

Assicurazione sulla vita di rendita vitalizia posticipata per il caso di Non Autosufficienza negli atti della vita quotidiana su due teste assicurate

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)



Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.
Helvetia Double Care
(Tariffa 1417)

Data di realizzazione: 1 giugno 2023

Il presente DIP Vita rappresenta l'ultima versione disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

Helvetia Double Care è un'assicurazione sulla vita di rendita vitalizia posticipata costante per il caso di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, a premio annuo costante e con Garanzia Complementare Facoltativa, su due teste assicurate.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Il prodotto prevede le seguenti tipologie di prestazione:

✓ **Prestazione in caso di perdita di autosufficienza (Garanzia Principale)**

Nel caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento di almeno 4 dei 6 atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi/svestirsi, andare al bagno ed usarlo, spostarsi, continenza e alimentarsi) la Società corrisponde all'Assicurato stesso – salvo i casi di **esclusione** ed i periodi di **carenza** – una prestazione sotto forma di rendita vitalizia mensile posticipata costante. La rendita verrà corrisposta – trascorso il periodo previsto **dalle limitazioni della copertura** – fino a che l'Assicurato è in vita e permane lo stato di non autosufficienza. **Verrà liquidata la rendita relativa solo al primo soggetto Assicurato, in ordine temporale, al quale verrà riconosciuta la non autosufficienza.**

✓ **Prestazione "Capitale Una Tantum" (Garanzia Complementare Facoltativa)**

Se attivata prevede che, in caso di non autosufficienza dell'Assicurato, venga erogato all'Assicurato stesso – in aggiunta alla prima rata di rendita mensile – un capitale una tantum il cui importo è pari a 5 volte l'entità della prima rata mensile di rendita scelta dal Contraente all'atto della sottoscrizione del contratto. La Garanzia deve essere attivata in fase di sottoscrizione del contratto e una volta selezionata non può più essere disattivata. La Garanzia agisce con riferimento ad entrambi gli Assicurati.

In abbinamento alla Garanzia Principale è inoltre sempre presente, automaticamente e senza costi aggiuntivi:

- ✓ una **Garanzia di Esonero Pagamento Premi** che opera in caso di decesso di uno dei due Assicurati avvenuto prima che sia stata denunciata e riconosciuta la non autosufficienza. A fronte di tale Garanzia il contratto rimane valido con riferimento alla testa assicurata sopravvissuta e viene interrotto il pagamento del premio annuo;
- ✓ un **Pacchetto Assistenza** prestato da Europ Assistance Italia S.p.A. e Village Care S.r.l..

Si rinvia alla sezione "Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?" del DIP Aggiuntivo Vita per le informazioni sulle Garanzie previste e sul Pacchetto Assistenza.

Che cosa NON è assicurato?

Non è assicurabile la persona fisica che:

- ✗ **abbia al momento della sottoscrizione del contratto, un'età inferiore a 20 anni o superiore a 75 anni assicurativi;**
- ✗ **non sia residente in Italia;**
- ✗ **alla data di decorrenza del contratto sia già beneficiaria di una rendita di invalidità o inabilità al lavoro (sia privata che pubblica) o sia invalida civile con una percentuale di invalidità superiore al 50%;**
- ✗ **sia già in stato di non autosufficienza al momento della sottoscrizione della polizza, o abbia fatto richiesta di riconoscimento di tale stato.**

Non sono inoltre assicurabili importi di rendita assicurata inferiori o superiori ai limiti contrattualmente previsti.

Ci sono limiti di copertura?

Non sarà possibile presentare una richiesta di liquidazione qualora:

- ! **la non autosufficienza si sia verificata durante il periodo in cui le garanzie non sono efficaci, ai sensi della successiva sezione "Quando comincia la copertura e quando finisce?";**
- ! **sia già in corso di erogazione la rendita per uno dei due Assicurati.**

Sono inoltre previsti dei periodi di sospensione e limitazioni alle coperture qualora la non autosufficienza rientri nei periodi di carenza e limitazione e/o nelle esclusioni di cui alla sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP Aggiuntivo Vita.

Se entrambi gli Assicurati dovessero decedere senza che sia intervenuto lo stato di non autosufficienza per nessuno di loro, il contratto non riconosce alcuna prestazione ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.



Dove vale la copertura?

✓ Le prestazioni assicurative della Garanzia Principale e della Garanzia Complementare sono garantite senza limiti territoriali, fermo quanto riportato nella sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP Aggiuntivo Vita.



Che obblighi ho?

Il Contraente è tenuto, unitamente agli Assicurati, a dare immediata comunicazione alla Società qualora nel corso della durata contrattuale modifichi le attività lavorative e/o sportive svolte anche saltuariamente. **In tali casi la Società può rideterminare il premio inizialmente pattuito o l'importo della rendita assicurata.**

La **richiesta di liquidazione** dovrà essere consegnata in forma scritta all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il contratto, ovvero inviata alla Società – anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo allegato alle Condizioni contrattuali (Modulo di richiesta per liquidazione sinistro) – a mezzo lettera raccomandata A/R corredata dai documenti richiesti. Nel suddetto modulo è inoltre riportato l'elenco completo di tutta la documentazione necessaria da produrre.



Quando e come devo pagare?

Il prodotto prevede il pagamento di un premio annuo costante, determinato alla conclusione del contratto, in relazione all'età degli Assicurati, al loro stato di salute ed alle attività professionali e/o sportive svolte anche saltuariamente, all'importo della rendita assicurata ed all'eventuale abbinamento alla Garanzia Principale della Garanzia Complementare Facoltativa.

Il pagamento dei premi viene effettuato all'atto della conclusione del contratto e ad ogni ricorrenza annua della data di decorrenza finché gli Assicurati sono in vita ed autosufficienti.

Il pagamento dei premi avviene presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto tramite: assegno non trasferibile intestato all'Intermediario, bollettino postale o bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario, carta di debito presso l'Intermediario, carta di credito se accettata dall'Intermediario ed in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente applicabile, **fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente e sull'Intermediario rispettivamente per la parte di propria competenza determinata in ragione dello strumento di pagamento prescelto e dei relativi accordi con i prestatori del servizio.**

In alternativa al pagamento del premio con periodicità annuale, il Contraente può scegliere una frequenza di pagamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale, bimestrale o mensile **senza che vengano applicati interessi di frazionamento.** A richiesta del Contraente i premi successivi a quello di perfezionamento possono essere corrisposti anche tramite SEPA Direct Debit Core.

Il premio relativo alla Garanzia Complementare Facoltativa, laddove prestata, viene corrisposto congiuntamente al premio della Garanzia Principale e con la medesima modalità e periodicità stabilita per quest'ultimo. **È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate. Resta inteso che un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di premio. Se il Contraente decide di sospendere il versamento dei premi e non ha provveduto al pagamento di almeno 8 annualità intere di premi, il contratto è risolto ed i premi versati restano acquisiti dalla Società.**



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto è a vita intera, pertanto, la sua durata coincide con la vita degli Assicurati.

Il contratto si intende concluso nel momento in cui vengono apposte sulla Polizza le firme della Società, degli Assicurati nonché del Contraente e quest'ultimo provvede contestualmente al pagamento della prima rata di premio. A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto, le prestazioni assicurate sono operanti dalle ore 24 del giorno indicato sulla Polizza quale data di decorrenza, fermi restando i periodi di carenza previsti, indicati nel DIP Aggiuntivo Vita, nella sezione "Ci sono limiti di copertura?".



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Non è prevista la revoca in quanto il contratto viene emesso direttamente tramite la Polizza. Il Contraente ha **diritto di recedere** dal contratto **entro 30 giorni** dal momento in cui il contratto stesso è concluso.

Il Contraente può risolvere il contratto interrompendo il pagamento del premio relativo alla Garanzia Principale unitamente al premio della Garanzia Complementare Facoltativa, laddove attivata. **Il mancato pagamento del premio o anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere versato, determina la risoluzione del contratto qualora non siano state versate almeno 8 annualità intere di premio. In tal caso i premi versati restano definitivamente acquisiti dalla Società.**



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

La presente forma assicurativa **non** ammette la possibilità di **riscatto** dall'assicurazione.

E' invece riconosciuto il **diritto alla riduzione** della rendita assicurata in caso di interruzione del pagamento dei premi, a condizione che siano state **versate almeno 8 annualità intere.**

Il Contraente può **riattivare** il contratto in caso di interruzione del pagamento dei premi. Si rinvia alla sezione "Quali costi devo sostenere?" contenuta nel DIP Aggiuntivo Vita per le relative condizioni economiche.

Assicurazione sulla vita di rendita vitalizia posticipata per il caso di Non Autosufficienza negli atti della vita quotidiana su due teste assicurate

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo Vita)

Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.
Helvetia Double Care
(Tariffa 1417)



Data di realizzazione: 01 giugno 2023

Il presente DIP Aggiuntivo Vita rappresenta l'ultima versione disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), 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 contrattuali prima della sottoscrizione del contratto.

Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A. Via G. B. Cassinis n. 21 – 20139 Milano; tel. +39 02 53.51.1; sito internet: www.helvetia.it; e-mail: direzione.vita@helvetia.it; PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it.

Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Helvetia, Via G. B. Cassinis n. 21 - 20139 Milano, tel. n. +39 02 53.51.1, indirizzo sito internet: www.helvetia.it, e-mail: direzione.vita@helvetia.it, PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it. La Compagnia è autorizzata all'esercizio sulle assicurazioni sulla vita con Provv. ISVAP n. 1979 del 4 Dicembre 2001 (G. U. del 12 Dicembre 2001 n. 288) ed è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n. 1.00142.

Il patrimonio netto della Società, all'ultimo bilancio approvato, è pari a 307.861.001,04 Euro, di cui 47.594.000,00 Euro costituiscono la parte relativa al capitale sociale e 249.278.472,42 Euro si riferiscono alle riserve patrimoniali.

La relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria della Società (SFCR) è disponibile sul sito internet della stessa ed è consultabile al seguente indirizzo: www.helvetia.it/solvencyII. Di seguito si dà evidenza dei requisiti patrimoniali e dei fondi ammissibili alla loro copertura, calcolati secondo la Formula Standard in vigore al 31.12.2022.

Informazioni relative al margine di solvibilità Solvency II	Al 31.12.2022
Solvency Capital Requirement (SCR)	136.184.242
Minimum Capital Requirement (MCR)	61.282.909
Fondi Propri ammissibili a copertura del SCR	313.970.431
Fondi Propri ammissibili a copertura del MCR	258.134.892
Solvency Capital Ratio*	230,55%

* Il "Solvency Capital Ratio" è il rapporto tra i Fondi Propri ammissibili dalla Società ed il capitale di solvibilità (Solvency Capital Requirement) richiesto dalla normativa Solvency II.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Helvetia Double Care è un'assicurazione sulla vita che prevede, a fronte del pagamento di un premio annuo costante a vita intera, una copertura in caso di perdita dell'autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, su due teste assicurate. Il prodotto prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

✓ **Prestazione in caso di perdita di autosufficienza (Garanzia Principale)**

Nel caso in cui l'Assicurato sia riconosciuto non autosufficiente nel compimento di almeno 4 dei 6 atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi/svestirsi, andare al bagno ed usarlo, spostarsi, continenza e alimentarsi) la Società corrisponde all'Assicurato stesso – salvo i casi di **esclusione** ed i periodi di **carezza** – una prestazione sotto forma di rendita vitalizia mensile posticipata costante. La rendita verrà corrisposta – trascorso il periodo previsto **dalle limitazioni della copertura** – fino a che l'Assicurato sia in vita e permanga lo stato di non autosufficienza.

Verrà liquidata la rendita relativa solo al primo soggetto Assicurato, in ordine temporale, al quale verrà riconosciuta la non autosufficienza.

Il Contraente, all'atto della sottoscrizione, potrà scegliere l'importo della rendita da assicurare tra un minimo di 1.000 Euro ed un massimo di 5.000 Euro mensili. Una volta scelto l'importo della rendita assicurata non sarà più possibile modificarlo.

✓ **Prestazione "Capitale Una Tantum" (Garanzia Complementare Facoltativa)**

Se attivata prevede che, in caso di non autosufficienza dell'Assicurato, venga erogato all'Assicurato stesso – in aggiunta alla prima rata di rendita mensile – un capitale una tantum il cui importo è pari a 5 volte l'entità della prima rata mensile di rendita scelta dal Contraente all'atto della sottoscrizione del contratto.

La garanzia deve essere attivata in fase di sottoscrizione del contratto e una volta selezionata non può più essere disattivata. La Garanzia agisce con riferimento ad entrambi gli Assicurati.

Unitamente alla Garanzia Principale viene automaticamente attivato, senza costi aggiuntivi:

✓ una **Garanzia di Esonero Pagamento Premi** che opera in caso di decesso di uno dei due Assicurati avvenuto prima che sia stata denunciata e riconosciuta la non autosufficienza. A fronte di tale Garanzia la Società esonera il Contraente dal pagamento del premio relativo alla Garanzia Principale ed all'eventuale Garanzia Complementare Facoltativa, laddove attivata, a partire dalla data di decesso dell'Assicurato ed il contratto rimane attivo e valido con riferimento alla testa assicurata sopravvissuta;

✓ un **Pacchetto Assistenza** che prevede una serie di servizi prestati da Europ Assistance Italia S.p.A. e Village Care S.r.l.. Il Pacchetto opera per tutta la durata del contratto con servizi differenziati sulla base del beneficiario degli stessi e del momento contrattuale all'interno del quale ne viene fatta richiesta (periodo di pagamento del premio o periodo di erogazione della rendita una volta riconosciuta la non autosufficienza). Il Pacchetto Assistenza offre servizi di Assistenza alla Persona (Es. Assistenza Domiciliare, Consulti medici online, Medical Coach), Assistenza ad un familiare Anziano (Es. Care Manager, Assistenza Domiciliare Integrata), Assistenza alla Persona in caso di non Autosufficienza (Es. Care Manager, Ricerca e Selezione Badante) oltre ad un Servizio di Consulenza nella ricerca e selezione di RSA.

Se entrambi gli Assicurati dovessero decedere senza che sia intervenuto lo stato di non autosufficienza per nessuno dei due, il contratto non riconosce alcuna prestazione ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

Non è prevista la possibilità di modificare i termini del contratto mediante l'esercizio di predefinite opzioni contrattuali.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quanto riportato nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

! Esclusioni relative alla Garanzia Principale in caso di non autosufficienza

E' esclusa dalla copertura della Garanzia Principale la perdita di autosufficienza causata, direttamente o indirettamente:

- da azioni dolose degli Assicurati;
- da guerra civile o straniera, da tumulti, da rissa, da atti di terrorismo nei quali gli Assicurati hanno avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- da fatti volontari o intenzionali degli Assicurati, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico, uso di sostanze psicotrope ed uso di sostanze alcoliche;
- da patologie derivanti da abuso cronico di alcool;
- da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- da sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia ad essa collegata;
- dallo svolgimento di una delle seguenti professioni da parte degli Assicurati: operatore di qualunque settore merceologico che, anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto delle forze armate se impiegato in missioni all'estero;
- dalla pratica delle seguenti attività sportive da parte degli Assicurati: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere;
- da viaggi in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio (per il clima o per situazioni politico-militari) e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo (non sono considerati a rischio viaggi effettuati dagli Assicurati per turismo e organizzati da primarie agenzie se il soggiorno è in villaggi turistici e viaggi effettuati per lavoro nelle aree più frequenti: Europa, America del Nord, Australia, Giappone, Cina continentale/Tibet escluso). L'indicazione è rilevabile in ogni caso sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- da patologie nervose o mentali non di causa organica (esempio depressioni, psicosi ecc).

Laddove lo stato di non autosufficienza sia stato determinato da una delle cause escluse sopra riportate, la rendita assicurata non verrà erogata e l'Assicurato riconosciuto non autosufficiente uscirà dalla copertura assicurativa. Il contratto,

tuttavia, potrà rimanere in vigore con riferimento all'altro Assicurato a condizione che lo stesso continui a versare il premio, seppur di importo ridotto del 40% rispetto al premio originario.

Le suddette esclusioni si applicano – con le stesse modalità – anche alla prestazione della Garanzia Complementare Facoltativa, laddove attivata.

Nel caso in cui anche il secondo Assicurato dovesse denunciare la non autosufficienza e la stessa fosse stata determinata da una delle cause escluse sopra riportate, il contratto si dovrà ritenere estinto con riferimento ad entrambi gli Assicurati senza che sia dovuta alcuna prestazione da parte della Società.

! Esclusioni relative alla Garanzia di Esonero Pagamento Premi

La Garanzia di Esonero Pagamento Premi a fronte del decesso di uno degli Assicurati avvenuto prima che sia stata denunciata e riconosciuta la non autosufficienza di uno dei due Assicurati non si attiva laddove il decesso dell'Assicurato sia stato causato da:

- dolo degli Assicurati;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di decorrenza del contratto o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;
- patologie derivanti da abuso d'alcool;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;

La Garanzia di Esonero Pagamento Premi non si attiva inoltre nel caso in cui il decesso di uno degli Assicurati si sia verificato a seguito dell'interruzione del pagamento dei premi anche qualora sia ancora all'interno del periodo di tempo concesso per la riattivazione del contratto.

Laddove il decesso sia stato determinato da una delle cause escluse sopra riportate la Garanzia di Esonero Pagamento Premi non sarà valida e perché la polizza possa continuare a dare copertura con riferimento all'altro Assicurato sarà necessario che quest'ultimo continui a pagare il premio, seppur di importo ridotto del 40% rispetto al premio originario.

Le suddette esclusioni si applicano – con le stesse modalità – anche alla prestazione della Garanzia Complementare Facoltativa, laddove attivata.

Nel caso in cui anche il secondo Assicurato dovesse decedere per una delle cause escluse sopra riportate, il contratto si dovrà ritenere estinto con riferimento ad entrambi gli Assicurati senza che sia dovuta alcuna prestazione da parte della Società.

! Periodi di carenza della Garanzia Principale in caso di non autosufficienza

L'efficacia della Garanzia Principale risulterà limitata per:

1. **36 mesi** dalla data di decorrenza del contratto, in caso di non autosufficienza causata da malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica (Ad esempio Alzheimer, Parkinson, demenza senile, sclerosi multipla);
2. **12 mesi** dalla data di decorrenza del contratto, in caso di non autosufficienza causata da malattie diverse da quelle di cui al punto 1.

Le suddette carenze non sono eliminabili e si applicano anche alla prestazione della Garanzia Complementare Facoltativa, laddove attivata.

I periodi di carenza di cui sopra, invece, non si applicano qualora lo stato di non autosufficienza sia conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto.

Laddove la non autosufficienza dell'Assicurato fosse denunciata durante uno dei periodi di carenza, la Società non erogherà la prestazione assicurata (rendita assicurata ed eventuale Capitale Una Tantum) e la copertura per tale soggetto non potrà più continuare. Il contratto, tuttavia, rimane in vigore per l'altro Assicurato a condizione che lo stesso prosegua a versare il premio, seppur di importo ridotto del 40% rispetto al premio originario.

Qualora anche il secondo Assicurato dovesse denunciare la non autosufficienza nel corso di uno dei periodi di carenza sopra illustrati, la Società erogherà la prestazione assicurata (rendita assicurata ed eventuale Capitale Una Tantum), ma verrà liquidato un importo pari alla somma dei premi versati al netto dei costi di emissione (diritti fissi e caricamenti).

! Periodi di carenza della Garanzia Esonero Pagamento Premi

L'efficacia della Garanzia di Esonero Pagamento Premi risulterà limitata per un periodo di **12 mesi** dalla data di decorrenza del contratto in caso di decesso da malattia (diversa da malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica come, ad esempio, Alzheimer, Parkinson, demenza senile e/o sclerosi multipla) di uno degli Assicurati avvenuto in tale arco temporale. **La carenza non è eliminabile.**

Laddove il decesso dell'Assicurato avvenuto prima del riconoscimento della non autosufficienza fosse accaduto nei primi 12 mesi dalla data di decorrenza, la Garanzia di Esonero Pagamenti Premi non si attiverà pertanto il contratto potrà rimanere in vigore con riferimento all'Assicurato sopravvissuto a condizione che quest'ultimo prosegua a versare il premio, seppur pari al premio annuo originario ridotto del 40%.

! Limitazioni della Garanzia Principale in caso di non autosufficienza

La prestazione di rendita verrà erogata, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza.

Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non autosufficienza ed il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia trascorso il periodo di cui sopra, la Società inizia a corrispondere la prima rata di rendita mensile assicurata costante unitamente a tutte le rate di rendita dovute fin dalla data di denuncia della non autosufficienza stessa ed alla somma dei premi versati nel periodo di accertamento dello stato di non autosufficienza.

Il periodo di limitazione si applica anche alla prestazione della Garanzia Complementare "Capitale Una Tantum", laddove attivata.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?


