a seguito di incidente aeronautico, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, purché condotti da piloti professionisti.

L'assicurazione è altresì operante per gli infortuni che l'Assicurato subisca in conseguenza diretta ed esclusiva di incidente della circolazione o navigazione causati da aggressioni e/o atti violenti avvenuti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo.

La polizza prevede le seguenti garanzie:

✓ INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

In caso di infortunio che abbia per conseguenza una invalidità permanente totale o parziale, la Compagnia corrisponde un indennizzo, sulla base di quanto di seguito indicato:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, la Compagnia corrisponde la somma assicurata;
- se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente sulla base di criteri indicati in polizza;
- se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale non determinabile, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
 - nel caso di minorazioni, anziché di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali di invalidità 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 nemmeno sulla base dei criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- la perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;
- per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto della eventuale applicazione di presidi correttivi.

La garanzia invalidità permanente da infortunio, in assenza di diverse indicazioni, è prestata con l'applicazione della franchigia a scaglioni di somme così composta:

- a) sulla parte della somma assicurata fino a € 100.000,00 la Compagnia corrisponderà l'indennizzo dovuto a termini di polizza senza applicazione di alcuna franchigia.

b) sulla parte della somma assicurata eccedente € 100.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalità permanente è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece l'Invalità permanente risulti superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

✓ MORTE DA INFORTUNIO

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

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

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

✓ INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO

La Compagnia, in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di Cura reso necessario a seguito di infornio indennizzabile a termini di polizza, corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per ciascun giorno di degenza. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

✓ RIMBORSO SPESE DI CURA

La Compagnia rimborsa le spese sostenute a seguito del verificarsi del sinistro.

In particolare, sono rimborsate:

- 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.

✓ ASSISTENZA

GARANZIE PRESTATE

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

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

- Consulenza medica
- Invio di un medico generico in casi d'urgenza in Italia
- Invio di un infermiere al domicilio
- Invio di un fisioterapista al domicilio
- Trasporto in autoambulanza in Italia
- Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni
- Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
- Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

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


- Interprete a disposizione all'estero.
- Anticipo spese mediche
- Rientro sanitario
- Rientro con un familiare
- Viaggio di un familiare
- Rientro anticipato
- Accompagnamento di minori
- Autista a disposizione
- Rientro salma


OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Franchigia assoluta per invalidità permanente

La somma assicurata per Invalidità Permanente da Infornio è soggetta ad una franchigia del 5%; pertanto la Compagnia non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 5% della totale.

	In caso di invalidità permanente superiore a tale percentuale, l'indennizzo è liquidato solo per la parte eccedente.
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Non previste.	

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Ci sono limiti di copertura?

! INFORTUNI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di veicoli a motore per la cui conduzione è prescritta una patente di guida diversa dalla categoria AM, A1, A2, A, B1 o B;
- b) dalla guida di natanti ad uso pubblico;
- c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore o in caso di patente scaduta salvo che, in quest'ultimo caso, al momento del sinistro l'Assicurato abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;
- d) da ebbrezza alcolica alla guida di veicoli o natanti in genere,
- e) dall'uso o abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi nonché dall'uso di allucinogeni ed all'uso non terapeutico di stupefacenti ed in ogni caso quando l'Assicurato si trovi in stato di ubriachezza;
- f) dalla partecipazione dell'Assicurato a reati dolosi da lui commessi o tentati;
- g) dall'uso di mezzi di locomozione subacquei ed aeromobili di qualsiasi tipo (compresi ultraleggeri, deltaplani, parapendii e simili), salvo quanto previsto dall'art.18 (Infortuni subiti in conseguenza di incidente aeronautico) delle presenti Norme;
- h) dall'uso di natanti a motore, in competizione e nelle relative prove;
- i) dalla partecipazione, sia come conducente che come passeggero, a corse ciclistiche, automobilistiche o motociclistiche ovvero a gare e relative prove ed allenamenti, salvo si tratti di competizioni e relative prove di regolarità pura nonché dall'uso, anche come passeggero, di veicoli in circuiti (anche in assenza di competizione) salvo i corsi di guida sicura;
- j) da suicidio;
- k) da guerra ed insurrezioni;
- l) da arruolamento volontario, nonché richiamo alle armi per mobilitazione o per altri motivi di carattere eccezionale;
- m) da movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
- n) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- o) 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, etc.);
- p) da cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate alla infezione da H.I.V.;
- q) da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni).

Sono altresì esclusi i sinistri provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze.

Sono esclusi gli infortuni subiti durante lo svolgimento di attività professionali, fatta eccezione per quelli verificatisi a seguito di eventi qualificabili come rischio in itinere.

Relativamente agli infortuni che l'Assicurato subisca, a seguito di incidente aeronautico, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, non sono ricompresi quelli causati:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

Sono in ogni caso esclusi i sinistri avvenuti in occasione di competizioni e relative prove.