Cosa fare in caso di evento?	<p>Denuncia di sinistro: essendo previsto apposito modulo prestampato denominato "Modulo di richiesta per liquidazione sinistro", contenente l'elenco dei documenti da consegnare per l'erogazione delle prestazioni, si rimanda a tale Modulo contenuto nella sezione "Cosa fare per richiedere la liquidazione delle prestazioni" delle Condizioni contrattuali.</p> <p>In ogni caso gli aventi diritto hanno la facoltà di effettuare la denuncia scritta anche in forma libera. La richiesta, indipendentemente dalla forma scritta utilizzata (modulo o denuncia libera) deve essere consegnata all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il contratto assicurativo, ovvero inviata direttamente a Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G. B. Cassinis 21 – 20139 Milano (Italia), a mezzo lettera raccomandata A/R, e deve essere corredata da tutta la documentazione prevista dalle Condizioni contrattuali.</p> <p>Per la richiesta di attivazione delle prestazioni di assistenza prestate da Europ Assistance Italia S.p.A. e Village Care S.r.l., l'Assicurato potrà contattare le Strutture Organizzative delle Società ai riferimenti contenuti nelle rispettive Condizioni di Assicurazione del Pacchetto Assistenza, allegate alle Condizioni contrattuali del presente prodotto.</p> <p>Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita si estinguono dopo dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Qualora il Beneficiario ometta di richiedere gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.</p> <p>Liquidazione della prestazione: verificata l'esistenza dell'obbligo al pagamento, Helvetia Vita S.p.A. esegue i pagamenti in favore degli aventi diritto entro 30 giorni dalla comunicazione di riconoscimento dello stato di non autosufficienza (definito in funzione della richiesta pervenuta completa di tutta la documentazione prevista).</p> <p>I suddetti termini si applicano anche con riferimento alla Garanzia Complementare Facoltativa, laddove attivata.</p> <p>Trascorsi tali termini sono dovuti gli interessi di mora a favore degli aventi diritto.</p>
Dichiarazioni inesatte e reticenti	<p>Le dichiarazioni del Contraente e degli Assicurati devono essere esatte, veritiere e complete. L'inesatta indicazione dell'età degli Assicurati comporta, in ogni caso, la rettifica, in base all'età reale, delle prestazioni assicurate.</p> <p>Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze del Contraente o degli Assicurati relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio ovvero, in caso di assicurazione in nome o per conto di terzi, qualora il terzo sia a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la cessazione dell'assicurazione.</p>





Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Il pagamento dei premi viene effettuato – all'atto della conclusione del contratto e ad ogni ricorrenza annua della data di decorrenza finché gli Assicurati sono in vita e non subentra lo stato di non autosufficienza – presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ assegno non trasferibile intestato all'Intermediario;▪ bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario;▪ bollettino postale sul conto corrente dell'Intermediario;▪ carta di debito presso l'Intermediario;▪ carta di credito se accettata dall'Intermediario, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente applicabile; <p>fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente e sull'Intermediario rispettivamente per la parte di propria competenza determinata in ragione dello strumento di pagamento prescelto e dei relativi accordi con i prestatori del servizio.</p> <p>In alternativa al pagamento del premio con periodicità annuale, il Contraente può scegliere una frequenza di pagamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale, bimestrale o mensile senza che vengano applicati interessi di frazionamento.</p> <p>A richiesta del Contraente i premi successivi a quello di perfezionamento possono essere corrisposti anche tramite SEPA Direct Debit Core, attivabile mediante compilazione di apposita modulistica fornita dalla Società, fermo restando che – nel caso sia stata scelta una periodicità di pagamento mensile o bimestrale – il SEPA Direct Debit Core sarà attivo rispettivamente a partire dalla terza o dalla quarta ricorrenza mensile della data di decorrenza successiva alla data di ricevimento della richiesta presso la Società.</p> <p>A richiesta del Contraente il versamento dei premi può avvenire anche direttamente in Direzione esclusivamente tramite bonifico direttamente a favore di Helvetia Vita S.p.A. sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT26F030691271110000008137 e BIC BCITITMM (per i contratti</p>
---------------	---


	<p>distribuiti da Agenzie Helvetia Vita o da altri Intermediari) o sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT27H0200809292V00960000004 e BIC UNCRITMM (per i contratti distribuiti da Broker).</p> <p>Il premio della Garanzia Complementare Facoltativa, laddove attivata, viene corrisposto congiuntamente al premio della Garanzia Principale, con la medesima modalità e periodicità stabilita per quest'ultimo.</p> <p>Trascorsi cinque anni dalla data di decorrenza del contratto, la Società può modificare l'importo del premio relativo alla Garanzia Principale (unitamente al premio dell'abbinata Garanzia Complementare "Capitale Una Tantum", laddove attivata).</p> <p>Tale facoltà è ammessa qualora le analisi effettuate in conformità a dati oggettivamente verificabili, desunti da statistiche nazionali o internazionali o da rilevazioni condotte su portafogli assicurativi, dimostrino un effettivo incremento dei tassi di incidenza dei casi di non autosufficienza o dei tassi di sopravvivenza dei non autosufficienti tale da richiedere modifiche delle basi statistiche stesse adottate dalla Società in sede di definizione dei premi originari.</p> <p>I premi relativi sia alla Garanzia Principale sia alla Garanzia Complementare Facoltativa non sono più dovuti da parte del Contraente al verificarsi della non autosufficienza del primo Assicurato, in ordine temporale, al quale viene riconosciuta.</p> <p>È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate. Resta inteso che un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di premio.</p>
Rimborso	Il Contraente può chiedere il rimborso del premio in caso di esercizio del diritto di recesso , secondo le modalità riportate alla successiva sezione "Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?".
Sconti	La Società può prevedere specifici sconti, in tale caso informazioni dettagliate sulla loro misura e sulle relative modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita della Società.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Il contratto è a vita intera, pertanto, la sua durata coincide con la vita degli Assicurati.</p> <p>L'età di ciascuno dei due Assicurati, alla data di decorrenza del contratto, deve essere almeno pari a 20 anni assicurativi e comunque non superiore a 75 anni assicurativi.</p> <p>Il Contraente della polizza, che deve obbligatoriamente coincidere con uno dei due Assicurati, deve avere un'età compresa tra i 20 anni assicurativi ed i 75 anni assicurativi.</p>
Sospensione	Il contratto non prevede la possibilità di sospendere le coperture assicurative.

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Revoca	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quanto riportato nel DIP Vita.
Recesso	<p>Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto stesso, dandone comunicazione scritta alla Società con lettera raccomandata A/R, indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia).</p> <p>La Società, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso completa di tutta la documentazione richiesta, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto, pari ad Euro 24,00, con il limite del premio versato. La Società può inoltre trattenere la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.</p>
Risoluzione	<p>Il Contraente può risolvere il contratto interrompendo il pagamento dei premi relativo alla Garanzia Principale unitamente al premio della Garanzia Complementare Facoltativa, laddove attivata.</p> <p>Il mancato pagamento del premio o anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere versato, determina la risoluzione del contratto qualora non siano state versate almeno 8 annualità intere di premio. In tal caso i premi versati restano definitivamente acquisiti dalla Società.</p>

 Sono previsti riscatti o riduzioni? X SI <input type="checkbox"/> NO	
Valori di riscatto e riduzione	<p>La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto dall'assicurazione.</p> <p>Riduzione</p> <p>Nel caso in cui il Contraente sospenda il pagamento dei premi, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, si verificano effetti diversi in funzione del numero di annualità di premio pagate alla data di sospensione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ qualora siano state interamente pagate almeno 8 annualità intere di premio, il contratto rimane in vigore, libero dal versamento di ulteriori premi, per una rendita assicurata "ridotta". Con riferimento alla Garanzia Principale, in caso di interruzione del pagamento dei premi: <ul style="list-style-type: none"> – prima che almeno uno dei due Assicurati abbia raggiunto i 95 anni assicurativi, l'ammontare della rendita ridotta sarà pari al 95% della rendita mensile inizialmente

	<p>assicurata moltiplicata per il rapporto tra il numero di rate di premio pagate fino all'interruzione del versamento ed il numero di rate di premio dovute calcolate come differenza tra 95 anni e la media semplice delle età alla data di decorrenza dei due Assicurati;</p> <ul style="list-style-type: none"> - dopo che almeno uno dei due Assicurati abbia raggiunto i 95 anni assicurativi, l'ammontare della rendita ridotta sarà pari al 92,50% della rendita mensile inizialmente assicurata. <p>Se è stata attivata anche la Garanzia Complementare Facoltativa, il relativo capitale assicurato sarà pari a 5 volte la rendita mensile ridotta calcolata come sopra riportato. In tal caso, inoltre, il Pacchetto Assistenza non sarà più disponibile con riferimento alle coperture proposte da Europ Assistance Italia S.p.A. mentre rimarranno in vigore quelle prestate da Village Care S.r.l.;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nel caso non siano state interamente pagate almeno 8 annualità intere di premio e siano ormai trascorsi i termini di riattivazione, il contratto si risolve ed i premi versati restano acquisiti dalla Società. Non sarà neanche più disponibile il Pacchetto Assistenza. <p>Riattivazione A seguito dell'interruzione del pagamento del premio relativo alla Garanzia Principale ed all'eventuale Garanzia Complementare Facoltativa, il Contraente può riattivare il contratto. In particolare, entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio rimasta insoluta il Contraente può riattivare il contratto previa sottoscrizione della dichiarazione di Invariato Stato di Salute di entrambi gli Assicurati e pagamento in un'unica soluzione di tutte le rate di premio arretrate – comprese quelle relative alla Garanzia Complementare Facoltativa, laddove attivata – aumentate degli interessi legali.</p> <p>Trascorsi 6 mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, e per altri 6 mesi, la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda presentata per iscritto dal Contraente alla Società, e previa accettazione, a proprio insindacabile giudizio di quest'ultima, che può richiedere agli Assicurati di sottoporsi a visita medica e/o a nuovi accertamenti sanitari, indipendentemente dalla somma della rendita assicurata e dall'età.</p> <p>La Società informerà per iscritto il Contraente circa l'esito della valutazione della riattivazione e indicherà la somma dei premi da versare in unica soluzione – compresi quelli relativi alla Garanzia Complementare Facoltativa, laddove attivata – comprensivi degli interessi legali.</p> <p>Il Contraente dovrà pertanto sottoscrivere l'Appendice di riattivazione e provvedere al pagamento dell'importo comunicato.</p> <p>La riattivazione del contratto ripristina – con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'ammontare dovuto – la rendita assicurata al valore che si sarebbe ottenuto qualora non si fosse verificata l'interruzione del versamento dei premi. Con tale operazione verrà riattivato anche il Pacchetto Assistenza nella sua interezza.</p> <p>Trascorsi dodici mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il contratto non può più essere riattivato.</p> <p>In assenza di riattivazione si verificano effetti diversi in funzione del numero di annualità di premio pagate alla data di sospensione.</p>
<p>Richiesta di informazioni</p>	<p>Il Contraente può richiedere informazioni relative al proprio valore di riduzione a: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano Numero di fax +39 02.53.51.352 E-mail: operation@helvetia.it che si impegna a fornirle entro venti giorni dal ricevimento della richiesta. Le richieste di informazioni devono pervenire per iscritto alla Società.</p>

	<p>A chi è rivolto questo prodotto?</p>
<p>Il prodotto – rivolto ad una clientela retail (persone fisiche) – prevede la figura di due Assicurati e un Contraente che deve coincidere con uno degli Assicurati, tutti residenti in Italia.</p> <p>Il prodotto è destinato a due soggetti facenti parte dello stesso "nucleo familiare" (coniugi, conviventi more uxorio, coppia di fatto convivente, fratelli e/o sorelle conviventi) – entrambi di età compresa tra i 20 ed i 75 anni e con una differenza di età non superiore a 15 anni – che desiderino proteggersi dal rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, mediante una copertura a vita intera che preveda, a fronte del pagamento di un premio annuo costante a vita intera, la corresponsione di una rendita vitalizia posticipata costante, erogabile mensilmente solamente al primo dei due soggetti per il quale viene certificata la non autosufficienza.</p> <p>Il cliente al contempo è interessato a mantenere la copertura attiva senza dover proseguire con il pagamento premio in caso di decesso di uno dei due Assicurati avvenuto prima del riconoscimento della non autosufficienza.</p> <p>La clientela è disposta a sopportare la presenza di esclusioni, carenze e/o limitazioni di polizza.</p> <p>Il prodotto non è adatto a clientela Corporate (persone giuridiche). Inoltre, non è destinato a clienti retail che:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ desiderino una copertura solo per la propria persona e/o ▪ intendano riscattare il capitale versato nel corso della durata contrattuale e/o ▪ abbiano superato i limiti di età alla data di decorrenza e/o 	

- siano già non autosufficienti al momento della stipula del contratto o abbiano fatto richiesta di riconoscimento di tale stato e/o
- siano già beneficiari di una rendita di invalidità o inabilità al lavoro (sia privata che pubblica) o siano invalidi civili con una percentuale di invalidità superiore al 50% e/o
- desiderino ottenere una rendita per ciascuno degli Assicurati per i quali venga comprovato lo stato di non autosufficienza.



Quali costi devo sostenere?

Tabella dei costi gravanti sul premio

Spese di emissione (diritti fissi)	24,00 Euro
Caricamento in % del premio (fisso e indipendente dall'età e dal sesso degli Assicurati, dall'importo e relativo frazionamento)	22,50%
Interessi di frazionamento	Non previsti

Non sono previsti accertamenti sanitari predefiniti, ma solo visita medica da eseguire presso il proprio medico curante.

In ogni caso le spese per la visita medica ed eventuali accertamenti sanitari richiedibili dalla Società sono a carico degli Assicurati e non sono quantificabili a priori in quanto dipendenti dalla tipologia e dalla struttura medica presso la quale sono eseguiti.

Tabella sui costi per riscatto

Il contratto non prevede riscatti, pertanto non sono previsti neanche i relativi costi.

Tabella sui costi per l'erogazione della rendita

Il costo di erogazione della rendita è pari all' **1,50% su base annua**, indipendentemente dalla rateazione prescelta.

Costi per l'esercizio delle opzioni

Il contratto non prevede la possibilità di esercitare opzioni, pertanto non sono previsti neanche i relativi costi.

Costi di intermediazione

La quota parte retrocessa agli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 47,74%.

Costi dei PPI

Non previsti in quanto la presente tipologia contrattuale non rientra nella categoria PPI.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, anche qualora riguardino soggetti coinvolti nel ciclo operativo della Società (compresi gli Intermediari iscritti alla Sezione A del RUI che hanno rapporti di collaborazione con la Società e relativi dipendenti e collaboratori), devono essere presentati per iscritto presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti: Helvetia Vita S.p.A. – Ufficio Reclami – Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano – Email: reclami@helvetia.it . La Società invia la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
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 secondo le informazioni indicate su www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita (facoltativa)	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie (facoltativa)	Collegio Arbitrale In caso di controversie di natura medica sulla liquidabilità della prestazione, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. 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 metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti

	<p>anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.</p> <p>Il ricorso al Collegio Arbitrale non pregiudica, in ogni caso, la possibilità per il Contraente di adire le vie legali.</p> <p>Procedura FIN-NET: per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/fin-net_en, chiedendo l'attivazione della Procedura.</p> <p>Tramite il sito internet della Società (www.helvetia.it – Reclami) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione della suddetta procedura.</p>
--	---

REGIME FISCALE

<p>Trattamento fiscale applicabile al contratto</p>	<p>Regime fiscale sui premi I premi delle assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.</p> <p>Detraibilità fiscale dei premi Sui premi pagati per le assicurazioni sulla vita di “puro rischio”, intendendosi per tali le garanzie aventi ad oggetto esclusivo i rischi di decesso, di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5,00%), di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana e di malattia grave, viene annualmente riconosciuta al Contraente una detrazione d'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge. Le suddette parti di premio vengono riportate in Polizza. Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato non coincidente con il Contraente risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.</p> <p>Tassazione delle prestazioni assicurate Le somme dovute dalla Società in dipendenza del contratto sono esenti da imposizione fiscale.</p>
--	---

L'IMPRESA HA L'OBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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 Double Care Tariffa 1417










Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, di rendita vitalizia costante per il caso di non autosufficienza, a premio annuo costante e con Garanzia Complementare Facoltativa, su due teste assicurate

Condizioni contrattuali Mod. C-SI-2T-0 - Ed. 02/2024

Le Condizioni contrattuali sono redatte secondo quanto previsto dalle Linee Guida dei Contratti Semplici e Chiari del Tavolo Tecnico dell'Associazione Nazionale Italiana Assicuratori - ANIA

Indice

Condizioni contrattuali	5
Modalità assuntive	5
 Art. 1 – Modalità assuntive e sfera di applicazione delle Garanzie	5
Garanzia Principale in caso di non autosufficienza	6
 Art. 2 – Prestazione assicurata, Garanzia Esonero Pagamento Premi e Pacchetto Assistenza	6
 Art. 3 – Definizione dello stato di non autosufficienza	7
 Art. 4 – Premio e costi	7
 Art. 5 – Conclusione, decorrenza e durata del contratto	8
 Art. 6 – Recesso	8
 Art. 7 – Dichiarazioni del Contraente e degli Assicurati	9
 Art. 8 – Sospensione del pagamento dei premi: riduzione e risoluzione	10
 Art. 9 – Ripresa del pagamento del premio: riattivazione	10
 Art. 10 – Modifica del premio a seguito di scostamenti delle basi statistiche o deviazioni nell'andamento del portafoglio	11
 Art. 11 – Denuncia della non autosufficienza e obblighi conseguenti	11
 Art. 12 – Accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato	12
 Art. 13 – Modifica dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato	13
 Art. 14 – Cessione, pegno e vincolo	13
 Art. 15 - Beneficiari	13
 Art. 16 – Duplicato della Polizza	13
 Art. 17 – Valuta e legge applicabile al contratto	13
 Art. 18 – Tasse e imposte	13
 Art. 19 – Collegio Arbitrale	13
 Art. 20 – Foro competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	14
 Art. 21 – Non pignorabilità e non sequestrabilità delle prestazioni assicurate	14
 Art. 22 – Informativa	14
Esclusioni, carenze, limitazioni e non assicurabilità della Garanzia Principale in caso di non autosufficienza e della Garanzia Esonero Pagamento Premi	14
 Art. 23 – Soggetti non assicurabili	14
 Art. 24 – Esclusioni	14
 Art. 25 – Clausola di carenza	15
 Art. 26 – Limitazioni della copertura	15
 Art. 27 – Esclusioni	16
 Art. 28 – Clausola di carenza	16
Garanzia Complementare Facoltativa "Capitale Una Tantum"	17

	Art. 29 – Prestazioni assicurate.....	17
	Art. 30 – Premio e costi.....	17
	Art. 31 – Rinvio.....	17
Esclusioni, carenze, limitazioni e non assicurabilità della Garanzia Complementare Facoltativa "Capitale Una Tantum".....		18
	Art. 32 – Soggetti non assicurabili.....	18
	Art. 33 – Esclusioni.....	18
	Art. 34 – Clausola di carenza.....	19
	Art. 35 – Limitazioni della copertura.....	19
Cosa fare per richiedere la liquidazione delle prestazioni.....		20
	Art. 36 – Pagamento della Società in caso di non autosufficienza dell'Assicurato (valido sia per la Garanzia Principale che per la Garanzia Complementare Facoltativa).....	20
	Art. 37 – Denuncia del decesso dell'Assicurato avvenuto prima della non autosufficienza (valido per la Garanzia Esonero Pagamento Premi).....	21
Modulo di richiesta per liquidazione delle prestazioni in caso di non autosufficienza.....		22
Glossario.....		24
Allegato 1: Condizioni di assicurazione "Pacchetto Assistenza" prestato da Europ Assistance Italia S.p.A.		
Allegato 2: Condizioni di assicurazione "Pacchetto Assistenza" prestato da Village Care S.r.l.		

AVVERTENZA: all'interno delle Condizioni contrattuali sono presenti alcuni riquadri che si differenziano per colore e stile del bordo; gli stessi sono stati inseriti per facilitare la comprensione del testo e del funzionamento del prodotto (a norma di quanto previsto dalle Linee Guida per contratti semplici e chiari del Tavolo Tecnico dell'Associazione Nazionale Italiana Assicuratori – ANIA). Di seguito se ne riportano le logiche di utilizzo:

Questi riquadri contengono la spiegazione dei principali termini tecnici specifici del contratto.

Questi riquadri contengono i riferimenti alle norme di Legge.

Questi riquadri contengono degli esempi numerici.

Inoltre, le clausole contrattuali che prevedono oneri e obblighi di comportamento a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni delle garanzie, sono riportate in corrispondenza di un punto esclamativo rosso e/o in grassetto e sono da leggere con particolare attenzione.

Condizioni contrattuali

Le presenti Condizioni contrattuali sono aggiornate al 19 Febbraio 2024, data dell'ultima revisione dei dati in esse inclusi.

Il presente contratto è disciplinato dalle:

- CONDIZIONI CONTRATTUALI di seguito riportate;
- NORME DI LEGGE, per quanto non espressamente disciplinato.

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.

Modalità assuntive



Art. 1 – Modalità assuntive e sfera di applicazione delle Garanzie

Helvetia Double Care è un'assicurazione sulla vita che prevede, a fronte del pagamento di un premio annuo costante a vita intera (ciò significa che il premio annuo previsto non cambia nel corso della durata dell'assicurazione ed è dovuto fino a che gli Assicurati sono in vita e sono autosufficienti), una copertura in caso di perdita dell'autosufficienza nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana (Garanzia Principale) del primo dei due Assicurati, in ordine temporale, al quale viene riconosciuta la non autosufficienza.

Il contratto prevede modalità assuntive differenti sulla base di quanto riportato di seguito:

Età assicurativa degli Assicurati	Importo rendita assicurata mensile	
	Da 1.000 a 2.000 Euro	Da 2.000,01 a 5.000 Euro
20 - 65	Questionario Stile di Vita Questionario Sanitario Breve	Questionario Stile di Vita Visita medica (mediante utilizzo del modulo Rapporto di Visita Medica fornito dalla Società)
66 - 75	Questionario Stile di Vita Visita medica (mediante utilizzo del modulo Rapporto di Visita Medica fornito dalla Società) Mini Mental State Examination (mediante utilizzo di apposito modulo fornito dalla Società)	

- ! Le modalità assuntive sopra riportate sono applicate ad entrambi gli Assicurati e perché la polizza possa essere emessa tutti e due i soggetti devono risultare assicurabili.
- ! Per gli Assicurati di età compresa tra 20 e 65 anni che scelgono una rendita assicurata mensile compresa tra 1.000 a 2.000 Euro, in base agli esiti della compilazione dei Questionari (sanitario e stile di vita), la Società può richiedere comunque di sottoporsi a visita medica (con conseguente compilazione del Rapporto di Visita Medica) e ad eventuali accertamenti sanitari ritenuti necessari per una completa valutazione del rischio.
- ! In ogni caso, qualora dalla compilazione dei Questionari (sanitario e stile di vita) si rilevino patologie di rilievo (ad eccezione delle patologie oncologiche da cui l'Assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di compilazione dei Questionari. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni), la Società può assumere il rischio con l'applicazione di Sovrappremi o escludere specifici rischi, nonché rifiutare il rischio.

Al momento della sottoscrizione del contratto, il Contraente può selezionare, in abbinamento alla Garanzia Principale in caso di non autosufficienza, la Garanzia Complementare Facoltativa "**Capitale Una Tantum**", pagando apposito premio. Per maggiori dettagli in merito alla Garanzia Complementare Facoltativa si rinvia alle relative Condizioni contrattuali di seguito riportate (in particolare si vedano le sezioni: Garanzia Complementare Facoltativa Capitale Una Tantum ed Esclusioni, carenze, limitazioni e non assicurabilità della Garanzia Complementare Facoltativa Capitale Una Tantum).

Sfera di applicazione delle Garanzie

Il **Contraente** dovrà essere una persona fisica, residente nello Stato italiano, di età assicurativa compresa tra 20 e 75 anni e deve coincidere con uno dei due Assicurati.

Helvetia Double Care prevede la presenza di **due Assicurati** che devono rispettare tutte le seguenti caratteristiche:

1. uno dei due deve essere anche il Contraente;
2. entrambi devono avere residenza nello Stato italiano;
3. entrambi devono avere un'età assicurativa compresa tra 20 e 75 anni;
4. devono avere una differenza di età non superiore a 15 anni;
5. devono appartenere allo stesso "nucleo familiare" (inteso come coniugi, conviventi more uxorio, coppia di fatto convivente, fratelli e/o sorelle conviventi). La convivenza rileva al momento della decorrenza della polizza.

L'età assicurativa viene determinata come di seguito indicato: se dall'ultimo compleanno sono trascorsi meno di sei mesi o sei mesi esatti, l'età considerata è quella compiuta; se invece sono trascorsi più di sei mesi, l'età considerata è quella prossima da compiere.

Esempi di calcolo dell'età assicurativa:

Se alla data di decorrenza della Polizza l'Assicurato ha un'età compiuta pari a 35 anni e sono trascorsi 5 mesi dalla data del suo ultimo compleanno, la sua età assicurativa a tale data è pari a 35 anni (= età compiuta).

Se alla data di decorrenza della Polizza l'Assicurato ha un'età compiuta pari a 35 anni e sono trascorsi 7 mesi dalla data del suo ultimo compleanno, la sua età assicurativa a tale data è pari a 36 anni (= età prossima da compiere).

Garanzia Principale in caso di non autosufficienza



Art. 2 – Prestazione assicurata, Garanzia Esonero Pagamento Premi e Pacchetto Assistenza

Prestazione assicurata della Garanzia Principale

In base al presente contratto, nel caso in cui l'Assicurato sia riconosciuto non autosufficiente nel compimento di almeno 4 dei 6 atti elementari della vita quotidiana, quali definitivi al successivo Art. 3 "Definizione dello stato di non autosufficienza" e salvo i casi di **esclusione** ed i periodi di **carezza** indicati ai successivi Art. 24 "Esclusioni" e 25 "Clausola di carezza", la Società corrisponde all'Assicurato stesso una prestazione sotto forma di rendita mensile posticipata costante.

La rendita verrà corrisposta, trascorso il periodo previsto **dalle limitazioni della copertura** di cui al successivo Art. 26 "Limitazioni della copertura", al primo dei due Assicurati, in ordine temporale, che viene riconosciuto non autosufficiente.

La rendita verrà erogata fino a che l'Assicurato è in vita, permane nello stato di non autosufficienza e a condizione che siano stati regolarmente pagati i premi.

L'importo della rendita assicurata mensile costante viene scelta dal Contraente all'atto della sottoscrizione del contratto ed è indicata in Polizza.

A tale proposito si segnala che il contratto prevede la possibilità di scegliere tra un minimo di 1.000 Euro ed un massimo di 5.000 Euro di rendita mensile da assicurare.

- ! Una volta scelto l'importo della rendita assicurata non sarà più possibile modificarlo.**
- ! La scelta dell'importo della rendita assicurata sarà valida con riferimento ad entrambi gli Assicurati, non sarà pertanto possibile selezionare importi diversi per ciascun Assicurato.**
- ! La Garanzia Principale riconosce il pagamento della rendita esclusivamente al primo dei due Assicurati, in ordine temporale, al quale viene riconosciuta la non autosufficienza.**

Laddove la denuncia di non autosufficienza arrivi simultaneamente per entrambi gli Assicurati, la rendita verrà erogata al 100% esclusivamente ad uno dei due Assicurati. L'Assicurato da liquidare sarà il primo per il quale la Società avrà accettato e riconosciuto la non autosufficienza.

Il contratto **non prevede** la possibilità di esercitare il **riscatto** né durante il periodo nel quale vengono versati i premi né in corso di erogazione della rendita.

Garanzia Esonero Pagamento Premi

In caso di decesso di uno dei due Assicurati avvenuto prima che sia stata denunciata e riconosciuta la non autosufficienza si attiverà – in via automatica e senza alcun costo – la Garanzia Esonero Pagamento Premi.

A fronte di tale Garanzia il contratto rimarrà valido per la testa Assicurata sopravvissuta e verrà interrotto il pagamento del premio annuo, salvo i casi di **esclusioni** e i casi di **carezza** indicati ai successivi Art. 27 "Esclusioni" e 28 "Clausola di carezza".

L'esonero dal pagamento del premio sarà riferito sia al premio della Garanzia Principale che a quello della Garanzia Complementare Facoltativa Capitale Una Tantum, laddove attivata.

Al verificarsi del decesso di uno degli Assicurati, l'altro Assicurato dovrà far pervenire (anche per il tramite dell'Intermediario) alla Società tutti i documenti necessari ad accertare le cause del decesso e riportati al successivo Art. 37 "Denuncia di decesso dell'Assicurato avvenuto prima della non autosufficienza".

- ! Se il decesso dell'Assicurato avviene dopo che è stata denunciata e riconosciuta la non autosufficienza ed è in corso l'erogazione della rendita, il contratto si estingue con riferimento ad entrambi gli Assicurati e nulla è più dovuto da parte della Società.**
- ! Laddove decidano contestualmente entrambi gli Assicurati il contratto si estingue senza che la Società debba effettuare alcun pagamento.**

Pacchetto Assistenza

Unitamente alla Garanzia Principale viene automaticamente attivato, senza costi aggiuntivi, un **Pacchetto Assistenza** che prevede una serie di servizi prestati da Europ Assistance Italia S.p.A. e Village Care S.r.l., Società con le quali Helvetia Vita S.p.A. ha stipulato appositi accordi.

I servizi compresi nel Pacchetto Assistenza sono efficaci con riferimento:

1. ad entrambi gli Assicurati;
2. ai nuclei familiari di entrambi gli Assicurati (come risultanti da stato di famiglia);
3. ad un Familiare Anziano per ognuno degli Assicurati (intendendosi per tale la madre, il padre il nuovo marito della madre, la nuova moglie del padre, lo zio, la zia, il coniuge, il convivente more uxorio, il partner dell'unione civile) di età superiore a 65 anni;

in base al tipo di servizio selezionato.

Inoltre, il Pacchetto opera – con servizi differenziati – sia nel periodo di pagamento del premio sia successivamente alla denuncia della non autosufficienza.

Per maggiori dettagli sui servizi e per reperire i riferimenti da contattare per ricevere le prestazioni si rimanda alle rispettive Condizioni di assicurazione del Pacchetto Assistenza, allegate alle presenti Condizioni contrattuali (Allegato 1 e Allegato 2).

- ! Tutte le prestazioni assicurate sopra riportate possono essere richieste qualora il contratto sia in vigore ed il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi.**

- ! **Se entrambi gli Assicurati decedono senza che sia intervenuto lo stato di non autosufficienza, il contratto si estingue, la Società non riconosce alcuna prestazione ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società stessa.**
- ! **Se l'Assicurato decede dopo che sia intervenuto lo stato di non autosufficienza, il pagamento della rendita si interrompe e non è più dovuta alcuna prestazione da parte della Società.**



Art. 3 – Definizione dello stato di non autosufficienza

Si definisce non autosufficiente l'Assicurato il cui stato di salute comporti l'impossibilità di compiere in autonomia, in modo permanente e presumibilmente irreversibile almeno **4 dei 6 atti elementari della vita quotidiana** (ADL: Activity of Daily Living) tra quelli di seguito elencati:

1. **Lavarsi:** la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
2. **Vestirsi e Svestirsi:** la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
3. **Andare al bagno ed usarlo:** la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio, lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc...);
4. **Spostarsi:** la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona;
5. **Continenza:** la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
6. **Alimentarsi:** la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

L'accertamento dello stato di non autosufficienza spetta alla Società che lo effettua sulla base di quanto riportato ai successivi Artt. 11 "Denuncia della non autosufficienza e obblighi conseguenti" e 12 "Accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato".



Art. 4 – Premio e costi

Premio

Il contratto prevede la corresponsione di un premio annuo, costante e versato fino a che gli Assicurati sono in vita e fino a che non è stata riconosciuta dalla Società la non autosufficienza ed il cui ammontare è indicato nella Polizza.

L'importo del premio annuo viene determinato alla conclusione del contratto, in relazione all'età assicurativa degli Assicurati, al loro stato di salute ed alle attività professionali e/o sportive da loro svolte anche saltuariamente, all'importo della rendita assicurata ed all'eventuale abbinamento alla Garanzia Principale della Garanzia Complementare Facoltativa.

L'importo del premio relativo alla Garanzia Complementare Facoltativa Capitale Una Tantum è calcolato con le stesse modalità sopra riportate e riferite alla Garanzia Principale e va pagato congiuntamente al premio della Garanzia Principale.

Il pagamento dei premi viene effettuato all'atto della conclusione del contratto e ad ogni ricorrenza annua della data di decorrenza, finché gli Assicurati sono in vita e non subentra lo stato di non autosufficienza (inteso come riconoscimento dello stato di non autosufficienza). Il premio della Garanzia Complementare Facoltativa Capitale Una Tantum va pagato congiuntamente a quello della Garanzia Principale.

In alternativa al pagamento del premio con periodicità annuale, il Contraente può scegliere una frequenza di pagamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale, bimestrale o mensile. In tal caso, il premio non è gravato da interessi di frazionamento.

In ogni caso, a prescindere dal frazionamento prescelto, il premio relativo alla prima annualità intera è sempre dovuto.

Il Contraente può modificare, mediante richiesta scritta inviata alla Società ed effettuata **con un preavviso di almeno 3 mesi rispetto alla ricorrenza annua**, il frazionamento di premio scelto con effetto dall'anniversario della data di decorrenza immediatamente successivo alla richiesta. La modifica del frazionamento verrà applicata anche al premio dell'eventuale Garanzia Complementare Facoltativa attivata.

Non sono previsti importi minimi di premio.

- ! **Resta inteso che la Società può applicare eventuali sovrappremi in ragione di una modifica intervenuta in corso di contratto con riferimento alle attività lavorative e/o sportive praticate anche saltuariamente dagli Assicurati (per maggiori dettagli si rinvia al successivo Art. 24 "Esclusioni").**

Il pagamento dei premi avviene presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite:

- assegno non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario;
- bollettino postale sul conto corrente dell'Intermediario;
- carta di debito presso l'Intermediario;
- carta di credito se accettata dall'Intermediario, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente applicabile;

fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente e sull'Intermediario rispettivamente per la parte di propria competenza determinata in ragione dello strumento di pagamento prescelto e dei relativi accordi con i prestatori del servizio.

A richiesta del Contraente, i premi successivi a quello di perfezionamento del contratto possono essere corrisposti anche tramite SEPA Direct Debit Core, attivabile mediante compilazione di apposita modulistica fornita dalla Società, fermo restando

che - nel caso sia stata scelta una periodicità di pagamento mensile o bimestrale - il SEPA Direct Debit Core sarà attivo rispettivamente a partire dalla terza o dalla quarta ricorrenza mensile della data di decorrenza successiva alla data di ricevimento della richiesta presso la Società.

A richiesta del Contraente il versamento dei premi può avvenire anche direttamente in Direzione esclusivamente tramite bonifico direttamente a favore di Helvetia Vita S.p.A. sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT26F0306912711100000008137 e BIC BCITITMM (per i contratti distribuiti da Agenzie Helvetia Vita o da altri Intermediari) o sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT27H0200809292V00960000004 e BIC UNCRITMM (per i contratti distribuiti da Broker).

- ! **È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.**
- ! **Resta inteso che un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di premio. A tale proposito si segnala che il mancato pagamento dei premi relativi alle prime 8 annualità intere comporta la risoluzione del contratto e la perdita dei premi pagati, che restano acquisiti dalla Società.**
- ! **Nel caso in cui venga accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato non è più dovuto alcun premio da parte del Contraente.**

Costi

Costi gravanti sul premio

Spese di emissione (diritto fisso)	24,00 Euro
Caricamento in % del premio (fisso e indipendente dall'età e dal sesso degli Assicurati, dall'importo e relativo frazionamento)	22,50%
Interessi di frazionamento	Non previsti

Non sono previsti accertamenti sanitari predefiniti, ma solo visita medica da eseguire presso il proprio medico curante. In ogni caso le spese per la visita medica ed eventuali accertamenti sanitari richiedibili dalla Società sono a carico degli Assicurati e non sono quantificabili a priori in quanto dipendenti dalla tipologia e dalla struttura medica presso la quale sono eseguiti.

Costi per l'erogazione della rendita

Il costo di erogazione della rendita è pari al 1,50% su base annua, indipendentemente dalla rateazione prescelta.



Art. 5 – Conclusione, decorrenza e durata del contratto

Conclusione

Cosa si intende per conclusione?

È il momento a partire dal quale inizia ad esistere il contratto assicurativo.

Il contratto si intende concluso nel momento in cui vengono apposte sulla Polizza le firme della Società, degli Assicurati nonché del Contraente e quest'ultimo provvede contestualmente al pagamento della prima rata di premio; in tal modo la Polizza si intende perfezionata.

Decorrenza

Cosa si intende per decorrenza?

È il momento a partire dal quale si attivano le coperture assicurative e le relative prestazioni.

A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto, la prestazione assicurata di cui all'Art. 2 "Prestazione assicurata, Garanzia Esonero Pagamento Premi e Pacchetto Assistenza" è operante dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza.

Durata

Il contratto è a vita intera, pertanto, la sua durata coincide con la vita degli Assicurati.

Il contratto si estingue nei seguenti casi:

1. esercizio del diritto di recesso;
2. decesso dell'Assicurato per il quale è in erogazione la rendita assicurata;
3. decesso di entrambi gli Assicurati;
4. mancato pagamento di almeno 8 annualità di premio intere.

Il contratto estinto non può più essere riattivato, fatto salvo quanto previsto, con riferimento al punto 4, al successivo Art. 9 – "Ripresa del pagamento del premio: riattivazione" e nulla è dovuto dalla Società.



Art. 6 – Recesso

Cos'è il recesso?

Il recesso è la facoltà di concludere il contratto anticipatamente rispetto alla data naturale di scadenza, senza incorrere in penali.

Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto stesso, dandone comunicazione scritta alla Società con lettera raccomandata A.R. indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia). La Società, entro 30 giorni dalla data di

ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto e pari ad **Euro 24,00**, con il limite del premio versato.

La comunicazione di recesso deve essere corredata dai seguenti documenti:

- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato diverso dal Contraente, oppure autocertificazione di esistenza in vita;
- coordinate bancarie del Contraente per le operazioni di accredito (Banca, codice IBAN del Contraente). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dal Contraente stesso.

Il diritto di recesso libera il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.

! La Società può inoltre trattenere la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.



Art. 7 – Dichiarazioni del Contraente e degli Assicurati

- ! Le dichiarazioni del Contraente e degli Assicurati devono essere veritiere, esatte e complete, diversamente la Società potrebbe sottovalutare il rischio che avrebbe accettato a condizioni di premio superiori o che avrebbe rifiutato.
- ! In caso di dichiarazioni inesatte o incomplete, la Società può valutare se la verità sia stata alterata o taciuta per malafede, colpa grave o negligenza, applicando le conseguenti disposizioni di Legge (Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile).

Riferimenti a norme di Legge

Articolo 1892 del Codice Civile "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave": disciplina che la Società può annullare il contratto per dichiarazioni inesatte e reticenze del Contraente relative a circostanze tali che non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, quando il Contraente stesso ha agito con dolo o con colpa grave. L'annullo del contratto può essere richiesto dalla Società entro 3 mesi dal giorno in cui la stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. In tale caso, la Società ha diritto ai premi relativi al periodo in corso al momento in cui ha richiesto l'annullamento e, in ogni caso, al premio versato per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine previsto per l'annullo del contratto, la Società non è tenuta a pagare la somma assicurata.

Articolo 1893 del Codice Civile "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave": disciplina che la Società non può annullare il contratto per dichiarazioni inesatte e reticenze del Contraente, quando quest'ultimo ha agito senza dolo o colpa grave. La Società può comunque recedere dal contratto nei termini previsti, indicati al precedente Articolo 1892. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società o prima che la stessa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio pagato e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Articolo 1894 del Codice Civile "Assicurazione in nome o per conto di terzi": disciplina che in tali tipologie di assicurazioni, se i terzi hanno conoscenza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, sono applicabili le disposizioni dei precedenti Articoli 1892 e 1893.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito www.gazzettaufficiale.it/anteprema/codici/codiceCivile.

- ! In ogni caso, l'inesatta indicazione dell'età degli Assicurati comporta la rettifica della prestazione assicurata in base all'età reale.
- ! Laddove, nel corso della durata contrattuale, il Contraente trasferisca la propria residenza in un altro Stato membro dell'Unione Europea, il Contraente stesso è tenuto a darne comunicazione alla Società tempestivamente e comunque entro il termine di 30 giorni dall'avvenuto trasferimento. Quanto sopra al fine di consentire alla Società di effettuare gli adempimenti relativi all'applicazione delle imposte indirette e degli oneri parafiscali gravanti sui premi eventualmente previsti in altri stati dell'Unione Europea.
- ! Resta inteso che, nel caso in cui il Contraente non effettui la suddetta comunicazione nei termini sopra riportati, sarà tenuto a rimborsare alla Società quanto la stessa sia stata eventualmente chiamata a pagare in conseguenza della mancata comunicazione (ad esempio rimborsi dovuti per effetto di contestazioni mosse dall'Amministrazione finanziaria dello Stato membro di nuova residenza).
- ! In ogni caso, il Contraente è tenuto ad avvisare tempestivamente la Società in relazione ad ogni eventuale cambio della propria residenza.
- ! Il Contraente è tenuto ad avvisare tempestivamente la Società, laddove nel corso della durata contrattuale si verificino modifiche alle circostanze che ne determinano la classificazione ai fini FATCA (cittadino statunitense o fiscalmente residente negli Stati Uniti) e/o CRS (cittadino avente ulteriore residenza fiscale in uno stato diverso da Italia e/o Stati Uniti).

Le comunicazioni di cui sopra devono essere consegnate in forma scritta all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il contratto o inviate direttamente alla Società al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano, a mezzo lettera raccomandata A/R.



Art. 8 – Sospensione del pagamento dei premi: riduzione e risoluzione

Cosa si intende per riduzione del contratto?

Se il Contraente decide di sospendere il versamento dei premi dopo averne versato interamente almeno 8 annualità, mantenendo comunque in essere il contratto, la prestazione assicurata sarà riconosciuta a condizioni diverse da quelle originariamente previste dal contratto stesso.

In particolare, la prestazione si riduce sulla base di quanto di seguito descritto.

Cosa si intende per risoluzione del contratto?

È il diritto di una delle parti a far cessare il contratto in caso di mancato rispetto, da parte dell'altro soggetto, degli obblighi contrattuali a suo carico (nel caso specifico la Società scioglie il contratto a fronte del mancato pagamento del premio nei termini previsti per la riattivazione).