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

Garanzia	Limiti di indennizzo	Scoperto	Franchigia
Invalità permanente	-	-	Variabile in base a quella scelta
Indennità giornaliera per ricovero	Per la durata massima di 100 giorni per ogni infortunio. (*)	-	-
Spese di cura	L'onere a carico della Compagnia per l'insieme delle prestazioni relative a: - le spese per cure, medicinali, trattamenti fisioterapici, rieducativi e cure termali; - le spese di trasferimento all'Istituto di cura o al proprio domicilio dopo il ricovero, non potrà superare il 10% della somma assicurata.	-	-

(*) La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

! **ASSISTENZA**

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

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

Le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- scioperi, rivoluzioni, sommosse e movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- dolo dell'Assicurato;
- suicidio o tentato suicidio;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con gli 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, ivi comprese sindromi organico 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 stipula della polizza, che avessero dato origine a cure, ricoveri o diagnosi;
- malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici, dall'uso o abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi nonché dall'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di stupefacenti;
- l'espianto e/o il trapianto di organo.

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

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

Garanzia	Limite di indennizzo	Franchigie	Scoperti
Garanzie prestate ovunque si trovi l'Assicurato			
Invio di un infermiere al domicilio	€ 200,00 per sinistro	-	-
Invio di un fisioterapista al domicilio	€ 200,00 per sinistro	-	-
Trasporto in autoambulanza in Italia	massimo 200 Km	-	-
Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni	€ 100,00 per sinistro	-	-
Garanzie prestate quando l'Assicurato si trovi ad oltre 50 km dal suo comune di residenza			
Interprete a disposizione all'estero	massimo 8 ore lavorative	-	-
Anticipo spese mediche	massimo € 250,00 per sinistro	-	-
Rientro salma	€ 3.000,00 per sinistro	-	-



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

INFORTUNIO

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto devono:

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

L'Assicurato, od in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla Società) o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

In caso di morte da infortunio dell'Assicurato, il beneficiario identificato in polizza o, in difetto, gli eredi legittimi e/o testamentari, devono presentare:

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

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

ASSISTENZA

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

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

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 HRVO;

	<ul style="list-style-type: none"> - indirizzo del luogo in cui si trova; - il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa può richiamarlo nel corso dell'assistenza. In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione. <p>Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: con riferimento alla garanzia Assistenza, si precisa che la Compagnia ha affidato la gestione dei sinistri a Europ Assistance Service S.p.A..</p> <p>Prescrizione: Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione della Assicurazione. La mancata comunicazione da parte dell'Assicurato o del Contraente di mutamenti aggravanti il rischio, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'impresa	La Società disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà effettuata in Italia.



Quando e come devo pagare?

Premio	Il premio è determinato per periodi di Assicurazione di un anno ed è quindi interamente dovuto anche se ne è stato concesso il frazionamento in più rate. È prevista la possibilità di corrispondere l'ammontare dovuto in rate semestrali con un aumento del 3% del premio. Il premio di polizza corrisposto comprende le imposte previste dalla normativa vigente.
Rimborso	In caso di cessazione dell'Assicurazione per dipendenza da sostanze psicoattive o sieropositività HIV che rendono non più assicurabile l'Assicurato, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 45 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.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La polizza può essere stipulata sia nella forma con tacito rinnovo a scadenza che nella forma senza tacito rinnovo e può avere durata annuale o poliennale (massimo 5 anni). Qualora sia scelta la prima forma, la polizza, in assenza di disdetta, si rinnova automaticamente – ad ogni scadenza – per un anno. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cessa alla scadenza del contratto. Qualora invece sia prescelta la seconda forma, la polizza non prevede tacito rinnovo e pertanto la copertura assicurativa cessa alla scadenza pattuita.
Sospensione	Non prevista.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il contratto non prevede il diritto di ripensamento dopo la stipula.
Risoluzione	Oltre a quanto rappresentato nel DIP Danni, nei contratti di durata poliennale le Parti sono vincolate per l'intera durata contrattuale pattuita ed entrambe possono rescindere il contratto stesso alla scadenza indicata in polizza. Qualora l'assicurazione abbia durata superiore ai cinque anni, al solo Contraente è riconosciuta la facoltà, trascorso il primo quinquennio di durata, di recedere dal contratto senza oneri e con preavviso di 60 giorni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato ad una tipologia di clientela, costituita da persone fisiche, che desidera proteggersi dalle conseguenze di eventuali infortuni avvenuti come passeggeri di velivoli, come pedone o durante la circolazione stradale o su natanti per uso privato, sia come conducente che come trasportato, a condizione che la guida del veicolo o del natante non venga effettuata a titolo di attività professionale.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte di commissioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 25,36%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto alla Compagnia presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti: Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Ufficio Reclami - Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano Fax 02 5351794 - Email: reclami@helvetia.it . Competono alla Compagnia anche i reclami che riguardano i soggetti coinvolti nel ciclo operativo della Compagnia stessa, compresi gli Agenti e relativi dipendenti o collaboratori. La Compagnia invia la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo, prorogati fino a 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i dipendenti o collaboratori).
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (<i>indicare quando obbligatori</i>):	
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none">- Arbitrato (facoltativo): qualora dovesse sorgere un dissenso tra l'Assicurato e la Compagnia circa la determinazione dell'ammontare del danno. In tal caso, ai sensi di polizza, i periti, nominati da ciascuna delle Parti, si accordano di nominare un terzo perito, detto Arbitro, per addivenire ad una decisione.- Procedura FIN-NET: per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://www.ec.europa.eu/fin-net, chiedendo l'attivazione della Procedura. Tramite il sito della Compagnia (www.helvetia.it) è possibile acquisire in forma più dettagliata informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