Nel caso in cui il Contraente sospenda il pagamento dei premi, **trascorsi 30 giorni** dalla data di scadenza della prima rata di premio arretrata, si verificano sul contratto conseguenze diverse in funzione del numero di annualità di premio interamente pagate alla data di sospensione, come di seguito riportato:

- **nel caso non siano state interamente pagate almeno 8 annualità intere di premi**, trascorsi inutilmente i termini di riattivazione di cui al successivo Art. 9 "Ripresa del pagamento del premio: riattivazione", il contratto **si risolve ed i premi versati restano acquisiti dalla Società. In caso fosse stata attivata la Garanzia Complementare Facoltativa "Capitale Una Tantum" resteranno acquisiti dalla Società anche i premi relativi alla stessa. In questo caso il Pacchetto Assistenza non sarà più disponibile;**
- **qualora siano state interamente corrisposte almeno 8 annualità di premio**, il contratto rimane in vigore, libero dal versamento di ulteriori premi, per una rendita assicurata ridotta. **In tal caso il Pacchetto Assistenza non sarà più disponibile con riferimento alle coperture proposte da Europ Assistance Italia S.p.A. mentre rimarranno in vigore quelle prestate da Village Care S.r.l..**

Con riferimento alla Garanzia Principale, in caso di interruzione del pagamento dei premi:

1. **prima che almeno uno dei due Assicurati abbia raggiunto i 95 anni assicurativi**, l'ammontare della rendita ridotta sarà pari al 95% della rendita mensile inizialmente assicurata moltiplicata per il rapporto tra il numero di rate di premio pagate fino all'interruzione del versamento ed il numero di rate di premio dovute calcolate come differenza tra 95 anni e la media semplice delle età alla data di decorrenza dei due Assicurati;
2. **dopo che almeno uno dei due Assicurati abbia raggiunto i 95 anni assicurativi**, l'ammontare della rendita ridotta sarà pari al 92,5% della rendita mensile inizialmente assicurata.

Se è stata attivata la Garanzia Complementare Facoltativa "Capitale Una Tantum", il relativo capitale assicurato sarà pari a 5 volte la rendita mensile ridotta calcolata come sopra riportato.

Esempi di calcolo della rendita ridotta:

CASO 1

Rendita Assicurata: 3.000 Euro mensili

N. rate premi pagati: 12 (12 premi annui pagati con frazionamento mensile)

Età primo Assicurato alla data di interruzione pagamento premi: 70 anni

Età secondo Assicurato alla data di interruzione pagamento premi: 66 anni

Rendita Assicurata ridotta:

$$95\% \text{ Rendita Assicurata iniziale} \times (n. \text{ rate pagate} / \{95 - [(età \text{ primo assicurato} + età \text{ secondo assicurato})/2]\})$$

$$= (3.000 \times 95\%) \times 12 / \{95 - [(70+66)/2]\}$$

$$= 2.850 \times 12 / (95 - 68)$$

$$= 2.850 \times 12/27$$

$$= 2.850 \times 0,4444 = \mathbf{1.266,54 \text{ Euro}}$$

CASO 2

Rendita Assicurata: 2.000 Euro mensili

N. rate premi pagati: 15 (15 premi annui pagati con frazionamento mensile)

Età primo Assicurato alla data di interruzione pagamento premi: 96 anni

Età secondo Assicurato alla data di interruzione pagamento premi: 85 anni

Rendita Assicurata ridotta:

$$92,5\% \text{ Rendita Assicurata iniziale}$$

$$= 92,5\% \times 2.000 = \mathbf{1.850 \text{ Euro}}$$



Art. 9 – Ripresa del pagamento del premio: riattivazione

Entro 6 mesi dalla scadenza della prima rata di premio rimasta insoluta il Contraente può riattivare il contratto previa sottoscrizione della dichiarazione di Invariato Stato di Salute di entrambi gli Assicurati e pagamento in un'unica soluzione di tutte le rate di premio arretrate – comprese quelle relative alla Garanzia Complementare Facoltativa laddove attivata – **aumentate degli interessi legali.**

Trascorsi 6 mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, e per altri 6 mesi, la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda presentata per iscritto dal Contraente alla Società (inviata tramite raccomandata A/R ad Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano), e previa accettazione, a proprio insindacabile giudizio, di quest'ultima, che può

richiedere agli Assicurati di sottoporsi a visita medica e/o a nuovi accertamenti sanitari, indipendentemente dalla somma della rendita assicurata e dalle età.

La Società informerà per iscritto il Contraente circa l'esito della valutazione della riattivazione e indicherà la somma dei premi da versare in unica soluzione – compresi quelli relativi alla Garanzia Complementare Facoltativa laddove attivata – **aumentata degli interessi legali.**

Il Contraente dovrà pertanto sottoscrivere l'appendice di riattivazione e provvedere al pagamento dell'importo comunicato.

La riattivazione del contratto ripristina – con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'ammontare dovuto – la rendita assicurata al valore che si sarebbe ottenuto qualora non si fosse verificata l'interruzione del versamento dei premi. Con tale operazione verrà riattivata anche la Garanzia Complementare Facoltativa, laddove precedentemente attivata, nonché il Pacchetto Assistenza.

- ! **Trascorsi dodici mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il contratto non può più essere riattivato.**
- ! **In assenza di riattivazione si verificano effetti diversi in funzione del numero di annualità di premio interamente pagate alla data di sospensione, come riportato al precedente Art. 8 "Sospensione del pagamento dei premi: riduzione e risoluzione".**



Art. 10 – Modifica del premio a seguito di scostamenti delle basi statistiche o deviazioni nell'andamento del portafoglio

- ! **Trascorsi cinque anni dalla data di decorrenza del contratto, la Società può rivedere (ai sensi del Regolamento ISVAP n. 21 del 28 marzo 2008) le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio annuo costante previsto per la garanzia assicurativa in caso di non autosufficienza (sia per la Garanzia Principale sia per la Garanzia Complementare Facoltativa, laddove attivata).**

Tale facoltà è ammessa qualora le analisi effettuate in conformità a dati oggettivamente verificabili, desunti da statistiche nazionali o internazionali o da rilevazioni condotte su portafogli assicurativi, dimostrino un effettivo incremento dei tassi di incidenza dei casi di non autosufficienza o dei tassi di sopravvivenza dei non autosufficienti tale da richiedere modifiche delle basi statistiche stesse adottate dalla Società in sede di definizione dei premi originari.

- ! **A seguito di una **revisione peggiorativa delle suddette basi**, la Società comunicherà al Contraente il nuovo importo del premio relativo alla Garanzia Principale in caso di non autosufficienza e alla Garanzia Complementare Facoltativa "Capitale Una Tantum" laddove attivata, con un preavviso di **almeno 90 giorni** rispetto all'anniversario della data di decorrenza a partire dal quale il nuovo premio sarà dovuto.**

- ! **Qualora il Contraente voglia mantenere attiva la copertura, ma non intenda provvedere al pagamento del nuovo importo di premio fissato dalla Società dovrà inviare apposita lettera raccomandata A/R, entro **60 giorni** rispetto all'anniversario della data di decorrenza del contratto a partire dal quale il nuovo premio sarà dovuto, al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano.**

In questa circostanza la Società procederà al ricalcolo delle prestazioni assicurate (rendita assicurata della Garanzia Principale e capitale assicurato della Garanzia Complementare Facoltativa) ed il premio rimarrà invariato.

Rimane fermo l'obbligo per il Contraente di provvedere al relativo pagamento del premio, nella misura precedentemente pattuita.

- ! **Resta inteso che, a seguito del ricalcolo della prestazione assicurata stessa, l'importo di questa ultima si intenderà rettificato rispetto a quello indicato in Polizza e corrisponderà al nuovo importo comunicato dalla Società con effetto dall'anniversario della data di decorrenza del contratto immediatamente successivo.**

- ! **In assenza di indicazioni del Contraente nel termine sopra riportato, la Società procederà in via automatica all'applicazione del nuovo importo di premio.**

- ! **Resta fermo che se il Contraente smette di corrispondere il premio vale quanto previsto al precedente Art. 8 "Sospensione del pagamento dei premi: riduzione e risoluzione".**

Nel caso in cui il contratto fosse in riduzione, la variazione delle basi tecniche comporta un adeguamento della prestazione ridotta (sia per la Garanzia Principale sia per la Garanzia Complementare Facoltativa laddove attivata) in funzione della variazione stessa.

- ! **Successivamente alla prima modifica, la Società può modificare nuovamente l'importo del premio ad intervalli non inferiori a cinque anni ed alle condizioni sopra stabilite.**



Art. 11 – Denuncia della non autosufficienza e obblighi conseguenti

Al verificarsi della presunta perdita permanente dell'autosufficienza, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso scritto alla Società (anche per il tramite dell'Intermediario).

La denuncia deve essere corredata da tutti i documenti necessari ad accertare lo stato di non autosufficienza.

La documentazione da consegnare, per denunciare lo stato di non autosufficienza, è la seguente:

1. richiesta di liquidazione della prestazione di rendita, sottoscritta dall'Assicurato o altra persona avente titolo (Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore). La richiesta di liquidazione, che deve sempre pervenire alla Società in originale, può essere formulata utilizzando preferibilmente l'apposito modulo predisposto dalla Società e allegato alle presenti Condizioni contrattuali;
2. copia del documento attestante la nomina di Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore (decreto del Giudice Tutelare/Atto notarile), laddove previsto;
3. relazione del medico curante (medico di famiglia e/o ospedaliero) attestante lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato con indicazione delle cause della perdita di autosufficienza. Tale relazione potrà essere effettuata preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società, per garantire la completezza delle informazioni;
4. copia fronte-retro di un valido documento di identità dell'Assicurato riportante firma visibile;
5. coordinate bancarie dell'Assicurato per le operazioni di accredito (Banca e codice IBAN). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dall'Assicurato o altra persona avente titolo Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore);
6. documentazione medica, cartelle cliniche e/o accertamenti effettuati dall'Assicurato utili ad attestare la data di diagnosi della non autosufficienza ed il decorso della patologia o del trauma che la ha causata.

La Data di denuncia dello stato di non autosufficienza coincide con la data di pervenimento della documentazione completa di cui sopra, necessaria alla Società per poter effettuare l'accertamento dello stato di non autosufficienza. A partire da tale data decorre il periodo di accertamento dello stato di non autosufficienza da parte della Società, di cui al successivo art. 12.



Art. 12 – Accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato

L'accertamento della non autosufficienza spetta alla Società che, al fine di effettuare le verifiche necessarie potrà chiedere all'Assicurato di:

1. sottoporsi ad eventuali accertamenti sanitari e/o visite mediche disposte dalla Società;
2. fornire alla Società tutte le informazioni/documentazione necessarie alla valutazione dello stato di non autosufficienza e delle relative cause.

! La Società potrà chiedere ulteriore documentazione rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche ed in ogni caso necessarie ai fini dell'accertamento dello stato di non autosufficienza.

A partire dalla data di denuncia, di cui al precedente Art. 11, decorre il periodo di accertamento dello stato di non autosufficienza da parte della Società, fissato in **massimo 90 giorni**.

Terminati i controlli medici e l'analisi della documentazione, la Società comunicherà per iscritto all'Assicurato il riconoscimento o meno dello stato di non autosufficienza.

! Fino a quando lo stato di non autosufficienza non sia stato accertato, il Contraente è tenuto al pagamento del premio della Garanzia Principale e della Garanzia Complementare Facoltativa laddove attivata.

Una volta accertato lo stato di non autosufficienza, la Società si impegna a restituire al Contraente un importo pari ai premi pagati successivamente alla data della denuncia.

Laddove venga riconosciuta la non autosufficienza dell'Assicurato, la Società si impegna a liquidare la prima rata di rendita mensile costante **entro 30 giorni** dalla comunicazione di cui sopra, **a condizione che l'Assicurato sia in vita e che siano trascorsi i termini della limitazione di cui al successivo Art. 26 "Limitazioni della copertura"**.

Unitamente alla prima rata di rendita mensile costante saranno corrisposte anche:

- le rate di rendita pregresse dovute a partire dalla data di denuncia;
- un importo pari ai premi pagati nel periodo di accertamento dello stato di non autosufficienza;
- l'eventuale Capitale Una Tantum, laddove attivata la Garanzia Complementare Facoltativa.

Per maggiori dettagli relativi al pagamento della Società si rimanda al successivo Art. 36 "Pagamento della Società in caso di non autosufficienza dell'Assicurato".

In caso di controversie sull'esito dell'accertamento il Contraente può ricorrere ad un Collegio Arbitrale con le modalità riportate al successivo Art. 19 "Collegio Arbitrale".

! In caso di decesso dell'Assicurato, avvenuto nel periodo di accertamento, il contratto rimane in vigore, libero dal versamento di ulteriori premi, con riferimento all'altro Assicurato sopravvissuto in quanto si attiverà la Garanzia Esonero Pagamento Premi.

! Se il decesso dell'Assicurato avvenuto nel corso del periodo di accertamento è invece riferito al secondo Assicurato che, in ordine temporale, ha denunciato la non autosufficienza (in quanto la non autosufficienza del primo Assicurato non ha dato esito positivo o il primo Assicurato è deceduto prima di poterne fare richiesta), il contratto si risolve e nulla sarà dovuto da parte della Società.

In ogni caso, nel corso dell'erogazione della rendita vitalizia mensile costante la Società si riserva, a proprio totale carico, il diritto di far esaminare in ogni momento l'Assicurato non autosufficiente da un proprio medico di fiducia e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di non autosufficienza (come, ad esempio, una dichiarazione di esistenza in vita dell'Assicurato). In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della rendita assicurata verrà immediatamente sospeso fino all'avvenuto accertamento e cesserà anche la possibilità di usufruire del Pacchetto Assistenza.



Art. 13 – Modifica dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato

L'Assicurato è tenuto a comunicare alla Società - entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza - a mezzo di lettera raccomandata A/R, il recupero dello stato di autosufficienza.

In tale caso il pagamento della rendita verrà interrotto ed il Contraente dovrà riprendere a versare i premi annui costanti calcolati al momento della sottoscrizione con riferimento alla Garanzia Principale per poter proseguire ad essere in copertura. I premi da versare saranno tuttavia ridotti nella misura del 40% rispetto all'importo calcolato al momento della sottoscrizione in quanto saranno relativi unicamente alla copertura dell'Assicurato per il quale è venuta meno l'autosufficienza, mentre non sarà possibile reinserire nel contratto l'altro Assicurato.

Il premio relativo alla Garanzia Complementare Facoltativa, invece, non sarà più dovuto in quanto la liquidazione del Capitale Una Tantum effettuata in occasione del pagamento della prima rata di rendita, ne ha comportato la decadenza.

Laddove il Contraente non riprenda a versare i premi si possono verificare effetti diversi in funzione del numero di annualità di premio già versate, così come previsto al precedente Art. 8 "Sospensione del pagamento dei premi: riduzione e risoluzione".

In ogni caso, il Contraente (se soggetto diverso dall'Assicurato), ovvero l'altro Assicurato o gli aventi diritto, sono tenuti a comunicare alla Società - entro 60 giorni da quando ne siano venuti a conoscenza - a mezzo di lettera raccomandata A/R il decesso dell'Assicurato stesso. In tal caso il pagamento della rendita verrà interrotto e nulla sarà più dovuto.

Laddove la denuncia di cui sopra sia arrivata in ritardo rispetto all'effettiva data di decesso dell'Assicurato, la Società si riserva di chiedere la restituzione delle rate di rendita pagate e non dovute.



Art. 14 – Cessione, pegno e vincolo

Cos'è la cessione?

La cessione consiste nel trasferimento dei diritti e doveri del contratto, dal Contraente ad un'altra persona che accetta di assumere, a partire da un determinato momento, il ruolo di Contraente del contratto stesso.

Cos'è il pegno?

Il Contraente può porre il prodotto a garanzia di un impegno finanziario sottoscritto con una parte terza (una banca o una finanziaria) che diventa creditore pignoratorio, ossia soggetto a favore del quale è stato istituito il pegno.

Cos'è il vincolo?

Il vincolo di una polizza è una particolare condizione contrattuale che assegna al vincolatario (soggetto in favore del quale è stato istituito il vincolo) privilegi e priorità nell'ottenimento delle prestazioni previste dal contratto rispetto ad altri Beneficiari.

La cessione del contratto, vista le caratteristiche particolari del prodotto è ammessa:

- in caso di vita: solo tra i due Assicurati;
- in caso di decesso: solo verso l'altro Assicurato sopravvissuto.

Tali atti diventano efficaci esclusivamente nel momento in cui la Società accetti tale variazione annotandola sul contratto o emettendo apposita appendice di variazione, che diviene parte integrante del contratto.

In considerazione della tipologia e delle finalità del contratto non è invece ammessa la possibilità di costituzione di pegno o di vincolo sulle prestazioni assicurate con il contratto stesso.



Art. 15 - Beneficiari

Date le finalità del contratto il Beneficiario della Garanzia Principale in caso di non autosufficienza è l'Assicurato al quale è stata riconosciuta la non autosufficienza.

Date le finalità del contratto il Beneficiario della Garanzia Complementare Facoltativa "Capitale Una Tantum" è l'Assicurato al quale è stata riconosciuta la non autosufficienza.



Art. 16 – Duplicato della Polizza

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione dell'esemplare della Polizza, l'Assicurato o il Contraente possono ottenerne un duplicato a **proprie spese e sotto la propria responsabilità.**



Art. 17 – Valuta e legge applicabile al contratto

Gli impegni contrattuali, premi e prestazioni assicurate, sono regolati in Euro.

La legge applicabile al contratto è la legge italiana.



Art. 18 – Tasse e imposte

Le eventuali tasse ed imposte relative al contratto sono a carico del Contraente, dei Beneficiari o degli aventi diritto.



Art. 19 – Collegio Arbitrale

In caso di controversie di natura medica sulla liquidabilità della prestazione, le Parti (Società e Assicurato) possono

conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza degli Assicurati. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Il ricorso al Collegio Arbitrale non pregiudica, in ogni caso, la possibilità per il Contraente di rivolgersi alle competenti Autorità giudiziarie.



Art. 20 – Foro competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia in materia di contratti assicurativi è tenuto inizialmente ad attivare il **procedimento di mediazione** previsto dalla Legge 09/08/2013, n. 98 e s.m.i. presso un Organismo di Mediazione iscritto in apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia, che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia stessa.

Solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui alla sopra citata Legge, sarà possibile rivolgersi all'**Autorità Giudiziaria** competente, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto.

In ogni caso, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, è anche possibile ricorrere al **procedimento di negoziazione assistita** prevista ai sensi del D. L. 132/2014, convertito con modifiche dalla L. 162/2014, invitando l'altra parte a stipulare una convenzione di negoziazione tramite il proprio legale.

Si ricorda che in relazione alle controversie inerenti alla quantificazione delle prestazioni e all'attribuzione delle responsabilità permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

Tramite il sito della Società (www.helvetia.it – Reclami) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione delle suddette procedure.

Riferimenti a norme di Legge

La Legge 9 agosto 2013, n. 98 contenente disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia, disciplina anche il procedimento di "mediazione civile", istituito stragiudiziale (ossia non si svolge in un'aula di tribunale) che mira alla risoluzione delle controversie in tempi brevi e con costi contenuti a fronte delle agevolazioni fiscali previste, il quale deve essere attivato obbligatoriamente in prima istanza nell'ambito di controversie su contratti bancari, assicurativi o finanziari.

La Legge 10 novembre 2014, n. 162, che ha convertito in Legge con modificazioni il Decreto Legge del 12 settembre 2014, n. 132 (c.d. "Decreto giustizia") disciplina anche il procedimento di "Negoziazione assistita", istituito stragiudiziale che mira alla risoluzione delle controversie in via amichevole, mediante invito a stipulare una convenzione in cui le parti si impegnano a risolvere bonariamente la controversia con l'assistenza dei rispettivi legali di fiducia.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito <https://www.gazzettaufficiale.it>.



Art. 21 – Non pignorabilità e non sequestrabilità delle prestazioni assicurate

Ai sensi dell'Art. 1923 del Codice Civile, le somme dovute dalla Società in relazione ai contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili. Sono salve, rispetto al premio pagato, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (Art. 1923, comma 2 del Codice Civile).

Riferimenti a norme di Legge

Articolo 1923 del Codice Civile "Diritti dei creditori e degli eredi": le somme dovute dalla Società al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare. Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni.



Art. 22 – Informativa

La Società comunica al Contraente eventuali variazioni rilevanti rispetto alle informazioni contenute nelle Condizioni contrattuali che intervengano per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

Inoltre, entro 60 giorni dalla chiusura di ogni anno solare, la Società invia ad ogni Contraente il Documento Unico di Rendicontazione della propria posizione assicurativa.

Esclusioni, carenze, limitazioni e non assicurabilità della Garanzia Principale in caso di non autosufficienza e della Garanzia Esonero Pagamento Premi

Garanzia Principale in caso di non autosufficienza



Art. 23 – Soggetti non assicurabili

Non è assicurabile la persona fisica che:

- alla data di decorrenza del contratto sia già beneficiaria di una rendita di invalidità o inabilità al lavoro (sia privata che pubblica) e/o sia invalida civile con una percentuale di invalidità superiore al 50%;
- sia già in stato di non autosufficienza al momento della sottoscrizione della Polizza, o abbia fatto richiesta di riconoscimento di tale stato.



Art. 24 – Esclusioni

Cosa sono le esclusioni?

Le clausole di esclusione sono condizioni che limitano o escludono la copertura del rischio e la relativa liquidazione della prestazione in caso si verifichi l'evento assicurato.

Sempreché gli Assicurati abbiano reso dichiarazioni corrette, complete e veritiere, e abbiano quindi consentito alla Società di valutare correttamente il rischio che si assume, il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana è coperto qualunque possa esserne la causa, senza Limiti territoriali, salvo le esclusioni sotto riportate ed i periodi di carenza e limitazione di cui ai successivi Artt. 25 e 26.

E' esclusa dalla copertura della Garanzia Principale la perdita di autosufficienza causata, direttamente o indirettamente:

- da azioni dolose degli Assicurati;
- da guerra civile o straniera, da tumulti, da rissa, da atti di terrorismo nei quali gli Assicurati hanno avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- da fatti volontari o intenzionali degli Assicurati, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico, uso di sostanze psicotrope ed uso di sostanze alcoliche;
- da patologie derivanti da abuso cronico di alcool;
- da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia ad essa collegata;
- dallo svolgimento di una delle seguenti professioni da parte degli Assicurati: operatore di qualunque settore merceologico che, anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto delle forze armate se impiegato in missioni all'estero;
- dalla pratica delle seguenti attività sportive da parte degli Assicurati: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere;
- da viaggi in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio (per il clima o per situazioni politico-militari) e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo (non sono considerati a rischio viaggi effettuati dagli Assicurati per turismo e organizzati da primarie agenzie se il soggiorno è effettuato in villaggi turistici e viaggi effettuati per lavoro nelle aree più frequenti: Europa, America del Nord, Australia, Giappone, Cina continentale/Tibet escluso). L'indicazione è rilevabile in ogni caso sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre gli Assicurati si trovano nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- da patologie nervose o mentali non di causa organica (esempio depressioni, psicosi, ecc).

Laddove lo stato di non autosufficienza sia stato determinato da una delle cause escluse sopra riportate, la rendita assicurata non verrà erogata e l'Assicurato riconosciuto non autosufficiente uscirà dalla copertura assicurativa. Il contratto, tuttavia, potrà rimanere in vigore con riferimento all'altro Assicurato a condizione che lo stesso continui a versare il premio, seppur di importo ridotto del 40% rispetto al premio originario.

Nel caso in cui anche il secondo Assicurato dovesse denunciare la non autosufficienza e la stessa fosse stata determinata da una delle cause escluse sopra riportate, il contratto si dovrà ritenere estinto con riferimento ad entrambi gli Assicurati senza che sia dovuta alcuna prestazione da parte della Società.

La Società può tuttavia valutare le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente, dagli Assicurati e dichiarate prima della conclusione del contratto:

- includendo le medesime nella Garanzia, a fronte di un'eventuale applicazione di uno specifico sovrappremio aggiuntivo, risultante da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice. In tale caso è prevista la liquidazione della rendita assicurata indicata in Polizza,

o in alternativa

- **escludendo dalla Garanzia la non autosufficienza causata dalla pratica di tali attività, risultante da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice. In tal caso nulla è dovuto da parte della Società.**

- ! **Qualora nel corso della durata contrattuale uno o entrambi gli Assicurati inizino a svolgere una delle attività lavorative/sportive ricomprese negli elenchi sopra riportati, il Contraente è tenuto, unitamente all'Assicurato, a darne immediata comunicazione alla Società a mezzo lettera raccomandata A/R inviata al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia). La Società può valutare di rideterminare il premio inizialmente pattuito, mediante l'applicazione di uno specifico sovrappremio aggiuntivo, o l'importo della rendita assicurata.**
- ! **Se uno o entrambi gli Assicurati al momento della sottoscrizione della Polizza non presentavano i requisiti di assicurabilità previsti dal contratto, non è prevista alcuna prestazione.**
- ! **La Società inoltre non fornisce alcuna copertura o altra prestazione nella misura in cui la copertura o la prestazione stessa possano esporre la Società 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. 25 – Clausola di carenza

Cos'è la carenza?

È il periodo di tempo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto e l'effettiva efficacia della garanzia. L'esistenza del periodo di carenza è giustificata dal fatto che la Società intende tutelarsi dalla possibilità di dover pagare la prestazione prevista dalla garanzia a clienti che al momento della stipula del contratto siano già in situazioni di salute precaria o siano già a conoscenza di problematiche da affrontare.

La copertura assicurativa è subordinata alle condizioni assuntive di cui al precedente Art. 1 "Modalità assuntive"; ad ogni modo l'**efficacia della Garanzia Principale risulterà limitata per:**

1. **36 mesi dalla data di decorrenza** in caso di non autosufficienza causata da malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica (ad esempio Alzheimer, Parkinson, demenza senile, sclerosi multipla);
2. **12 mesi dalla data di decorrenza** in caso di non autosufficienza causata da malattie diverse da quelle di cui al punto 1.

! **Le suddette carenze non sono eliminabili.**

! **Laddove la non autosufficienza dell'Assicurato fosse denunciata durante uno dei periodi di carenza, la Società non erogherà la prestazione assicurata (rendita assicurata ed eventuale Capitale Una Tantum) e la copertura per tale soggetto non potrà più continuare. Il contratto, tuttavia, rimane in vigore per l'altro Assicurato a condizione che lo stesso prosegua a versare il premio, seppur di importo ridotto del 40% rispetto al premio originario.**

! **Qualora anche il secondo Assicurato dovesse denunciare la non autosufficienza nel corso di uno dei periodi di carenza sopra illustrati, la Società erogherà la prestazione assicurata (rendita assicurata ed eventuale Capitale Una Tantum), ma verrà liquidato un importo pari alla somma dei premi versati al netto dei costi di emissione (diritti fissi e caricamenti).**

! I periodi di carenza di cui sopra, invece, non si applicano e pertanto la prestazione assicurata dovuta sarà pari alla rendita assicurata indicata in Polizza, qualora lo stato di non autosufficienza sia conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio **avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto.**

Per infortunio deve intendersi l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la non autosufficienza dell'Assicurato determinata ai sensi di quanto previsto al precedente Art. 3 "Definizione dello stato di non autosufficienza".



Art. 26 – Limitazioni della copertura

! **La prestazione di rendita verrà erogata, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza.**

! Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non autosufficienza ed il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia trascorso il periodo di cui sopra, la Società inizia a corrispondere la prima rata di rendita mensile assicurata costante unitamente a tutte le rate di rendita dovute fin dalla data di denuncia della non autosufficienza ed alla somma dei premi versati nel periodo di accertamento dello stato di non autosufficienza.

Laddove attivata la Garanzia Complementare Facoltativa "Capitale Una Tantum" verrà erogato anche il relativo capitale assicurato, come disciplinato al successivo Art. 29 "Prestazioni assicurate".

Garanzia Esonero Pagamento Premi



Art. 27 – Esclusioni

Cosa sono le esclusioni?

Le clausole di esclusione sono condizioni che limitano o escludono la copertura del rischio e la relativa liquidazione della prestazione in caso si verifichi l'evento assicurato.

- | **La Garanzia Esonero Pagamento Premi a fronte del decesso degli Assicurati avvenuto prima che sia stata denunciata e riconosciuta la non autosufficienza di uno dei due Assicurati non si attiva laddove il decesso dell'Assicurato sia stato causato da:**
 - dolo degli Assicurati;
 - partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
 - partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano;
 - incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
 - suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di decorrenza del contratto o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;
 - patologie derivanti da abuso d'alcool;
 - uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- | **La Garanzia di Esonero Pagamento Premi non si attiva inoltre nel caso in cui il decesso di uno degli Assicurati si sia verificato a seguito dell'interruzione del pagamento dei premi anche qualora si sia ancora all'interno del periodo di tempo concesso per la riattivazione del contratto.**
- | **Laddove il decesso sia stato determinato da una delle cause escluse sopra riportate la Garanzia di Esonero Pagamento Premi non sarà valida e perché la polizza possa continuare a dare copertura con riferimento all'altro Assicurato sopravvissuto sarà necessario che quest'ultimo continui a pagare il premio seppur di importo ridotto del 40% rispetto al premio originario.**
- | **Se anche il secondo Assicurato dovesse decedere per una delle cause escluse sopra riportate, in tal caso non sarà dovuta alcuna prestazione da parte della Società ed il contratto si dovrà ritenere estinto con riferimento ad entrambi gli Assicurati.**
- | **Se uno o entrambi gli Assicurati al momento della sottoscrizione della Polizza non presentavano i requisiti di assicurabilità previsti dal contratto, non è prevista alcuna prestazione.**
- | **La Società inoltre non fornisce alcuna copertura o altra prestazione nella misura in cui la copertura o la prestazione stessa possano esporre la Società 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. 28 – Clausola di carenza

Cos'è la carenza?

È il periodo di tempo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto e l'effettiva efficacia della garanzia. L'esistenza del periodo di carenza è giustificata dal fatto che la Società intende tutelarsi dalla possibilità di dover pagare la prestazione prevista dalla garanzia a clienti che al momento della stipula del contratto siano già in situazioni di salute precaria o siano già a conoscenza di problematiche da affrontare.

L'efficacia della Garanzia Esonero Pagamento Premi risulterà limitata per un periodo di **12 mesi** dalla data di decorrenza in caso di decesso da malattia (diversa da malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica come, ad esempio, Alzheimer, Parkinson, demenza senile e/o sclerosi multipla) di uno degli Assicurati avvenuto in tale arco temporale.

- | **La carenza non è eliminabile.**
- | **Laddove il decesso dell'Assicurato avvenuto prima del riconoscimento della non autosufficienza fosse accaduto nei primi 12 mesi dalla data di decorrenza, la Garanzia Esonero Pagamenti Premi non si attiverà, pertanto, il contratto potrà rimanere in vigore con riferimento all'Assicurato sopravvissuto a condizione che quest'ultimo prosegua a versare il premio, seppur pari al premio annuo originario ridotto del 40%.**

Garanzia Complementare Facoltativa "Capitale Una Tantum"



Art. 29 – Prestazioni assicurate

In abbinamento alla prestazione assicurata relativa alla Garanzia Principale è possibile attivare la Garanzia Complementare Facoltativa "Capitale Una Tantum".

La Garanzia deve essere attivata in fase di sottoscrizione del contratto e una volta selezionata non può più essere disattivata.

Tale Garanzia prevede che, in caso di accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, venga erogato all'Assicurato stesso – in aggiunta alla prima rata di rendita mensile costante – un capitale una tantum.

L'importo di tale capitale è pari a 5 volte l'entità della prima rata mensile di rendita scelta dal Contraente all'atto della sottoscrizione del contratto.

Esempio:

Rendita Assicurata annuale: 24.000 Euro

Rendita Assicurata mensile: 2.000 Euro

Capitale Una Tantum: 5 x 2.000 Euro = 10.000 Euro

! **La prestazione assicurata è valida a condizione che il contratto sia in vigore ed in regola con il pagamento dei premi.**

! **Nel caso in cui avvenga il decesso dell'Assicurato prima che si sia manifestata la non autosufficienza, non è prevista alcuna prestazione della Società ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società stessa.**



Art. 30 – Premio e costi

Le prestazioni assicurate di cui al precedente Art. 29 sono garantite previo pagamento di un premio da parte del Contraente alla Società, da versarsi in via anticipata ed alle scadenze pattuite.

Il pagamento del premio viene effettuato:

- all'atto della conclusione del contratto, congiuntamente al pagamento del premio della Garanzia Principale in caso di non autosufficienza;
- fino a che gli Assicurati sono in vita e sono autosufficienti, con la medesima periodicità e modalità di pagamento stabilita per il premio relativo alla Garanzia Principale.

Il premio relativo al primo anno è dovuto per intero.

Per le informazioni relative al caricamento gravante sul premio, si rimanda al precedente Art. 4 – Premio e costi, punto Costi - Costi gravanti sul premio, della sezione Garanzia Principale in caso di non autosufficienza.



Art. 31 – Rinvio

Per quanto concerne la disciplina:

- definizione dello stato di non autosufficienza;
- conclusione, decorrenza, durata del contratto e sfera di applicazione;
- recesso;
- dichiarazioni del Contraente e degli Assicurati;
- sospensione del pagamento dei premi: riduzione e risoluzione;
- ripresa del pagamento del premio: riattivazione;
- modifica del premio a seguito di scostamenti delle basi statistiche;
- denuncia della non autosufficienza e obblighi conseguenti;
- accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato;
- modifica dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato;
- beneficiari;
- duplicato di polizza, valuta e legge applicabile al contratto, tasse e imposte;
- collegio arbitrale;
- foro competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie;

si rinvia al contenuto degli specifici articoli delle Condizioni contrattuali della Garanzia Principale in caso di non autosufficienza.

Esclusioni, carenze, limitazioni e non assicurabilità della Garanzia Complementare Facoltativa "Capitale Una Tantum"



Art. 32 – Soggetti non assicurabili

! Non è assicurabile la persona fisica che:

- alla data di decorrenza del contratto sia già beneficiaria di una rendita di invalidità o inabilità al lavoro (sia privata che pubblica) e/o sia invalida civile con una percentuale di invalidità superiore al 50%;
- sia già in stato di non autosufficienza al momento della sottoscrizione della Polizza, o abbia fatto richiesta di riconoscimento di tale stato.



Art. 33 – Esclusioni

Cosa sono le esclusioni?

Le clausole di esclusione sono condizioni che limitano o escludono la copertura del rischio e la relativa liquidazione della prestazione in caso si verifichi l'evento assicurato.

! **Sempreché gli Assicurati abbiano reso dichiarazioni corrette, complete e veritiere, e abbiano quindi consentito alla Società di valutare correttamente il rischio che si assume, il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo le esclusioni sotto riportate ed i periodi di carenza e limitazione di cui ai successivi Artt. 34 e 35.**

È esclusa dalla copertura della Garanzia Complementare Facoltativa la perdita di autosufficienza causata, direttamente o indirettamente:

- da azioni dolose degli Assicurati;
- da guerra civile o straniera, da tumulti, da rissa, da atti di terrorismo nei quali gli Assicurati hanno avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- da fatti volontari o intenzionali degli Assicurati, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico, uso di sostanze psicotrope ed uso di sostanze alcoliche;
- da patologie derivanti da abuso cronico di alcool;
- da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia ad essa collegata;
- dallo svolgimento di una delle seguenti professioni da parte degli Assicurati: operatore di qualunque settore merceologico che, anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto delle forze armate se impiegato in missioni all'estero;
- dalla pratica delle seguenti attività sportive da parte degli Assicurati: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere;
- da viaggi in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio (per il clima o per situazioni politico-militari) e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo (non sono considerati a rischio viaggi effettuati dagli Assicurati per turismo e organizzati da primarie agenzie se il soggiorno è effettuato in villaggi turistici e viaggi effettuati per lavoro nelle aree più frequenti: Europa, America del Nord, Australia, Giappone, Cina continentale/Tibet escluso). L'indicazione è rilevabile in ogni caso sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre gli Assicurati si trovano nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- da patologie nervose o mentali non di causa organica (esempio depressioni, psicosi, ecc).

! **Laddove lo stato di non autosufficienza sia stato determinato da una delle cause escluse sopra riportate, il capitale una tantum non verrà erogato e l'Assicurato riconosciuto non autosufficiente uscirà dalla copertura assicurativa. Il contratto, tuttavia, potrà rimanere in vigore con riferimento all'altro Assicurato a condizione che lo stesso continui a versare il premio, seppur di importo ridotto del 40% rispetto al premio originario.**

! **Nel caso in cui anche il secondo Assicurato dovesse denunciare la non autosufficienza e la stessa fosse stata determinata da una delle cause escluse sopra riportate, il contratto si dovrà ritenere estinto con riferimento ad entrambi gli Assicurati senza che sia dovuta alcuna prestazione da parte della Società.**

La Società può tuttavia valutare le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente, dagli Assicurati e dichiarate prima della conclusione del contratto:

- includendo le medesime nella Garanzia, a fronte di un'eventuale applicazione di uno specifico sovrappremio aggiuntivo, risultante da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice. In tale caso è prevista la liquidazione del capitale una tantum indicata in Polizza, o in alternativa

- escludendo dalla Garanzia la non autosufficienza causata dalla pratica di tali attività, risultante da specifica clausola riportata in Polizza o in apposita appendice. In tal caso nulla è dovuto da parte della Società.
- ! Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato inizi a svolgere una delle attività lavorative/sportive ricomprese negli elenchi sopra riportati, il Contraente è tenuto, unitamente all'Assicurato se persona diversa, a darne immediata comunicazione alla Società a mezzo lettera raccomandata A/R inviata al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia). La Società può valutare di rideterminare il premio inizialmente pattuito, mediante l'applicazione di uno specifico sovrappremio aggiuntivo, o l'importo del capitale una tantum.
- ! Se gli Assicurati al momento della sottoscrizione della Polizza non presentavano i requisiti di assicurabilità previsti dal contratto, non è prevista alcuna prestazione.
- ! La Società inoltre non fornisce alcuna copertura o altra prestazione nella misura in cui la copertura o la prestazione stessa possano esporre la Società 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. 34 – Clausola di carenza

Cos'è la carenza?

È il periodo di tempo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto e l'effettiva efficacia della garanzia. L'esistenza del periodo di carenza è giustificata dal fatto che la Società intende tutelarsi dalla possibilità di dover pagare la prestazione prevista dalla garanzia a clienti che al momento della stipula del contratto siano già in situazioni di salute precaria o siano già a conoscenza di problematiche da affrontare.

La copertura assicurativa è subordinata alle condizioni assuntive di cui al precedente Art. 1 "Modalità assuntive"; ad ogni modo l'efficacia della Garanzia Complementare Facoltativa "Capitale Una Tantum" risulterà limitata per:

1. **36 mesi dalla data di decorrenza** in caso di non autosufficienza causata da malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica (ad esempio Alzheimer, Parkinson, demenza senile, sclerosi multipla);
2. **12 mesi dalla data di decorrenza** in caso di non autosufficienza causata da malattie diverse da quelle di cui al punto 1.

! Le suddette carenze non sono eliminabili.

! Laddove la non autosufficienza dell'Assicurato fosse denunciata durante uno dei periodi di carenza, la Società non erogherà la prestazione assicurata (rendita assicurata ed eventuale Capitale Una Tantum) e la copertura per tale soggetto non potrà più continuare. Il contratto, tuttavia, rimane in vigore per l'altro Assicurato a condizione che lo stesso prosegua a versare il premio, seppur di importo ridotto del 40% rispetto al premio originario.

! Qualora anche il secondo Assicurato dovesse denunciare la non autosufficienza nel corso di uno dei periodi di carenza sopra illustrati, la Società erogherà la prestazione assicurata (rendita assicurata ed eventuale Capitale Una Tantum), ma verrà liquidato un importo pari alla somma dei premi versati al netto dei costi di emissione (diritti fissi e caricamenti), a condizione che l'assicurazione sia regolarmente in vigore e permanga lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

! I periodi di carenza di cui sopra, invece, non si applicano e pertanto la prestazione assicurata dovuta sarà pari al Capitale Una Tantum indicato in Polizza, qualora lo stato di non autosufficienza sia conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio **avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto**.

Per infortunio deve intendersi l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la non autosufficienza dell'Assicurato determinata ai sensi di quanto previsto al precedente Art. 3 "Definizione dello stato di non autosufficienza".



Art. 35 – Limitazioni della copertura

! Il Capitale Una Tantum verrà erogato, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza.

! Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non autosufficienza ed il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia trascorso il periodo di cui sopra, la Società corrisponderà, unitamente alla prima rata di rendita mensile costante (oltre a tutte le rate di rendita dovute fin dalla data di denuncia della non autosufficienza stessa ed alla somma di premi versati nel periodo di accertamento dello stato di non autosufficienza) anche l'importo del capitale una tantum.

! Una volta erogato l'importo del Capitale Una Tantum la Garanzia Complementare deve intendersi esaurita e nulla sarà più dovuto dalla Società con riferimento a tale Garanzia.

Cosa fare per richiedere la liquidazione delle prestazioni



Art. 36 – Pagamento della Società in caso di non autosufficienza dell'Assicurato (valido sia per la Garanzia

Principale che per la Garanzia Complementare Facoltativa)

La richiesta di liquidazione dovrà essere consegnata in forma scritta all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il contratto o inviata direttamente alla Società al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo allegato alle presenti Condizioni contrattuali), a mezzo lettera raccomandata A/R corredata dai documenti di seguito riportati.

Si precisa che il suddetto modulo viene messo a disposizione da parte della Società al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela.

La richiesta di liquidazione deve essere sottoscritta dall'Assicurato o altra persona avente titolo (Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore) e deve **sempre pervenire alla Società in originale**.

In allegato alla richiesta di liquidazione devono essere prodotti anche i seguenti documenti:

1. **copia del documento attestante la nomina di Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore (decreto del Giudice Tutelare/Atto notarile), laddove previsto;**
2. **relazione del medico curante (medico di famiglia e/o ospedaliero) attestante lo Stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato con indicazione delle cause della perdita di autosufficienza. Tale relazione potrà essere effettuata preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società, per garantire la completezza delle informazioni;**
3. **copia fronte-retro di un valido documento di identità dell'Assicurato riportante firma visibile;**
4. **coordinate bancarie dell'Assicurato per le operazioni di accredito (Banca e codice IBAN). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dall'Assicurato o altra persona avente titolo Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore);**
5. **documentazione medica, cartelle cliniche e/o accertamenti effettuati dall'Assicurato utili ad attestare la data di diagnosi della non autosufficienza ed il decorso della patologia o del trauma che la ha causata.**

La Data di denuncia dello stato di non autosufficienza coincide con la data di pervenimento della documentazione completa di cui sopra, necessaria alla Società per poter effettuare l'accertamento dello stato di non autosufficienza. A partire da tale data decorre il periodo di accertamento dello stato di non autosufficienza da parte della Società, di cui al precedente art. 12 "Accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato".

! La Società potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

! Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sull'Assicurato.

! ATTENZIONE: le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

Con riferimento ai documenti sopra riportati, a norma dell'articolo 8, comma 3 del Regolamento IVASS n. 41/2018, sarà cura della Società non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e **sempreché risulti ancora in corso di validità**.