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

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

Polizza infortuni

Helvetia Persona Dinamica

Condizioni di Assicurazione

Mod. H789 Ed. 07/2021

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

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

SOMMARIO

GLOSSARIO.....	1
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE.....	3
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	3
Art. 2 - Altre assicurazioni	3
Art. 3 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio.....	3
Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione.....	3
Art. 5 - Aggravamento del rischio.....	3
Art. 6 - Diminuzione del rischio	3
Art. 7 - Durata e proroga dell'assicurazione - Limiti di età.....	3
Art. 8 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato e/o del Contraente	3
Art. 9 - Rinuncia della Compagnia all'azione di rivalsa	3
Art. 10 - Controversie - Arbitrato irrituale	3
Art. 11 - Assicurazione per conto altrui	4
Art. 12 - Oneri fiscali	4
Art. 13 - Foro competente	4
Art. 14 - Rinvio alle norme di legge.....	4
Art. 15 - Misure restrittive (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause).....	4
Art. 16 - Termine di prescrizione	4
Art. 17 - Rischio assicurato	4
Art. 18 - Infortuni subiti in conseguenza di incidente aeronautico	4
Art. 19 - Infortuni causati da tumulti popolari.....	5
Art. 20 - Persone, garanzie e somme assicurate	5
Art. 21 - Rischi esclusi	5
Art. 22 - Persone non assicurabili	5
Art. 23 - Validità territoriale dell'assicurazione	5
GARANZIE ASSICURATE	5
Art. 24 - Criteri di indennizzabilità	5
Art. 25 - Caso di morte da infortunio	6
Art. 26 - Morte presunta	6
Art. 27 - Invalidità permanente	6
Art. 28 - Franchigia assoluta per invalidità permanente a scaglioni di somme.....	8
Art. 29 - Indennità giornaliera per ricoveri	8
Art. 30 - Rimborso spese di cura.....	8
NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO	9
Art. 31 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro	9
Art. 32 - Obblighi della Compagnia sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente	9
Art. 33 - Anticipo indennizzo per il caso di invalidità permanente	9
Art. 34 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio	9
Art. 35 - Obblighi della Compagnia sulle modalità di indennizzo in caso di spese di cura da infortunio.....	10
Art. 36 - Obblighi della Compagnia sulle modalità di indennizzo in caso di indennità giornaliera per ricoveri.....	10
Art. 37 - Modalità di pagamento dell'indennizzo per tutte le garanzie infortuni	10
Art. 38 - Prestazioni Helvetia Assistance	11
Art. 39 - Limite massimo di copertura per permanenza continuata all'estero.....	13
Art. 40 - Segreto professionale	13
Art. 41 - Esclusioni	14
Art. 42 - Prestazioni alternative per mancata fruizione di prestazioni	14
Art. 43 - Diritto alle assistenze	14
Art. 44 - Circostanze fortuite od imprevedibili	14
Art. 45 - Sostituzione Struttura Organizzativa	14
CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI DECIMA REVISIONE - ICD - 10 DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA'	15

GLOSSARIO

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

Definizioni generali

Anno (annuo, annuale):	periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile);
Assicurato:	la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Assicurazione:	il contratto di assicurazione;
Beneficiario:	gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la <i>Compagnia</i> deve corrispondere la somma assicurata per il caso 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 nell'interesse proprio o di altri;
Mese:	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 <i>Compagnia</i> ;
Poliennale (durata):	periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo);
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione;
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla <i>Compagnia</i> ;
Quinquennio (quinquennale):	periodo di tempo la cui durata è pari a 1.826 giorni (1.827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo);
Recesso:	scioglimento del vincolo contrattuale;
Semestre (semestrale):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio
Settimana (settimanale):	periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni;
Terrorismo:	qualsiasi azione violenta fatta col supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione, o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico, se tale azione non può essere definita come atto di guerra, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o meno), guerra civile, ribellione, insurrezione, colpo di Stato o confisca, nazionalizzazione, requisizione e distruzione o danno alla proprietà, causato da o per ordine di Governi o Autorità pubbliche o locali o come atto avvenuto nel contesto di scioperi, sommosse, tumulti popolari o come atto vandalico.