Verificata la sussistenza dell'obbligo al pagamento della prestazione relativa alla Garanzia Principale in caso di non autosufficienza, la Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali **entro 30 giorni** dalla comunicazione di riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento della Garanzia Principale risulta automaticamente verificata anche quella riferita alla Garanzia Complementare Facoltativa "Capitale Una Tantum" e pertanto la Società provvede alla liquidazione dell'importo del Capitale Una Tantum congiuntamente alla prima rata di rendita mensile costante.

Le rate successive saranno corrisposte mensilmente **entro 30 giorni** dalla relativa scadenza.

Ad ogni ricorrenza annuale della rendita è necessario presentare alla Società certificato di esistenza in vita dell'Assicurato (o autocertificazione), da inviare all'indirizzo sopra indicato.

Decorsi i termini sopra riportati sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto. Gli interessi sono calcolati, nella misura degli interessi legali in vigore, a partire dal giorno in cui la Società ha accertato lo stato di non autosufficienza.

! Si ricorda che il Codice Civile (Art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita si estinguono dopo dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (prescrizione). Qualora i Beneficiari non richiedano gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, come previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

Cos'è la prescrizione?

È l'estinzione di un diritto nel caso in cui il relativo titolare non lo eserciti nei tempi stabiliti dalla Legge.

Riferimenti a norme di Legge

Articolo 8, comma 3 del Regolamento IVASS n. 41/2018: "Le imprese, al fine di ridurre gli oneri a carico dei contraenti, adottano modalità di gestione della documentazione idonee a evitare che venga richiesta, in fase di assunzione di nuovi contratti o gestione dei sinistri, documentazione non necessaria o di cui già dispongano, avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti con il medesimo contraente, e che risulti ancora in corso di validità".

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito:

<https://www.ivass.it/normativa/nazionale/secondaria-ivass/regolamenti/2018/n41/index.html>

Articolo 2952 del Codice Civile "Prescrizione in materia assicurativa": disciplina i diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito www.gazzettaufficiale.it/anteprema/codici/codiceCivile.

La Legge 23 dicembre 2005, n. 266 ("Legge finanziaria 2006") all'Art.1, comma 345, disciplina che il Fondo per le vittime delle frodi bancarie, di cui al comma 343 della medesima Legge, è alimentato dall'importo dei conti correnti e dei rapporti bancari definiti come dormienti all'interno del sistema bancario nonché del comparto assicurativo e finanziario. I rapporti dormienti del comparto assicurativo sono polizze le cui prestazioni non sono state riscosse dai Beneficiari e che giacciono presso le imprese in attesa che ne venga richiesta la liquidazione dagli aventi diritto o, in caso contrario, della prescrizione.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito <https://www.gazzettaufficiale.it>.



Art. 37 – Denuncia del decesso dell'Assicurato avvenuto prima della non autosufficienza (valido per la

Garanzia Esonero Pagamento Premi)

La denuncia di decesso di uno dei due Assicurati avvenuto prima che del riconoscimento della non autosufficienza dovrà essere consegnata in forma scritta, dall'altro Assicurato, all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il contratto o inviata direttamente alla Società al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano, a mezzo lettera raccomandata A/R corredata dai documenti di seguito riportati.

Si precisa che il suddetto modulo viene messo a disposizione da parte della Società al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela.

In particolare, i documenti da presentare **perché si attivi la Garanzia di Esonero Pagamento Premi sono:**

- denuncia di sinistro, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato;
- certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico attestante la causa del decesso o Scheda di Morte ISTAT emesso dall'ASL;
- relazione del medico curante redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Società e, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
- copia di un articolo di giornale (se disponibili) che riporti le circostanze dell'accaduto e – appena possibile – copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti in caso di decesso conseguente ad infortunio, omicidio o suicidio.

! **La Società potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.**

! **Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.**

Modulo di richiesta per liquidazione delle prestazioni in caso di non autosufficienza

Il presente modulo viene messo a disposizione al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela

Spedire a: Helvetia Vita S.p.A.
Gestione Operativa – Canali Tradizionali
Via G. B. Cassinis 21
20139 Milano (MI)

Polizza n.: _____ **Helvetia Double Care**

Intermediario: _____ Codice: _____

Contraente: _____

Assicurato non autosufficiente: _____

Modalità di pagamento

Bonifico sul conto corrente n° _____ intestato a: _____

presso: _____ IBAN: _____

BIC: _____

Con la presente si chiede il pagamento della prestazione di non autosufficienza dell'Assicurato

Sulla polizza è attiva anche la Garanzia Complementare "Capitale Una Tantum"? SI NO

Si allegano i documenti necessari per la valutazione dello stato di non autosufficienza (di cui all' Art. 36 delle Condizioni contrattuali)*	Non autosufficienza
Copia del documento attestante la nomina di Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore (decreto del Giudice Tutelare/Atto notarile), laddove previsto.	SI
Relazione del medico curante (medico di famiglia e/o ospedaliero) attestante lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato con indicazione delle cause della perdita di autosufficienza. Tale relazione potrà essere effettuata preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società, per garantire la completezza delle informazioni.	SI
Copia fronte-retro di un valido documento di identità dell'Assicurato riportante firma visibile.	SI
Coordinate bancarie dell'Assicurato per le operazioni di accredito (Banca e codice IBAN). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dall'Assicurato o altra persona avente titolo Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore.	SI
Documentazione medica, cartelle cliniche e/o accertamenti effettuati dall'Assicurato utili ad attestare la data di diagnosi della non autosufficienza ed il decorso della patologia o del trauma che la ha causata.	SI

* Con riferimento ai documenti sopra riportati sarà cura della Società non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e sempreché risulti ancora in corso di validità.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

La Società potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

ATTENZIONE: le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

Luogo e data

Firma dell'Assicurato (o altra persona avente titolo)

Firma dell'Intermediario
(per autenticità delle firme degli aventi diritto)

PRIVACY

Per una lettura del testo dell'informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 si rimanda al testo riportato all'interno della Polizza.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 6 E 9 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, ed in particolare *"i dati relativi alla salute"*:

dà nega

il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità di cui all'informativa, compresa la loro comunicazione.

Data _____

Firma dell'Interessato

Avvertenza: negando o comunque non prestando il proprio consenso al trattamento dei dati non si consentirà l'esecuzione della richiesta.

Glossario

Anno/i (annuo): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile). In relazione agli anni riferiti al contratto di assicurazione (anno assicurativo) è il periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile) a partire dalla data di decorrenza del contratto stesso.

Annuale (durata): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile).

Appendice: documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.

Assicurato/i: persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che per questo prodotto sono due, uno deve coincidere con il Contraente e coincidono anche con il Beneficiario.

Beneficiario/i: persona fisica o giuridica, designata nel contratto o con successiva dichiarazione scritta comunicata alla Società o per testamento (art. 1920 p.p.cc), che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato. Per il presente prodotto coincide con l'Assicurato.

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

Capitale Una Tantum: somma che sarà liquidata all'Assicurato, sotto forma di unico capitale, in caso sia accertata la non autosufficienza dello stesso Assicurato e sia stata attivata l'omonima Garanzia Complementare Facoltativa.

Carenza: è il periodo durante il quale non sono efficaci le coperture assicurative. Il periodo di carenza decorre dal momento di decorrenza delle coperture assicurative stesse.

Cessione, Pegno e Vincolo: condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario. Per il presente prodotto non è prevista la possibilità di dare in pegno o di vincolare il contratto.

Condizioni contrattuali (o di assicurazione): insieme delle norme e delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi: insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

Contraente: persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società. Per il presente prodotto il Contraente può essere solo una persona fisica, deve coincidere con uno dei due Assicurati e coincide anche con il Beneficiario.

Contratto (di assicurazione): è il documento emesso dalla Società concernente le garanzie assicurative prestate e volto a disciplinare il rapporto giuridico tra le Parti.

Costi (o spese): oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati.

CRS (Common Reporting Standard o Scambio Automatico di Informazioni): è il quadro di riferimento sviluppato dall'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e Sviluppo Economico) che individua una normativa basata su accordi multilaterali tra i Paesi partecipanti (Europei ed Extraeuropei), che ha lo scopo di combattere l'evasione fiscale internazionale attraverso lo scambio multilaterale di informazioni. In virtù di tale normativa, gli intermediari finanziari (banche, assicurazioni vita, ecc.) dei Paesi aderenti sono tenuti ad identificare i soggetti (contraenti, beneficiari, titolari effettivi) aventi una o più residenze fiscali diverse da quella italiana e/o statunitense.

Data di conclusione del contratto: è la data di perfezionamento del contratto assicurativo.

Data di decorrenza (del contratto): è la data a partire dalla quale sono efficaci le coperture assicurative previste e le relative prestazioni.

Detraibilità fiscale (del premio versato): possibilità di portare in detrazione dalle imposte sui redditi tutto o parte del premio versato secondo i limiti previsti dalla normativa vigente. La detraibilità è prevista solo per alcune tipologie contrattuali o garanzie complementari. Il presente prodotto prevede la detraibilità fiscale dei premi versati.

Dichiarazioni (precontrattuali): informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

DIP Vita: documento informativo pre-contrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi. Fornisce le principali informazioni, diverse da quelle pubblicitarie, per consentire al Contraente di valutare il prodotto e di compararlo con gli altri prodotti aventi caratteristiche analoghe.

DIP Aggiuntivo Vita: documento informativo pre-contrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi. Fornisce le informazioni integrative e complementari rispetto a quelle contenute nel DIP Vita, diverse da quelle pubblicitarie, necessarie affinché il Contraente possa acquisire piena coscienza del prodotto.

Documento Unico di Rendicontazione: riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione.

Durata contrattuale: è il periodo durante il quale le coperture assicurative hanno efficacia.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Età assicurativa: è l'età (dell'Assicurato) ad una data epoca calcolata maggiorando di un anno l'età compiuta in anni interi se la frazione di anno trascorsa dall'ultimo compleanno all'epoca di computo è almeno pari ai sei mesi. In caso contrario è pari all'età esatta all'epoca di computo stessa.

FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act): normativa statunitense finalizzata a contrastare l'evasione fiscale da parte dei contribuenti americani detentori di investimenti all'estero. I Governi di Italia e Stati Uniti hanno sottoscritto un accordo bilaterale per l'applicazione della normativa FATCA in data 10.01.2014. In virtù di tale accordo, a partire dal

01.07.2014, gli intermediari finanziari stranieri (banche, assicurazioni vita, ecc.) saranno tenuti ad identificare e segnalare alla propria autorità fiscale i Clienti aventi residenza fiscale statunitense. Lo scambio di informazioni potrà avvenire automaticamente tra le rispettive autorità fiscali e riguarderà gli investimenti detenuti in Italia da cittadini e residenti americani e quelli detenuti negli Stati Uniti da soggetti residenti in Italia.

Garanzia Complementare Facoltativa: è la garanzia che può essere abbinata, in via facoltativa, alla Garanzia Principale. Per il presente contratto è: Capitale Una Tantum.

Garanzia Principale: garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata ai Beneficiari designati in caso di non autosufficienza del primo Assicurato, in ordine temporale, che ne fa richiesta; ad essa possono essere abbinata altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari.

Interessi di frazionamento: in caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata. Per il presente prodotto non è prevista l'applicazione degli interessi di frazionamento.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire l'adeguata protezione degli assicurati perseguendo la sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione e riassicurazione e la loro trasparenza e correttezza nei confronti della clientela.

Limiti territoriali: spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

Liquidazione: pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

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

Non pignorabilità e non sequestrabilità: principio secondo cui le somme dovute dalla Società al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Nucleo familiare: ai sensi del presente prodotto per nucleo familiare si intendono i coniugi, i conviventi more uxorio, le coppie di fatto conviventi e i fratelli e/o sorelle conviventi.

Pegno: vedi: "Cessione, Pegno e Vincolo".

Persone Politicamente Esposte: ai sensi dell'art.1 del D. Lgs. n. 90/2017 e s.m.i. e delle disposizioni regolamentari, emanate dall'Autorità di Vigilanza di settore, sono le persone fisiche residenti sul territorio nazionale, in altri stati comunitari o extra comunitari, che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari diretti e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

- 1) per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono:
 - a) Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - b) deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - c) membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
 - d) giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - e) membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
 - f) ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
 - g) componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
 - h) direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
 - i) direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
- 2) per familiari diretti si intendono il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili, i genitori;
- 3) ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al punto 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al punto 1; qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al punto 1;
- 4) senza pregiudizio dell'applicazione, in funzione del rischio, di obblighi rafforzati di adeguata verifica della clientela, quando una persona ha cessato di occupare importanti cariche pubbliche da un periodo di almeno un anno, i soggetti destinatari del decreto non sono tenuti a considerare tale persona come politicamente esposta.

Polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio: il premio rappresenta il prezzo che il Contraente paga per acquistare la prestazione offerta dall'assicuratore. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della prestazione. I premi possono essere: unici, periodici (o anche detti annui), unici ricorrenti. I premi unici ricorrenti e periodici possono essere rateizzati (o frazionati). Per il presente prodotto i premi sono annui, ossia il Contraente si impegna a corrisponderli per tutta la durata di pagamento dei premi prevista dal contratto, in particolare per l'intera vita degli Assicurati, fino a che non subentra il decesso o lo stato di non autosufficienza.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.

- Prestazione assicurata:** somma pagabile dalla Società al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
- Prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi:** prodotti emessi da imprese di assicurazione nell'esercizio delle attività rientranti nei rami vita definiti dall'articolo 2, comma 1, del D. Lgs. 7/09/2005, n. 209, recante il Codice delle Assicurazioni Private, qualora le prestazioni siano dovute soltanto in caso di decesso o per incapacità dovuta a lesione, malattia o infermità.
- Quadrimestre (quadrimestrale):** periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
- Quinquennio (quinquennale):** periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo).
- Questionari (sanitario e stile di vita):** moduli costituiti da domande sullo stato di salute e/o sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
- Recesso (o ripensamento):** diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
- Reclamo:** per reclamo si intende una dichiarazione di insoddisfazione, in forma scritta, nei confronti di un'impresa di assicurazione, di un intermediario assicurativo iscritto al registro Unico degli Intermediari (RUI) o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso al RUI e relativa ad un contratto o ad un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.
- Rendita assicurata:** somma che sarà liquidata all'Assicurato (Beneficiario), sotto forma di rendita mensile costante, in caso sia accertata la non autosufficienza dello stesso Assicurato. Il pagamento è previsto fino a che l'Assicurato è in vita e permane lo stato di non autosufficienza.
- Ricorrenza annuale:** l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.
- Riduzione:** diminuzione della prestazione assicurata conseguente alla scelta effettuata dal Contraente di sospendere il pagamento dei premi, determinata secondo le modalità indicate nelle Condizioni contrattuali. Per il presente prodotto per aver diritto ad un valore di riduzione è necessario aver versato almeno 8 annualità intere di premio.
- Rischio demografico:** rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita; infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Società di erogare la prestazione assicurata.
- Semestre (semestrale):** periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
- SEPA Direct Debit Core:** disposizione automatica di addebito in Euro dei premi sul conto corrente del Contraente, attivata dalla Società (creditore) in virtù di un mandato sottoscritto dal Contraente stesso (debitore).
- Set Informativo:** insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale Contraente, prima della sottoscrizione del contratto e pubblicata nel sito internet della Società. Il Set Informativo è composto dal DIP Vita, dal DIP Aggiuntivo Vita, dalle Condizioni contrattuali comprensive di Glossario e dalla Polizza in fac-simile.
- Settimana (settimanale):** periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.
- Sinistro:** verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio la non autosufficienza dell'Assicurato.
- Società:** compagnia autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione. Per questo prodotto la Società è Helvetia Vita S.p.A..
- Sovrappremio:** maggiorazione di premio richiesta dalla Società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui gli Assicurati superino determinati livelli di rischio o presentino condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario), nel caso in cui gli Assicurati adottino abitudini/pratiche che possano incidere significativamente sul rischio oppure nel caso in cui gli Assicurati svolgano attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio stile di vita).
- Tasso di interesse legale (interessi legali):** tasso determinato dal Ministero del Tesoro con decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana entro il 15 dicembre dell'anno precedente a quello cui il tasso si riferisce. Se entro tale data non viene fissata una nuova misura, il tasso applicabile sarà quello previsto per l'anno precedente.
- Titolare effettivo:** ai sensi dell'Art. 20 del D. Lgs. n. 90/2017 e s.m.i. e delle disposizioni regolamentari emanate dall'Autorità di Vigilanza di settore, si intende:
- 1) in caso di società:
 - a) la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedano o controllino un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica (tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale sia superiore al 25% di partecipazione al capitale sociale). Qualora l'applicazione dei criteri suddetti non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione dell'entità giuridica;
 - 2) in caso di entità giuridiche quali le fondazioni e di istituti giuridici quali i trust e le società fiduciarie, che amministrano e distribuiscono fondi, sono cumulativamente individuati come titolari effettivi:
 - a) i fondatori, ove in vita;
 - b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
 - c) se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;
 - d) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.
- Trimestre (trimestrale):** periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
- Valuta (di denominazione):** valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.
- Vincolo:** vedi "Cessione, Pegno e Vincolo".

“Helvetia Vita S.p.A.”

Condizioni di Assicurazione relative alla Polizza stipulata tra

Europ Assistance Italia S.p.A. con sede in Via del Mulino, n. 4 - 20057 Assago (MI) – Impresa autorizzata all’esercizio delle assicurazioni, con decreto del Ministero dell’Industria del Commercio e dell’Artigianato n. 19569 del 2 giugno 1993 (Gazzetta Ufficiale del 1° luglio 1993 n. 152) – Iscritta alla sezione I dell’Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108 – Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all’Albo dei Gruppi assicurativi – Società soggetta alla direzione e al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A.

(di seguito per brevità – Europ Assistance)

e

Helvetia Vita S.p.A. con sede legale in Milano, via G.B. Cassinis, n° 21 - società autorizzata all’esercizio dell’attività assicurativa con Provv. Isvap n. 1979 del 4/12/2001 – pubblicato su G.U. del 12/12/2001 n. 288, sottoposta alla vigilanza dell’Ivass, iscritta all’Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00142 ed all’Albo dei Gruppi Assicurativi n. 031, nel Registro delle Imprese di Milano R.E.A. n. 1882793, Partita IVA 03215010962, capitale sociale € 47.594.000,00 i.v., società con socio unico soggetta a direzione e coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d’Assicurazioni SA – Rappresentanza Generale e Direzione per l’Italia

(di seguito per brevità – Contraente)

la presente Assicurazione viene inclusa, senza costi aggiuntivi, nella Polizza Vita di Helvetia Vita S.p.A. denominata Helvetia Double Care.

INDICE

INDICE

PARTE II - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	1
COME RICHIEDERE ASSISTENZA	8
RECLAMI	9
COSA SONO I DATI PERSONALI E COME VENGONO UTILIZZATI DA EUROP ASSISTANCE ITALIA S.P.A... ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.	
ALLEGATO A – GLOSSARIO	1

PARTE II - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE Mod. 22342

Art. 1. - ALTRE ASSICURAZIONI

Per lo stesso Rischio puoi essere assicurato con diverse compagnie di assicurazione.

Se si verifica un Sinistro, devono essere informate tutte le compagnie di assicurazione con cui è presente un'assicurazione per lo stesso Rischio e, tra queste, Europ Assistance, dell'esistenza delle altre compagnie di assicurazione che coprono lo stesso Rischio. In questo caso si applica l'art. 1910 del Codice Civile.

L'art. 1910 del Codice Civile italiano vuole evitare il caso in cui vi siano più assicurazioni per lo stesso Rischio con diverse compagnie, e si riceva complessivamente una somma superiore al danno che subito. Per questo motivo o, in caso di sinistro, si deve informare ogni compagnia di tutte le assicurazioni sottoscritte con le altre, per lo stesso Rischio.

Art. 2. - LEGGE REGOLATRICE E GIURISDIZIONE

Le Condizioni di Assicurazione sono regolate dalla legge italiana.

Per tutto quello che non è previsto dalle Condizioni di Assicurazione e per tutte le regole di giurisdizione e/o competenza del giudice, si applica la legge italiana.

Art. 3. - TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ogni tuo diritto nei confronti di Europ Assistance si prescrive entro il termine di due anni dal giorno del Sinistro. Nell'assicurazione della responsabilità civile i due anni iniziano dal giorno in cui la persona danneggiata ti ha fatto causa per ottenere il risarcimento o te lo ha chiesto senza farti causa. In questo caso si applica l'art. 2952 del Codice Civile.

In caso di apertura del sinistro vige l'obbligo di interrompere i termini prescrizionali in forma scritta.

Es: denuncia un Sinistro oltre il termine massimo di due anni stabiliti dal Codice Civile, non si avrà diritto all'Indennizzo.

Art. 4. - VALUTA DI PAGAMENTO

In Italia ricevi l'Indennizzo in Euro. Se chiedi l'Indennizzo di spese avute in paesi che non fanno parte dell'Unione Europea o appartenenti all'Unione Europea, ma che non hanno l'Euro come moneta, Europ Assistance calcola il rimborso convertendo in Euro l'importo delle spese che hai avuto. Europ Assistance calcola l'indennizzo in base al valore dell'Euro in rapporto alla moneta del paese in cui hai sostenuto le spese nel giorno di emissione della fattura.