Definizioni relative all'assicurazione Infortuni

Abuso di psicofarmaci:	assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco;
Alcolismo:	malattia cronica caratterizzata da alterazioni comportamentali, fisiche e psichiche causate dal consumo continuativo o periodico di quantità elevate di alcol;
Ambulatorio:	la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale;
Documentazione sanitaria:	si compone della cartella clinica e della documentazione medica e di fatture, notule e/o ricevute in originale;
Ebbrezza alcolica:	la condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcol risulti essere pari o superiore al limite previsto dalle vigenti normative (a titolo informativo, attualmente fissato nella misura di 0,5 grammi per litro);
Farmaci psicotropi:	farmaco che modifica lo stato psichico dell'individuo tendendo a normalizzarlo;
Franchigia:	la parte dell'indennizzo che, in caso di sinistro, rimane a carico dell'Assicurato;
Frattura:	l'interruzione parziale o totale della continuità di un osso;
Indennizzo:	la somma dovuta dalla <i>Compagnia</i> in caso di sinistro, per i danni direttamente subiti dall'Assicurato;
Infortunio:	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili;

Intervento chirurgico:	l'atto medico, praticato in istituto di cura od ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi s'intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni praticata anche in regime di Pronto Soccorso;
Invalità 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 e al ricovero dei malati. Non si considerano Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;
Malattia:	ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio;
Malattia mentale:	ogni disturbo psichico e comportamentale così come definiti nel Settore V della "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" decima revisione - ICD - 10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (come da elenco di seguito riportato);
Ricovero:	la degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in Istituto di Cura;
Rischio in Itinere:	rischio occorso durante: a. il normale percorso di andata e ritorno dall'abitazione al posto di lavoro, escluso quanto occorso entro l'abitazione, le pertinenze e le parti condominiali; b. il normale percorso che il lavoratore deve fare per recarsi da un luogo di lavoro ad un altro nel caso di rapporti di lavoro plurimi. Il tutto è disciplinato dall'art 12 del D.Lgs. 38/2000 e successive modifiche;
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Ubbriachezza:	la condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcol risulti essere pari o superiore al limite di 1,5 grammi per litro.

Definizioni specifiche per Helvetia Assistance

Frattura semplice:	frattura caratterizzata dalla rottura dell'osso su una linea, provocando la divisione dell'osso in due frammenti ossei ben distinti;
Helvetia Assistance:	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.
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 morbo, noto all'Assicurato;
Malattia preesistente:	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della polizza;
Struttura Organizzativa:	la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della <i>Compagnia</i> al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima <i>Compagnia</i> ;
Prestazioni:	le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato;
Sinistro:	il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità dell'assicurazione e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente, 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 ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 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 ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo la rispettiva polizza autonomamente considerata. Se l'Assicurato omette dolosamente le comunicazioni di cui sopra, la Compagnia non è tenuta a corrispondere alcun indennizzo (art. 1910 del Codice Civile).

Il Contraente è esonerato dal comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni infortuni:

- di cui gli Assicurati siano titolari automaticamente quali intestatari di carte di credito o di conti correnti bancari;
- sottoscritte dai datori di lavoro a favore degli Assicurati con altre Compagnia in adempimento a contratti collettivi nazionali od a contratti integrativi aziendali.

Art. 3 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° (quindicesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due rate.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5 - Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia, mediante lettera raccomandata, 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 ai sensi dell'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 ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Durata e proroga dell'assicurazione - Limiti di età

a) Proroga dell'assicurazione

L'assicurazione scade alle ore 24.00 (ventiquattro) dell'ultimo giorno della durata indicata in polizza.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata, spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza del contratto, quest'ultimo è prorogato per un anno e così successivamente.

b) Limiti di età

La polizza prevede un limite massimo di età assicurabile. **Non sono assicurabili le persone che, nel corso di validità del contratto, superino l'ottantesimo (80°) anno di età.**

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

Art. 8 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato e/o del Contraente

Per le modalità di denuncia e le informazioni di dettaglio si rimanda a quanto previsto nel capitolo NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO (art. 31)

Art. 9 - Rinuncia della Compagnia all'azione di rivalsa

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 10 - 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. 24 (Criteri di indennizzabilità) delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, possono essere demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

Le decisioni del Collegio medico 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 dei patti contrattuali.**

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

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

Art. 11 - Assicurazione per conto altrui

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

Art. 12 - Oneri fiscali

Sono a carico del *Contraente*, secondo le norme di legge, gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione*.