Art. 5. - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Europ Assistance quando ti fornisce le Garanzie potrebbe venire a conoscenza e utilizzare i dati personali di altre persone. Devi far conoscere a queste persone l'Informativa sul trattamento dei dati e farti dare il loro consenso scritto al trattamento dei loro dati relativi alla salute per finalità assicurative. Puoi usare la seguente formula di consenso: "Ho letto l'Informativa sul trattamento dei dati e acconsento al trattamento dei miei dati personali relativi alla salute necessari alla gestione della Polizza da parte di Europ Assistance Italia e dei soggetti indicati nell'informativa".

PARTE II - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE Mod. 22342

SEZIONE I – DESCRIZIONE DELLE GARANZIE



Che cosa è assicurato?

Art. 6. - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A) GARANZIA ASSISTENZA

- **ASSISTENZA ALLA PERSONA**

Le prestazioni di Assistenza di seguito descritte sono erogate per INFORTUNIO e/o MALATTIA e possono essere richieste tre volte per ciascun tipo durante ogni annualità di polizza in cui rimani assicurato con la Polizza Vita denominata Helvetia Double Care di Helvetia Vita S.p.A.

1. PIATTAFORMA MY CLINIC

Prestazioni di assistenza medica a distanza, attive 24 ore su 24, fornite attraverso una piattaforma digitale My Clinic con accesso da smartphone, pc e tablet.

Le prestazioni sono:

a. CONSULTO MEDICO TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

A seguito all'autovalutazione dei sintomi o per approfondire il tuo stato di salute, potrai accedere alla tua area personale e richiedere un CONSULTO MEDICO GENERICO 24 ore su 24 ai medici della Struttura Organizzativa, attraverso chiamata vocale o videochiamata. Potrai inoltre completare la tua cartella salute per condividere i tuoi dati durante il consulto medico.

Ricordati che il consulto medico a distanza non costituisce diagnosi; quindi, ricordati che per una corretta valutazione del tuo stato di salute è sempre necessario consultare un medico.

b. CONSULTO MEDICO SPECIALISTICO TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

A seguito all'autovalutazione dei sintomi o per approfondire il tuo stato di salute, potrai accedere alla tua area personale e richiedere un CONSULTO CON UN MEDICO SPECIALISTA IN PEDIATRIA, ORTOPEDIA, GINECOLOGIA, CARDIOLOGIA, GERIATRIA, NEUROLOGIA, PSICOLOGIA, NUTRIZIONE, DIABETOLOGIA, OTORINO-LARINGOIATRIA REUMATOLOGIA, SENOLOGIA, NEUROPSICOLOGIA, LOGOPEDIA, NEUROPSICOMOTRICITA', PSICHIATRIA, OSTETRICIA e MEDICINA DELLO SPORT attraverso chiamata vocale o videochiamata. Potrai inoltre completare la tua cartella salute per condividere i tuoi dati durante il consulto medico.

Ricordati che il consulto medico a distanza non costituisce diagnosi; quindi, ricordati che per una corretta valutazione del tuo stato di salute è sempre necessario consultare un medico.

c. CARTELLA SALUTE TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

Accedendo alla tua area personale potrai archiviare tutti i dati sulla tua salute pregressa e attuale, allegare esiti di esami e referti, inserire misurazioni dei tuoi parametri (pressione, glicemia, frequenza cardiaca, peso, temperatura) e tenere traccia dello storico, inserire i farmaci assunti.

La cartella salute è disponibile per consultare e/o scaricare i tuoi dati autonomamente e in modo sicuro in qualunque momento. Potrai inoltre completare la tua cartella salute per condividere i tuoi dati durante il consulto medico.

Nella cartella salute è presente un servizio di Pill Reminder che consente di impostare in modo autonomo dei promemoria per i farmaci da assumere. **Il servizio di Pill Reminder è fornito da Europ Assistance senza oneri a tuo carico.**

d. PASSAPORTO SALUTE TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

Se a seguito del consulto medico emerge la necessità di condividere i tuoi dati con un medico specialista potrai creare, dalla tua cartella salute, il tuo passaporto salute traducendo in modo automatico i tuoi dati nelle lingue disponibili.

e. VALUTAZIONE DEI SINTOMI TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

Accedendo alla tua area personale potrai in totale autonomia usufruire di un programma di autovalutazione che ti aiuterà a comprendere i tuoi sintomi e ti indicherà probabili cause e i possibili comportamenti da tenere. In seguito

PARTE II - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE Mod. 22342

all'autovalutazione dei sintomi, l'Assicurato può approfondire il proprio stato di salute attraverso la richiesta di un Consulto Medico.

Il risultato dell'autovalutazione non è una diagnosi, quindi ricordati che per una corretta valutazione del tuo stato di salute è sempre necessario consultare un medico.

2. INVIO DI UN MEDICO GENERICO IN CASI DI URGENZA IN ITALIA

Prestazione erogata SOLO IN ITALIA dopo la CONSULENZA MEDICA.

Se, a causa di un infortunio o malattia hai bisogno di un medico e non riesci a reperirlo, la Struttura Organizzativa, dopo aver verificato se necessario, invia uno dei suoi medici convenzionati a casa tua.

Europ Assistance tiene a suo carico i costi del medico.

Questa non è una prestazione in emergenza, in questo caso chiama il 118.

L'orario per l'erogazione della prestazione è il seguente:

- da lunedì a venerdì, dalle ore 20 alle ore 8,
- il sabato, la domenica e nei giorni festivi, 24 ore su 24.

3. TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA IN ITALIA

Prestazione erogata SOLO IN ITALIA

Se, a causa di un infortunio o malattia accertato dalla Struttura Organizzativa, devi essere trasportato senza urgenza con un'autoambulanza all'istituto di cura più vicino a casa tua, la Struttura Organizzativa invierà l'autoambulanza.

Europ Assistance tiene a suo carico i costi per l'autoambulanza.

Questa non è una prestazione in emergenza, in questo caso chiama il 118.

L'orario per l'erogazione della prestazione è il seguente:

- da lunedì a venerdì, dalle ore 20 alle ore 8,
- il sabato, la domenica e nei giorni festivi, 24 ore su 24.

4. MEDICAL COACH

Accedendo al Consulto Medico Generico potranno essere fornite, su richiesta, indicazioni per un programma personalizzato di check up definito sulla base della propria storia medica. Il servizio darà accesso alla rete di centri medici, centri odontoiatrici e fisioterapici convenzionati con Europ Assistance per prenotare visite ed esami a tariffe agevolate. È possibile richiedere 1 prestazione per anno assicurativo per ogni individuo appartenente al nucleo familiare.

Attenzione: il consulto medico a distanza è fornito sulla base delle informazioni fornite e non costituisce diagnosi, pertanto, per una corretta valutazione dello stato di salute è sempre necessario consultare il proprio medico curante.

Il consulto, pertanto, non può in alcun modo sostituirsi all'esame obiettivo del medico curante e non può essere utilizzato per richiedere ai medici della Struttura Organizzativa prescrizioni di eventuali farmaci ed esami diagnostici. Inoltre, per le situazioni di emergenza, sarà sempre necessario contattare il numero di emergenza del Paese in cui si trova la persona che ha attivato il servizio.

5. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)

Richiedibile da parte degli Assicurati ed i relativi nuclei familiari in seguito a malattia improvvisa o infortunio. Fanno parte di tale servizio:

- Ospedalizzazione domiciliare:** la Struttura Organizzativa organizza e gestisce il ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 3 giorni consecutivi e non frazionabili, 1 volta per anno assicurativo e considerando tutti i soggetti che ne hanno diritto, tenendo a proprio carico i costi...
- Servizi Sanitari:** se il soggetto che ha attivato il servizio ha bisogno di eseguire presso la sua abitazione prelievi del sangue, ecografie, elettrocardiogrammi non urgenti, di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvede ad organizzarla per un massimo di 3 giorni consecutivi e non frazionabili, 1 volta per anno assicurativo e considerando tutti i soggetti che ne hanno diritto tenendo a proprio carico i costi;
- Servizi Non Sanitari:** se il soggetto che ha attivato non può lasciare la sua abitazione la Struttura Organizzativa, verificata la necessità della prestazione, provvede ad inviare presso la sua abitazione personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare per un massimo di 3 giorni consecutivi e non frazionabili, 1 volta per anno assicurativo e considerando tutti i soggetti che ne hanno diritto, tenendo a proprio carico i costi;
- Servizi Socio-Assistenziali:** la Struttura Organizzativa, sulla base delle necessità del soggetto che ha attivato il servizio, individua il personale più idoneo, Operatore Socio-Sanitario e/o socioassistenziale (Badante). In particolare, accertata la necessità della prestazione, provvede ad inviare un Operatore Socio-Sanitario e/o segnalare la società in grado di inviare il personale socioassistenziale (Badante), secondo le disponibilità, per un massimo di 3 giorni consecutivi e non frazionabili, 1 volta per anno assicurativo e considerando tutti i soggetti che ne hanno diritto tenendo a proprio carico i costi.

PARTE II - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE Mod. 22342

Per attivare le prestazioni di assistenza di cui ai punti 2, 3, 4, 5 basterà contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa (Europ Assistance Italia S.p.A.) ad appositi numeri telefonici indicati al successivo Art. 12.. Le prestazioni di assistenza di cui al punto 1 invece possono essere attivate a scelta dalla piattaforma My Clinic o contattando telefonicamente la Struttura Organizzativa agli appositi numeri telefonici indicati al successivo Art. 12.

• ASSISTENZA PER IL FAMILIARE ANZIANO

Le prestazioni sono fornite in caso di malattia e/o infortunio del familiare anziano dell' Assicurato, dal quale consegue uno stato di non autosufficienza"

Le prestazioni sono fornite quando il familiare anziano non è autosufficiente e necessità di assistenza in uno o più degli atti elementari della vita quotidiana di cui alla definizione di non autosufficienza riportata nel Glossario.

1. CARE MANAGER

Il servizio di Care Manager è fornito dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00.

Richiedibile telefonando alla Struttura Organizzativa laddove il familiare anziano, per una malattia e/o infortunio, non sia autosufficiente e abbia bisogno di una consulenza socioassistenziale.

Il Care Manager, dopo un approfondito colloquio telefonico con l'Assicurato e, in caso di impossibilità, con i familiari, valuta le diverse esigenze di Cura. Al termine delle sue valutazioni, il Care Manager restituisce per iscritto e mediante colloquio telefonico:

- a) un piano di cura personalizzato sulla base della situazione riscontrata con l'indicazione delle figure professionali necessarie e la programmazione oraria/giornaliera degli interventi;
- b) indicazione di eventuali modifiche alla logistica dell'abitazione con evidenza delle eventuali barriere architettoniche o pericoli da rimuovere;
- c) indicazione dei parametri da monitorare;
- d) indicazioni su dove reperire gli ausili e i presidi necessari;
- e) indicazioni su come ottenere i servizi sanitari /sociali presso le strutture presenti sul territorio con indicazioni degli uffici ai quali rivolgersi;
- f) indicazione su come ottenere le risorse messe a disposizione dal SSN.

Se lo ritiene necessario organizza anche un sopralluogo presso l'abitazione del familiare anziano e può richiedere eventuale documentazione medica a supporto della sua valutazione.

Attenzione! Al fine dell'erogazione della prestazione, è necessario che l'Assicurato ottenga il consenso del familiare anziano o di chi ne fa le veci.

2. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)

Fanno parte di tale servizio:

- a) **Ospedalizzazione domiciliare:** la Struttura Organizzativa, su valutazione del Care Manager, organizza e gestisce il ricovero del familiare anziano in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico **per un massimo di 7 giorni consecutivi e non frazionabili, 1 volta per anno assicurativo e considerando tutti i soggetti che ne hanno diritto.**

La modalità per l'accesso ed erogazione della prestazione, accertata la necessità della stessa, sono definite dal Care Manager che provvede, insieme al servizio medico della Struttura Organizzativa, ad attivare quanto necessario.

- b) **Servizi Sanitari:** se il familiare anziano ha bisogno di eseguire presso la sua abitazione prelievi del sangue, ecografie, elettrocardiogrammi non urgenti, di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa in accordo con il Care Manager, accertata la necessità della prestazione, provvede ad organizzarla **per un massimo di 7 giorni continuativi e non frazionabili per sinistro e per anno assicurativo e considerando tutti i soggetti che ne hanno diritto.**

- c) **Servizi Non Sanitari:** se il familiare anziano non può lasciare la sua abitazione, la Struttura Organizzativa, provvede ad inviare presso la sua abitazione personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare.

La Struttura Organizzativa in accordo con il Care Manager, accertata la necessità della Prestazione, provvede ad organizzarla **per un massimo di 7 giorni continuativi e non frazionabili per sinistro e per anno assicurativo e considerando tutti i soggetti che ne hanno diritto.**

- d) **Servizi Socio-Assistenziali:** la Struttura Organizzativa, sulla base delle necessità di assistenza del familiare anziano, individua il personale più idoneo, Operatore Socio-Sanitario e/o socioassistenziale (Badante). In particolare, accertata la necessità della prestazione, provvede ad inviare un Operatore Sociosanitario e/o segnalare la società in grado di inviare il personale socioassistenziale (Badante), secondo le disponibilità, **per un massimo di 7 giorni continuativi e non frazionabili per sinistro e per anno assicurativo e considerando tutti i soggetti che ne hanno diritto.**

PARTE II - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE Mod. 22342

Per attivare le prestazioni di assistenza basterà contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa (Europ Assistance Italia S.p.A.) ad appositi numeri telefonici indicati al successivo Art. 12..

• **ASSISTENZA ALLA PERSONA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Le prestazioni sono operative solo in caso di INFORTUNIO o MALATTIA che comportano la denuncia di Sinistro per l'accertamento della perdita di autosufficienza sulla Polizza Vita denominata Helvetia Double Care che è stata stipulata con Helvetia Vita S.p.A.

1. CARE MANAGER PER L'ASSICURATO IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Se hai bisogno di una consulenza socioassistenziale, puoi telefonare alla Struttura Organizzativa che attiva il Care Manager. Il Care Manager, dopo un approfondito colloquio telefonico con te e, in caso di impossibilità, con i tuoi familiari, valuta le diverse esigenze di Cura.

Al termine delle sue valutazioni, il Care Manager, ti restituisce per iscritto e mediante colloquio telefonico:

- un piano di cura personalizzato sulla base della situazione riscontrata con l'indicazione delle figure professionali necessarie e la programmazione oraria/giornaliera degli interventi;
- indicazione di eventuali modifiche alla logistica della tua abitazione con evidenza delle eventuali barriere architettoniche o pericoli da rimuovere;
- Indicazione dei parametri da monitorare;
- Indicazioni su dove reperire gli ausili e i presidi necessari;
- indicazioni su come ottenere i servizi sanitari /sociali presso le strutture presenti sul territorio con indicazioni degli uffici ai quali rivolgersi;
- indicazione su come ottenere le risorse messe a disposizione dal SSN.

Se lo ritiene necessario, il Care Manager, organizza un sopralluogo presso la tua Abitazione e può richiedere eventuale documentazione medica a supporto della sua valutazione.

2. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)

Ospedalizzazione Domiciliare

La Struttura Organizzativa, su valutazione del Care Manager, organizza e gestisce il tuo ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico **per un massimo di 60 giorni continuativi e non frazionabili, tenendo a proprio carico i costi.**

La modalità per l'accesso ed erogazione della Prestazione, accertata la necessità della stessa, sono definite dal Care Manager che provvede, insieme al servizio medico della Struttura Organizzativa, ad attivare quanto necessario.

Servizi Sanitari

Se hai bisogno di eseguire presso la tua abitazione prelievi del sangue, ecografie, elettrocardiogrammi **non urgenti**, di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa in accordo con il Care Manager, **accertata la necessità della Prestazione**, provvede ad organizzarla **tenendo a proprio carico i costi per un massimo di 60 giorni continuativi e non frazionabili.**

Servizi Non Sanitari

Se non puoi lasciare la tua abitazione, la Struttura Organizzativa, provvede ad inviare presso la tua abitazione personale un servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori.

La Struttura Organizzativa, in accordo con il Care Manager, **accertata la necessità della Prestazione**, provvede ad organizzarla **tenendo a proprio carico i costi per un massimo di 60 giorni continuativi e non frazionabili.**

Servizi Socio-Assistenziali

La Struttura Organizzativa, sulla base delle tue necessità di assistenza, individua il personale più idoneo, Operatore Socio-Sanitario e/o socioassistenziale (Badante). La Struttura Organizzativa **accertata la necessità della prestazione**, provvede ad inviare un Operatore Socio-Sanitario e/o segnalare la società in grado di inviare il personale socioassistenziale (badante), secondo le disponibilità **Europ Assistance tiene a proprio carico i costi per un massimo di 60 giorni consecutivi e non frazionabili.**

3. RICERCA E SELEZIONE BADANTE

Se a seguito della consulenza con il Care Manager emergesse la necessità di organizzare un'assistenza continuativa al domicilio di personale socioassistenziale (badante), terminato il periodo di erogazione dell'assistenza domiciliare integrata, l'Assicurato o un suo familiare potranno contattare la Struttura Organizzativa che sulla base della necessità di assistenza provvederà a

PARTE II - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE Mod. 22342

segnalare la società in grado di ricercare il personale idoneo, secondo le disponibilità. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico i soli costi di ricerca e selezione del personale. **Sono esclusi dalla prestazione i costi del personale socioassistenziale che restano a carico dell'Assicurato.**

Il servizio sarà disponibile con riferimento esclusivamente al primo Assicurato che è stato riconosciuto in stato di non autosufficienza a norma delle condizioni previste dal prodotto Helvetia Double Care. Tale servizio inoltre è attivabile una volta che sono stati esauriti i 60 giorni di ADI previsti al punto 2

La prestazione copre solo l'Assicurato e non è estendibile al nucleo familiare.

4. SUPPORTO PSICOLOGICO

Se a seguito di non autosufficienza l'Assicurato necessitasse di un supporto psicologico, potrà contattare la Struttura Organizzativa che organizzerà un percorso psicologico di supporto a distanza in vide-consulto, **per un massimo di 4 sedute.**

Il servizio sarà disponibile con riferimento esclusivamente al primo Assicurato che è stato riconosciuto in stato di non autosufficienza a norma delle condizioni previste dal prodotto Helvetia Double Care. Tale servizio inoltre è attivabile una volta che sono stati esauriti i 60 giorni di ADI previsti al punto 2

Per attivare le prestazioni di cui sopra basterà contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa (Europ Assistance Italia S.p.A.) ad appositi numeri telefonici indicati al successivo Art. 12.



Dove valgono le garanzie?

Art. 7. - ESTENSIONE TERRITORIALE

La garanzia Assistenza è valida in Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano.



Quando cominciano le coperture e quando finiscono?

Art. 8. - DECORRENZA E DURATA

La Garanzia "ASSISTENZA ALLA PERSONA" ed "ASSISTENZA PER IL FAMILIARE ANZIANO" decorrono dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza della Polizza Helvetia Double Care che è stata stipulata con la Contraente e fino alla data di denuncia della non autosufficienza. La Garanzia "ASSISTENZA ALLA PERSONA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA" decorre dalla data di denuncia della non autosufficienza e fino alla data di accertamento della non autosufficienza stessa, ed in ogni caso per un periodo massimo di 60 giorni consecutivi.

La copertura assicurativa termina qualora non sia più in vigore la Polizza Vita Helvetia Double Care (recesso, decesso di entrambi gli Assicurati, rifiuto degli Assicurati a fornire informazioni circa il proprio stato di non autosufficienza, riduzione senza riattivazione della Polizza Vita e risoluzione del contratto per mancato pagamento del numero minimo di annualità di premio previste).

SEZIONE II – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLE GARANZIE



Che cosa non è assicurato?

Art. 9. - ESCLUSIONI

Sono esclusi i sinistri provocati o dipendenti da:

- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;
- abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni e dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- gli stati patologici correlati alle infezioni da HIV.

Sono inoltre esclusi gli infortuni, le malattie, le malformazioni, i difetti fisici e gli stati patologici diagnosticati anteriormente alla sottoscrizione della Polizza Vita denominata Helvetia Double Care che è stata stipulata con Helvetia Vita S.p.A.

PARTE II - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE Mod. 22342

Solo per le prestazioni di "ASSISTENZA ALLA PERSONA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA" sono inoltre esclusi gli infortuni, le malattie, le malformazioni, i difetti fisici e gli stati patologici diagnosticati anteriormente alla sottoscrizione della Polizza Vita denominata Helvetia Double Care che è stata stipulata con Helvetia Vita S.p.A. o esclusi dalla stessa.

Si precisa che non sono oggetto di esclusione le prestazioni di "ASSISTENZA ALLA PERSONA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA" laddove la stessa sia causata da patologie oncologiche da cui sei stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si è concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di decorrenza della copertura assicurativa. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni.



Ci sono limiti di copertura?

Art. 10. - SANZIONI INTERNAZIONALI

Le "Sanzioni Internazionali" indicano l'insieme delle disposizioni nazionali e internazionali che regolano gli embarghi, gli individui e le entità sanzionate, il finanziamento del terrorismo e le restrizioni commerciali adottate da: i) Nazioni Unite; (ii) Unione Europea; (iii) Stati Uniti d'America, principalmente attraverso l'Office of Foreign Assets Control del Dipartimento del Tesoro degli Stati Uniti; (iv) Regno Unito e (v) giurisdizioni nazionali che disciplinano le presenti Condizioni di Assicurazione. Europ Assistance Italia S.p.A. non è tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, né a liquidare sinistri, né a fornire prestazioni o servizi descritti nelle Condizioni di Assicurazione se questo la espone a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite o delle sanzioni commerciali o economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o di giurisdizioni nazionali applicabili che disciplinano le presenti Condizioni di Assicurazione.