Art. 13 - Foro competente

Valgono le Norme di legge.

Art. 14 - 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. 15 - 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. 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'Assicuratore alla riscossione del pagamento delle rate di *premio* si prescrive in un *anno* dalle singole scadenze.

OGGETTO E DELIMITAZIONE DEL RISCHIO

Art. 17 - Rischio assicurato

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

- a) conducente di biciclette, ciclomotori, veicoli a motore per la cui conduzione è prescritta la patente di guida di categoria AM, A1, A2, A, B1 o B, nonché di natanti ad uso privato o da diporto;
- b) passeggero su mezzi di locomozione per trasporto pubblico o privato, terrestri, marittimi, fluviali, lacustri, esclusi biciclette e ciclomotori non omologati al trasporto di passeggeri;
- c) pedone a seguito di investimento da parte di biciclette o veicoli.

Agli effetti della garanzia di cui alle lettere a) e b) l'*assicurazione* è valida dal momento in cui l'*Assicurato* sale a bordo del veicolo o natante e si considera conclusa nel momento in cui ne è disceso.

L'*assicurazione* vale anche per gli *infortuni* derivanti dai rischi della circolazione stradale subiti dall'*Assicurato* in qualità di conducente e/o passeggero mentre attende, in caso di fermata per guasto di uno dei veicoli di cui alla precedente lettera a), proprio o di terzi, alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Sono considerati *infortuni*, fermo quanto disposto al primo comma del presente articolo, anche:

- 1) l'*asfissia* causata da gas di scarico;
- 2) l'*annegamento*;
- 3) l'*assideramento* od il congelamento;
- 4) i colpi di sole o di calore.

Inoltre sono compresi gli *infortuni* subiti:

- 5) in conseguenza di malore o in stato di incoscienza non dovuti a condizioni patologiche;
- 6) a causa di imperizia, imprudenza, negligenza anche gravi.

Sono esclusi gli *infortuni* subiti durante lo svolgimento di attività professionali, fatta eccezione per quelli verificatisi a seguito di eventi qualificabili come *rischio in itinere*.

Art. 18 - Infortuni subiti in conseguenza di incidente aeronautico

L'*assicurazione* vale per gli *infortuni* che l'*Assicurato* subisca, a seguito di incidente aeronautico, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, purché condotti da piloti professionisti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

Si intendono in ogni caso esclusi i sinistri avvenuti in occasione di competizioni e relative prove.

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

Art. 19 - Infortuni causati da tumulti popolari

L'assicurazione è altresì operante per gli *infortuni* che l'Assicurato subisca in conseguenza diretta ed esclusiva di incidente della circolazione o navigazione, secondo quanto disposto dall'art. 17 (Rischio assicurato) delle presenti Norme, causati da aggressioni e/o atti violenti avvenuti in occasione di tumulti popolari, atti di *terrorismo*, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva, e ciò a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile.

Art. 20 - Persone, garanzie e somme assicurate

L'assicurazione vale per le persone, per le garanzie e per le somme assicurate indicate sul modello H786.

Art. 21 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli *infortuni* causati:

- a) dalla guida di veicoli a motore per la cui conduzione è prescritta una patente di guida diversa dalla categoria AM, A1, A2, A, B1 o B;
- b) dalla guida di natanti ad uso pubblico;
- c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore o in caso di patente scaduta salvo che, in quest'ultimo caso, al momento del *sinistro* l'Assicurato abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;
- d) da *ebbrezza alcolica* alla guida di veicoli o natanti in genere;
- e) dall'uso o *abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi* nonché dall'uso di allucinogeni ed all'uso non terapeutico di stupefacenti ed in ogni caso quando l'Assicurato si trovi in stato di *ubriachezza*;
- f) dalla partecipazione dell'Assicurato a reati dolosi da lui commessi o tentati;
- g) dall'uso di mezzi di locomozione subacquei ed aeromobili di qualsiasi tipo (compresi ultraleggeri, deltaplani, parapendii e simili), salvo quanto previsto dall'art. 18 (Infortuni subiti in conseguenza di incidente aeronautico) delle presenti Norme;
- h) dall'uso di natanti a motore, in competizione e nelle relative prove;
- i) dalla partecipazione, sia come conducente che come passeggero, a corse ciclistiche, automobilistiche o motociclistiche ovvero a gare e relative prove ed allenamenti, salvo si tratti di competizioni e relative prove di regolarità pura nonché dall'uso, anche come passeggero, di veicoli in circuiti (anche in assenza di competizione) salvo i corsi di guida sicura;
- j) sport motoristici in genere (autoveicoli, motoveicoli e natanti a motore o motonautici, go kart); salvo si tratti di competizioni e relative prove di regolarità pura;
- k) da suicidio;
- l) da guerra ed insurrezioni;
- m) da arruolamento volontario, nonché richiamo alle armi per mobilitazione o per altri motivi di carattere eccezionale;
- n) da movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
- o) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da *infortunio*;
- p) 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, etc.);
- q) da cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate alla infezione da H.I.V.;
- r) da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni).

Sono altresì esclusi i *sinistri* provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da *malattie mentali* e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze.

Art. 22 - Persone non assicurabili

Premesso che la *Compagnia*, qualora al momento della stipula della *polizza* fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e *farmaci psicotropi* assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della *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. 23 - Validità territoriale dell'assicurazione

L'assicurazione vale per il mondo intero.

GARANZIE ASSICURATE

Art. 24 - Criteri di indennizzabilità

La *Compagnia* corrisponde l'*indennizzo* per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente 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 fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di *invalidità permanente* (ex tabella INAIL, allegato n. 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124) di cui all'art. 27 (Invalidità permanente) delle presenti Norme sono diminuite tenendo conto del grado di *invalidità permanente* preesistente.

Art. 25 - Caso di morte da infortunio

Se l'*infortunio* ha come conseguenza la morte, la *Compagnia* corrisponde la somma assicurata ai *beneficiari* designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'*Assicurato* in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello di 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. 26 - Morte presunta

Qualora l'*Assicurato* sia scomparso a seguito di *infortunio* indennizzabile ai sensi di *polizza*, in applicazione di quanto previsto dall'art. 60, comma 3) e art. 62 del Codice Civile o dall'art. 211 del Codice della Navigazione e l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarata la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la *Compagnia* corrisponde ai *beneficiari* di *polizza* la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Compagnia ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

L'Assicurato potrà fare valere i propri diritti per le lesioni eventualmente subite se indennizzabili ai sensi di polizza soltanto dopo la restituzione dell'intera somma liquidata da parte dei Beneficiari o, per loro conto, dall'Assicurato.

Art. 27 - Invalidità permanente

- 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.**
- Se l'*infortunio* ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, la *Compagnia* corrisponde l'intera somma assicurata.
- Se l'*infortunio* ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo per invalidità permanente viene calcolato sulla somma assicurata (**ferma l'applicazione delle franchigie previste in polizza**), in proporzione al grado di invalidità accertato, secondo i criteri e le percentuali indicate nella successiva "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente" (ex Tabella INAIL, Allegato N°1 DPR 30 Giugno 1965 n.1124).
- 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.
- 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%.
- 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)

	destro	sinistro
Sordità completa di un orecchio		15%
Sordità completa bilaterale		60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazioni di protesi		40%
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedere relativa tabella)		
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		=
Esiti della frattura della clavicola ben consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita:		
- del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
- dell'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%
- totale del pollice	28%	23%
- totale dell'indice	15%	13%
- totale del medio		12%
- totale dell'anulare		8%
- totale 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%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° e 75°:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%
Perdita totale del solo alluce		7%
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%

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

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

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

- 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 invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
- 4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- 5) In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

di 10/10, 9/10, 8/10	15%
di 7/10	18%
di 6/10	21%
di 5/10	24%
di 4/10	28%
di 3/10	32%
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. 28 - Franchigia assoluta per invalidità permanente a scaglioni di somme

La liquidazione dell'*indennizzo* per *invalidità permanente*, di cui all'art.27 (Invalidità permanente) delle presenti Norme, verrà effettuata con le seguenti modalità:

- sulla parte della somma assicurata fino a euro 100.000 (centomila) l'*indennizzo* per *invalidità permanente* viene corrisposto senza applicazione di alcuna *franchigia*;
- sulla parte della somma assicurata eccedente euro 100.000 (centomila) non si farà luogo ad *indennizzo* quando l'*invalidità permanente* è di grado pari o inferiore al 5% (cinque per cento) della totale; se invece l'*invalidità permanente* risulta superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* viene corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 29 - Indennità giornaliera per ricoveri

La *Compagnia*, in caso di *ricovero* dell'*Assicurato* in *Istituto di Cura* reso necessario a seguito di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 100 (cento) giorni per ogni *infortunio*.

Art. 30 - Rimborso spese di cura

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

- le spese per gli esami ed accertamenti diagnostici prescritti dal medico;
- 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*;
- 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);
- le spese per le rette di degenza in caso di *ricovero*;
- 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.

La *Compagnia* effettua il pagamento di quanto dovuto all'*Assicurato* o ai suoi eredi su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente valide e debitamente quietanzate.

Gli originali presentati dall'*Assicurato* sono acquisiti dalla *Compagnia*. Peraltro, se il rimborso delle spese documentate è liquidato dalla *Compagnia* soltanto parzialmente, la *Compagnia* stessa restituisce i predetti originali, se richiesti per iscritto, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

CONDIZIONI PARTICOLARI (valide esclusivamente se richiamate in polizza)

A) Deroga al patto di tacita proroga

A deroga dell'art.7 (Durata e proroga dell'assicurazione - Limiti di età), lett. a), delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, la *polizza* cesserà alla sua scadenza convenuta senza obbligo di disdetta.

B) Franchigia assoluta per invalidità permanente

L'art.28 (Franchigia per invalidità permanente per scaglioni di somme) delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni deve intendersi abrogato e così sostituito:

Non si farà luogo ad *indennizzo* quando l'*invalidità permanente* di cui all'art.27 (Invalidità permanente) delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni è di grado pari o inferiore al 3% (tre per cento) della totale; se invece l'*invalidità permanente* risulta superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* viene corrisposto solo per la parte eccedente.

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

Art. 31 - 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 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, od 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 de sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

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

Art. 32 - 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. 24 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. 33 - Anticipo indennizzo per il caso di invalidità permanente

In caso di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, su richiesta dell'Assicurato e previa presentazione di idonea documentazione medico legale, la *Compagnia* potrà liquidare a titolo di acconto un importo pari al 50% (cinquanta per cento) del presumibile ammontare dell'*indennizzo* con il massimo di euro 30.000,00. L'*indennizzo* pagato in anticipo sarà dedotto da quanto dovuto, al netto di eventuali *franchigie*, in sede di liquidazione definitiva.

Condizione essenziale è che siano trascorsi almeno sei mesi dalla data di presentazione della denuncia e che la percentuale di *invalidità permanente* stimata dalla *Compagnia* sia superiore al 25%. L'anticipo è erogato a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del *sinistro* e non costituisce impegno da parte della *Compagnia* riguardo l'*indennizzo* definitivo.

Art. 34 - 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 31 - 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. 35 - Obblighi della Compagnia sulle modalità di indennizzo in caso di spese di cura da infortunio

Fermo quanto previsto dall'art. 30 Rimborso spese di cura, il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato viene effettuato con le modalità previste dal precedente art. 31 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. 36 - Obblighi della Compagnia sulle modalità di indennizzo in caso di indennità giornaliera per ricoveri

Fermo quanto previsto dall'art. 29 Indennità giornaliera per ricoveri, 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. 37 - 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.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

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

- telefonando dall'Italia numero verde 800.01.69.10
- telefonando dall'estero numero +39 02 58.28.61.71
- inviando un fax numero +39 02 58.47.72.01

- inviando un telegramma o una lettera raccomandata a:
 Europ Assistance Italia S.p.A.
 Piazza Trento 8 - 20135 Milano



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 HRVO;
- 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.

Art. 38 - Prestazioni Helvetia Assistance

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

1. Consulenza medica

Qualora a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa* 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 improvvisa* l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20.00 alle ore 08.00 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la **Struttura Organizzativa**, accertata la necessità della *prestazione*, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati, tenendo la **Compagnia** a proprio carico i relativi costi.

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 Istituto di cura a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la **Struttura Organizzativa** procurerà direttamente all'Assicurato stesso un infermiere a tariffa controllata, tenendo la **Compagnia** a proprio carico l'onorario fino ad un massimo di euro 200,00 per sinistro.

4. Invio di un fisioterapista al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o *fratture semplici* derivanti da *infortunio*, necessiti di un fisioterapista al domicilio, la **Struttura Organizzativa** provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, tenendo la **Compagnia** a proprio carico il relativo onorario fino ad un massimo di euro 200,00 per sinistro.

5. Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa* 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 Km 200 (duecento) 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 improvvisa*, 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 euro 100,00 per sinistro.

7. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

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

- ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'Istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:

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

fermo restando che la *Struttura Organizzativa* utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il *sinistro* avvenga in Paesi Europei;

- 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 dello *Assicurato*, nonché le terapie riabilitative;
- le *malattie* infettive nel caso in cui il trasporto implichi la 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 dall'*Istituto di cura* dopo la degenza, la *Struttura Organizzativa* provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della *Struttura Organizzativa* stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'*Assicurato*:

- 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*, con costi a carico della *Compagnia*, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

L'*Assicurato* deve comunicare alla *Struttura Organizzativa* l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che lo ha in cura, affinché la *Struttura Organizzativa* possa stabilire i necessari contatti.

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

Ciascuna *prestazione* 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 dello stesso *Assicurato* dalla medesima località ove si è determinato il *sinistro*.

1. Interprete a disposizione all'estero

Qualora, in caso di *ricovero* in *Istituto di cura* a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, l'*Assicurato* trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la *Struttura Organizzativa* provvederà ad inviare un interprete, **tenendo la *Compagnia* a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di otto ore lavorative per *sinistro*.**

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

2. Anticipo spese mediche

Qualora, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, l'*Assicurato* debba sostenere spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la *Struttura Organizzativa* pagherà, per conto dell'*Assicurato*, le fatture **fino a un importo massimo di euro 250,00 per *sinistro*. Qualora l'ammontare delle fatture superasse il predetto importo, la *prestazione* diventerà operante nel momento in cui in Italia la *Struttura Organizzativa* avrà ricevuto garanzie di restituzione ritenute da essa adeguate; l'importo delle fatture pagate dalla *Struttura Organizzativa* non potrà mai comunque superare la somma di euro 3.000,00.**

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 la somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso bancario corrente.

3. 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 alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe, e occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio);

resta inteso che la *Struttura Organizzativa* utilizzerà l'aereo sanitario soltanto nel caso in cui il *sinistro* avvenga in Paesi Europei.

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

La *Compagnia*, qualora abbia provveduto al rientro dell'*Assicurato*, ha diritto a richiedere a quest'ultimo, qualora ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, o altro titolo di trasporto, 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;
- le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

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

4. 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 3, 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 dell'Assicurato presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per quest'ultimo.

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

La Compagnia ha diritto a richiedere al familiare dell'Assicurato, qualora ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, o altro titolo di trasporto non utilizzato.

5. 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, tenendo la *Compagnia* a proprio carico i relativi costi, **fermo restando che non sono previste le spese di soggiorno del familiare stesso.**

6. Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato debba rientrare alla residenza 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, 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 i relativi costi.

La prestazione non è operante se l'Assicurato non può fornire alla Struttura Organizzativa adeguate informazioni sulla causa che ha dato luogo alla richiesta di rientro anticipato. Tali informazioni saranno documentate successivamente su richiesta della Struttura Organizzativa stessa.

7. Accompagnamento di minori

Qualora l'Assicurato, accompagnato da familiari minori di 18 anni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa* e nessun altro sia in grado di prendersi cura di detti minori, **purché anch'essi assicurati e rimasti sul posto**, la *Struttura Organizzativa* organizza il loro rientro fino al loro domicilio o a quello di un familiare dell'Assicurato, tenendo la *Compagnia* a proprio carico il relativo costo.

L'Assicurato deve comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare affinché la Struttura Organizzativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

8. 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, etc.).

Nel caso in cui l'Assicurato rientrasse alla propria residenza (o fosse costretto ad abbandonare il veicolo) senza attendere lo autista, **l'Assicurato stesso 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.**

9. 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 euro 3.000,00 per sinistro, ancorché siano coinvolti più Assicurati.**

Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante nel momento nel quale in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute ad essa adeguate.

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

ESCLUSIONI ED EFFETTI GIURIDICI RELATIVI A TUTTE LE PRESTAZIONI

Art. 39 - Limite massimo di copertura per permanenza continuata all'estero

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

Art. 40 - Segreto professionale

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

Art. 41 - Esclusioni

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 dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b) scioperi, rivoluzioni, sommosse e 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 gli 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,
- f) *malattie mentali* e disturbi psichici in genere, ivi comprese sindromi organico cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive e relative conseguenze e complicità;
- g) *malattie* dipendenti dalla gravidanza dopo il 6° mese e dal puerperio;
- h) *malattie preesistenti* alla stipula della *polizza*, che avessero dato origine a cure, ricoveri o diagnosi;
- i) *malattie* e *infortuni* conseguenti e derivanti da abuso di alcolici, dall'uso o abuso di psicofarmaci e *farmaci psicotropi* nonché dall'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di stupefacenti;
- j) l'espianto e/o il trapianto di organo.

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

Art. 42 - Prestazioni alternative per mancata fruizione di prestazioni

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.

Art. 43 - Diritto alle assistenze

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

Art. 44 - Circostanze fortuite od imprevedibili

La *Compagnia* e la *Struttura Organizzativa* non si assumono responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità o conseguenti ad ogni altra circostanza imprevedibile ovvero per ritardi conseguenti ad un loro mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore.

Art. 45 - Sostituzione Struttura Organizzativa

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

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

Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici:

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

Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive:

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

Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti:

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

Disturbi dell'umore [affettivi]:

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

Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi:

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

Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici:

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

Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto:

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

Ritardo mentale:

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

Disturbi dello sviluppo psicologico:

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

Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza:

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

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI

Art. 60 Altri casi di dichiarazione di morte presunta.

Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

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

Art. 62. Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta.

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte.

Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50.

Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

Art. 1891 Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta.

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave.

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 Assicurazioni in nome o per conto di terzi.

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

Art. 1897 Diminuzione del rischio.

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

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 Aggravamento del rischio.

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899. Durata dell'assicurazione.

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni.

Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 Mancato pagamento del premio.

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori.

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti.

Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro.

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio.

L'assicurato che, dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'assicuratore.

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2952 Prescrizione in materia di assicurazione.

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

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

Via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano
Tel. 02 5351 1

Fax 02 5520360 - 5351461

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

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

Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 2.00002

Iscr. Albo Gruppi Ass. n°d'ord. 031