Questa clausola prevarrà su qualsiasi clausola contraria eventualmente contenuta in queste Condizioni di Assicurazione.

Per ulteriori dettagli puoi visitare:

<https://www.europassistance.it/contenuti-utili/international-regulatory-information-links>

La copertura assicurativa non è operante nei seguenti Paesi: **Siria, Corea del Nord, Iran, Bielorussia, Russia** e nelle seguenti Regioni: **Crimea, Donetsk, Lugansk, Zaporizhzhia, Kherson**.

Attenzione!

Se sei una "United States Person" e sei a Cuba o in Venezuela, per poter avere l'assistenza, Indennizzi/Risarcimenti previsti in Polizza devi dimostrare ad Europ Assistance Italia S.p.A. di essere a Cuba o in Venezuela rispettando le leggi USA.

Senza l'autorizzazione al tuo soggiorno a Cuba o in Venezuela Europ Assistance Italia S.p.A. non può fornire l'assistenza e riconoscierti Indennizzi/Risarcimenti.

Art. 11. - LIMITAZIONI DELLE GARANZIE

• UTILIZZO DELLA PIATTAFORMA MY CLINIC

La piattaforma My Clinic e di conseguenza le prestazioni ad essa **collegate è utilizzabile solo da soggetti maggiorenni e una volta accettate le condizioni d'uso della stessa.**

Sulla piattaforma è possibile attivare fino ad un massimo di 6 profili (compresi nel nucleo familiare come risultante dallo stato di famiglia) per poter usufruire delle prestazioni offerte dalla piattaforma stessa. **A tale proposito si segnala che i 3 consulti annuali sono da intendersi riferiti a tutti i profili eventualmente attivati.**

• LIMITAZIONE DI RESPONSABILITA'

Europ Assistance non è responsabile dei danni:

- causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza;
- conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.

SEZIONE III – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO E DI EUROP ASSISTANCE



Che obblighi hai e che obblighi ha l'impresa?

PARTE II - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE Mod. 22342

Art. 12. - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO ALLA PRESTAZIONE IN CASO DI SINISTRO

A) GARANZIA ASSISTENZA

In caso di Sinistro, devi telefonare subito alla Struttura Organizzativa ai numeri:

800 046456 valido per telefonate dall'Italia

02 58246006 valido per telefonate dall'Italia e dall'estero

Se non puoi telefonare subito alla Struttura Organizzativa perché non ne hai la possibilità, devi chiamare appena possibile e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale.

Se non chiami la Struttura Organizzativa, Europ Assistance può decidere di non fornirti le Prestazioni di assistenza.

Art. 1915 Codice Civile italiano: l'articolo spiega cosa succede se non si denuncia il sinistro all'assicuratore nei tempi in cui lo ha richiesto.

COME RICHIEDERE ASSISTENZA

Per ricevere le prestazioni di Assistenza, puoi telefonare alla Struttura Organizzativa di Europ Assistance che è in funzione 24 ore su 24, la Struttura Organizzativa ti darà tutte le informazioni per intervenire o ti indicherà le procedure più idonee per risolvere nel migliore dei modi qualsiasi tipo di problema oltre ad autorizzare eventuali spese.

IMPORTANTE: non prendere alcuna iniziativa senza avere prima interpellato telefonicamente la Struttura Organizzativa al numero:

800 046456 - 02 58246006

Dovrai dare le seguenti informazioni:

- Tipo di intervento/garanzia richiesto/da attivare;
- nome e cognome;
- indirizzo del luogo in cui ci si trova;
- recapito telefonico;
- n. Polizza Vita e nome e cognome dell'Assicurato che sta attivando il servizio
- eventuali ulteriori informazioni richieste dalla Struttura Organizzativa a fronte della tipologia di intervento/garanzia richiesto/da attivare.

Se non puoi telefonare alla Struttura Organizzativa, puoi inviare: un fax al numero 02.58477201

Europ Assistance per poter fornire le Garanzie previste nelle Condizioni di Assicurazione deve trattare i tuoi dati personali e, come dice il Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali, per trattare i tuoi dati relativi alla salute ha bisogno del tuo consenso. Telefonando o scrivendo o facendo telefonare o scrivere ad Europ Assistance fornisci liberamente il tuo consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute come indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati che hai ricevuto.

COME ACCEDERE ALLA PIATTAFORMA MY CLINIC

Riceverai una e-mail nella quale sono indicati:

- **USERNAME**
- **PASSWORD**
- **LINK ALLA PIATTAFORMA**

Al primo accesso dovrai confermare i tuoi dati, completare la registrazione e potrai accedere alla piattaforma.

PARTE II - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE Mod. 22342

RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: Europ Assistance Italia S.p.A. – Ufficio Reclami – Via del Mulino n.4 20057 Assago (MI); fax: 02.58.47.71.28 – pec: reclami@pec.europassistance.it - e-mail: ufficio.reclami@europassistance.it.

Se non sei soddisfatto dell'esito del reclamo o se non ricevi riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrai rivolgerti all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax: 06.42.13.32.06, pec: ivass@pec.ivass.it, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da Europ Assistance. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore da presentarsi direttamente all'IVASS, nel reclamo devi indicare:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato ad Europ Assistance Italia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per la presentazione del reclamo ad IVASS può essere scaricato dal sito www.ivass.it.

Prima di interessare l'Autorità giudiziaria, puoi rivolgerti a sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

- **Mediazione:** interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013 n. 98);
- **Negoziazione assistita:** tramite richiesta del proprio avvocato ad Europ Assistance Italia S.p.A.

Controversie in materia assicurativa sulla determinazione e stima dei danni nell'ambito delle polizze contro il rischio di danno (ove previsto dalle Condizioni di Assicurazione).

In caso di controversie relative alla determinazione e stima dei danni, è necessario ricorrere alla perizia contrattuale, ove prevista dalle Condizioni di Assicurazione, per la risoluzione di tale tipologia di controversie. La domanda di attivazione della perizia contrattuale o di arbitrato dovrà essere indirizzata a: Ufficio Liquidazione Sinistri – Via del Mulino n.4 20057 Assago (MI), a mezzo Raccomandata A.R. oppure pec: all'indirizzo sinistri@pec.europassistance.it.

Se si tratta di controversie nell'ambito di polizze contro il rischio di danno nelle quali sia già stata espletata la perizia contrattuale oppure non attinenti alla determinazione e stima dei danni, la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita.

Controversie in materia assicurativa su questioni mediche (ove previsto dalle Condizioni di Assicurazione).

In caso di controversie relative a questioni mediche relative a polizze infortuni o malattie, è necessario ricorrere all'arbitrato ove previsto dalle Condizioni di Assicurazione per la risoluzione di tale tipologia di controversie. La domanda di attivazione della perizia contrattuale o di arbitrato dovrà essere indirizzata a: Ufficio Liquidazione Sinistri – Via del Mulino n.4 20057 Assago (MI), a mezzo Raccomandata A.R. oppure pec: all'indirizzo sinistri@pec.europassistance.it. L'arbitrato si svolgerà presso la sede dell'Istituto di medicina legale più vicino al tuo luogo di residenza.

Se si tratta di controversie nell'ambito di polizze contro gli infortuni o malattie nelle quali sia già stato espletato l'arbitrato oppure non attinenti a questioni mediche, la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere puoi presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/finnet/index_en.htm).

INFORMATIVA PRIVACY

COSA SONO I DATI PERSONALI E COME VENGONO UTILIZZATI DA EUROP ASSISTANCE ITALIA S.P.A.

Informativa sul trattamento dei dati per finalità assicurative

(ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali)

I **Dati personali** sono le informazioni che riguardano una persona e che permettono di riconoscerla tra altre persone. Sono Dati personali, ad esempio, il nome e cognome, il numero di carta di identità o di passaporto, le informazioni relative allo stato di salute, come la malattia o l'infortunio, le informazioni relative a reati e condanne penali.

Esistono norme¹ che tutelano i Dati personali per proteggerli da utilizzi non corretti. Europ Assistance Italia, quale Titolare del Trattamento, rispetta queste norme e, anche per questo motivo, desidera informarti su cosa fa dei Tuoi Dati personali.

Se quanto è descritto in questa Informativa non è sufficiente o desideri far valere un diritto previsto dalla normativa, puoi scrivere al **Responsabile della protezione dei dati** presso Europ Assistance Italia - Ufficio Protezione Dati – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI) o via mail a UfficioProtezioneDati@europassistance.it

Perché Europ Assistance Italia utilizza i Tuoi Dati personali e cosa succede se non li fornisci o non autorizzi ad usarli

Europ Assistance Italia utilizza i Tuoi Dati personali, se necessario per la gestione delle PRESTAZIONI e GARANZIE anche quelli relativi allo stato di salute o relativi a reati e condanne penali, per le seguenti *finalità assicurative*:

- svolgere l'attività che è prevista dalla Polizza ovvero per fornire le PRESTAZIONI e GARANZIE; svolgere l'attività assicurativa ovvero ad esempio proporre e gestire la Polizza, raccogliere i premi, riassicurarsi, fare attività di controllo e statistiche: i Tuoi Dati comuni che, potrebbero essere anche relativi alla Tua posizione (geolocalizzazione), vengono trattati per adempimento contrattuale; per trattare, laddove necessario, i Tuoi Dati relativi allo stato di salute dovrai fornire il Tuo consenso; in alcuni processi di gestione di PRESTAZIONI e GARANZIE vengono usati *processi decisionali automatizzati*².
- svolgere l'attività assicurativa, prevenire e individuare le frodi, intraprendere azioni legali e comunicare alle Autorità possibili reati, recuperare i crediti, effettuare comunicazioni infragruppo, tutelare la sicurezza del patrimonio aziendale (ad es: degli edifici e degli strumenti informatici), sviluppare soluzioni informatiche, processi e prodotti: i Tuoi Dati, anche quelli relativi allo stato di salute per i quali hai prestato il consenso o relativi a reati e condanne penali, vengono trattati per interesse legittimo della compagnia e di terzi;
- svolgere l'attività che è prevista dalla legge, come ad esempio la conservazione dei documenti di Polizza e di sinistro; rispondere alle richieste delle autorità, come ad esempio dei Carabinieri, dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS): i Tuoi Dati, inclusi quelli relativi allo stato di salute o relativi a reati e condanne penali, vengono trattati per adempimento di legge o regolamentari.

Se non fornisci i Tuoi Dati personali e/o non acconsenti ad usarli, Europ Assistance Italia non potrà svolgere l'attività per le *finalità assicurative* e quindi non potrà neppure fornire le PRESTAZIONI e GARANZIE.

Come Europ Assistance Italia utilizza i Tuoi Dati personali e a chi li comunica

Europ Assistance Italia, attraverso suoi dipendenti, collaboratori ed anche soggetti/società esterni³, utilizza i Dati personali che ha ottenuto da Te o da altre persone (come ad esempio dal contraente di Polizza, da un tuo parente o dal medico che ti ha curato, da un compagno di viaggio o da un fornitore) sia su carta sia con il computer o app.

¹ Il Regolamento Europeo sul Trattamento dei Dati personali UE 2016/679 (di seguito Regolamento Privacy) e la normativa italiana primaria e secondaria

² Per processo decisionale automatizzato si intende quel processo di gestione che non prevede l'intervento di un operatore: tale processo ha tempi di gestione più brevi. Se vuoi richiedere l'intervento di un operatore in relazione alle Prestazioni puoi chiamare la Struttura Organizzativa in relazione alle Garanzie puoi scrivere alla Liquidazione Sinistri ai contatti presenti sul sito www.europassistance.it e sulla Polizza.

³ Questi soggetti, ai sensi del Regolamento Privacy, vengono designati Responsabili e/o persone autorizzate al trattamento, o operano quali Titolari autonomi o Contitolari, e svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa. Sono ad esempio: agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, soccorsi stradali, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri ed altri erogatori convenzionati di servizi, società del Gruppo Generali ed

INFORMATIVA PRIVACY

Per le *finalità assicurative* Europ Assistance Italia potrà comunicare i Tuoi Dati personali, se necessario, a soggetti privati e pubblici che operano nel settore assicurativo che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con te in essere o ad altri soggetti che svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa⁴

Europ Assistance Italia, in base alla attività che deve svolgere, potrà usare i Tuoi Dati personali in Italia e all'estero e comunicarli anche a soggetti con sede in Stati che si trovano al di fuori dell'Unione Europea e che potrebbero non garantire un livello di protezione adeguato secondo la Commissione Europea. In questi casi, il trasferimento dei Tuoi Dati personali verso soggetti al di fuori dell'Unione Europea avverrà con le opportune ed adeguate garanzie in base alla legge applicabile. Hai il diritto di ottenere le informazioni relative al trasferimento dei Tuoi Dati personali fuori dalla Unione Europea contattando l'Ufficio Protezione Dati.

Europ Assistance Italia non renderà accessibili al pubblico i Tuoi Dati personali.

Per quanto tempo Europ Assistance Italia conserva i Tuoi Dati personali

Europ Assistance Italia conserva i Tuoi Dati personali per tutto il tempo necessario alla gestione delle finalità sopra indicate secondo quanto previsto dalla normativa o, se mancante, in base ai tempi che di seguito vengono riportati.

- I Dati personali contenuti nei contratti di assicurazione, trattati di assicurazione e contratti di coassicurazione, fascicoli di sinistro e contenzioso, vengono conservati per 10 anni dalla ultima registrazione ai sensi delle disposizioni del Codice Civile o per ulteriori 5 anni ai sensi delle disposizioni regolamentari assicurative.
- I Dati personali comuni raccolti in qualsiasi occasione (ad esempio stipula di una Polizza, richiesta di un preventivo) accompagnati da consenso/rifiuto del consenso per le promozioni commerciali e la profilazione vengono conservati senza scadenza, così come le evidenze delle relative modifiche da Te apportate nel corso del tempo al consenso/rifiuto. Rimane fermo il Tuo diritto ad opporli in ogni momento a tali trattamenti e a richiedere la cancellazione dei Tuoi dati laddove non sussistano condizioni contrattuali o normative che prevedano la necessaria conservazione.
- I Dati personali raccolti a seguito dell'esercizio dei diritti degli interessati vengono conservati per 10 anni dall'ultima registrazione ai sensi delle disposizioni del Codice Civile
- I Dati personali di soggetti che hanno frodato o tentato di frodare vengono conservati anche oltre il termine di 10 anni.

In generale, per tutto quanto non espressamente specificato, si applica il termine di conservazione decennale previsto dall'articolo 2220 del Codice Civile o altro specifico termine previsto dalla normativa in vigore.

Ricordiamo che:

- È Tua facoltà caricare i Tuoi Dati personali⁵, anche sanitari, all'interno della Tua cartella medica e renderli visibili in caso di attivazione del consulto medico selezionando l'opzione nella sezione dati medici di base. In tal caso i Tuoi Dati, ivi inclusi dati sanitari, se da Te caricati, saranno visibili al medico e ad Europ Assistance Italia. È inoltre tua facoltà condividere tali dati rendendoli visibili a soggetti di Tua scelta tramite la funzione Passaporto Sanitario
- Alla scadenza del Contratto, in caso di mancato rinnovo, avrai la possibilità per ulteriori novanta giorni, accedendo alla Tua area riservata, di scaricare i Dati inseriti. Decorso tale termine, i Dati personali caricati sulla Tua cartella medica, verranno cancellati.

Quali sono i Tuoi diritti a tutela dei Tuoi Dati personali

In relazione al trattamento dei Tuoi Dati personali hai i seguenti diritti: accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità, revoca, opposizione che potrai far valere con le modalità riportate nel successivo paragrafo "Come puoi fare per far valere i Tuoi diritti a tutela dei Tuoi dati personali". Hai il diritto di presentare un reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali e puoi trovare maggiori informazioni sul sito www.garanteprivacy.it.

altre società che svolgono servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.

⁴ Al Contraente di polizza, altre filiali di Europ Assistance, Società del Gruppo Generali e altri soggetti quali ad esempio intermediari assicurativi (agenti, brokers, subagenti, banche); compagnie di coassicurazione o di riassicurazione; avvocati, medici, consulenti e altri professionisti; fornitori come carrozzerie, soccorritori, demolitori, strutture sanitarie, società che gestiscono i sinistri, altre società che forniscono servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di mailing, di profilazione e che rilevano il grado di soddisfazione dei clienti. Le informative sul trattamento dei dati dei soggetti privati e pubblici che operano nel settore assicurativo e degli altri soggetti che svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa che agiscono quali Titolari del Trattamento si trovano presso gli stessi (es presso i fornitori) e/o su www.europassistance.it

⁵ Laddove avessi acquistato la versione multiprofilo, potrai caricare anche i dati relativi ai minori su cui eserciti potestà genitoriale creando i rispettivi profili

INFORMATIVA PRIVACY

Come puoi fare per far valere i Tuoi diritti a tutela dei Tuoi dati personali

- Per conoscere quali sono i Tuoi Dati personali utilizzati da Europ Assistance Italia (diritto di accesso);
- per chiedere di rettificare (aggiornare, modificare) o, se possibile, cancellare, limitare ed esercitare il diritto di portabilità sui Tuoi Dati personali trattati presso Europ Assistance Italia;
- per opporsi al trattamento dei Tuoi Dati personali basato sull'interesse legittimo del titolare o di un terzo salvo che il titolare o il terzo dimostri la prevalenza di detti interessi legittimi rispetto ai Tuoi oppure tale trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria; per opporsi al trattamento dei Tuoi Dati personali per finalità di marketing diretto
- se il trattamento che ha posto in essere il Titolare si basa sul suo consenso, per revocare il consenso prestato, fermo restando che la revoca del consenso precedentemente prestato non toglie liceità al trattamento effettuato prima della revoca.

in qualsiasi momento puoi scrivere a:

Ufficio Protezione Dati - Europ Assistance Italia SpA – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI),

anche via mail: UfficioProtezioneDati@europassistance.it

Da sapere

In caso di utilizzo della funzione di identificazione tramite strumento biometrico per accedere all'area riservata del portale My Clinic nessun dato biometrico verrà trattato da Europ Assistance Italia.

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, Europ Assistance Italia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet www.europassistance.it dove potrai anche trovare maggiori informazioni sulle politiche in materia di protezione dei dati personali adottate da Europ Assistance Italia.

ALLEGATO A - GLOSSARIO

ALLEGATO A – GLOSSARIO

ASSICURATO: la persona fisica sulla cui vita è stata stipulata la Polizza Vita (in caso di non autosufficienza) denominata Helvetia Double Care con Helvetia Vita S.p.A. e per le sole prestazioni del pacchetto ASSISTENZA ALLA PERSONA anche il nucleo familiare come da stato di famiglia.

“Per la polizza sono previsti due Assicurati che devono rispettare tutte le seguenti caratteristiche:

- uno dei due deve essere anche il Contraente;
- entrambi devono avere residenza in Italia;
- devono appartenere allo stesso "nucleo familiare" (coniugi, conviventi more uxorio, coppie di fatto conviventi, fratello e/o sorelle conviventi);
- devono avere una differenza di età non superiore a 15 anni”

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE: clausole della Polizza che contengono le Condizioni Generali di Assicurazione per, la descrizione delle Garanzie, le esclusioni e le limitazioni delle Garanzie e gli obblighi degli Assicurati e di Europ Assistance.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE PER LA CONTRAENTE: Clausole della Polizza che disciplinano, tra l'altro, il pagamento del premio, la durata della polizza e gli obblighi a carico della Contraente e di Europ Assistance.

CONTRAENTE: Helvetia Vita S.p.A. con sede in Milano, Via G.B. Cassinis, n° 21 - C.F. 03215010962 - P.I.V.A. 03215010962 che ha sottoscritto con Europ Assistance la Polizza a favore dei propri clienti.

CONTRAENTE DELLA POLIZZA VITA: la persona fisica che stipula la Polizza Vita denominata Helvetia Double Care.

EUROP ASSISTANCE: la Compagnia di Assicurazione con Sede sociale, Direzione e Uffici in Via del Mulino n.4 20057 Assago (MI) – Indirizzo posta elettronica certificata (PEC): EuropAssistanceItaliaSpA@pec.europassistance.it - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni, con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato N. 19569 del 2 giugno 1993 (Gazzetta Ufficiale del 1° luglio 1993 N. 152) - Iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108 - Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi - Società soggetta alla direzione e al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A.

FAMILIARE ANZIANO: la madre, il padre, il nuovo marito della madre, la nuova moglie del padre, lo zio, la zia, il coniuge, il convivente more uxorio, il partner dell'unione civile dell'Assicurato di età superiore a 65 anni.

GARANZIA: la copertura assicurativa descritta nelle Condizioni di Assicurazione.

INFORTUNIO: per infortunio deve intendersi l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

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

MALATTIA IMPROVVISA: malattia di acuta insorgenza di cui non eri a conoscenza prima della sottoscrizione della polizza Helvetia Double Care con Helvetia Vita S.p.A.

MASSIMALE: somma massima che Europ Assistance paga direttamente al fornitore del servizio in caso di sinistro.

NON AUTOSUFFICIENZA: è la necessità di assistenza da parte di un'altra persona nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, quali: - farsi il bagno o la doccia; - vestirsi e svestirsi; - igiene del corpo; - mobilità; - continenza; - bere e mangiare.

NUCLEO FAMILIARE fratello/sorella, figlio/figlia, marito/moglie o convivente non sposato, partner dell'unione civile, genitore, parenti o affini dell'Assicurato che abitano negli stessi locali come risulta dal certificato di stato di famiglia.

POLIZZA/POLIZZA COLLETTIVA: il contratto assicurativo tra Europ Assistance e la Contraente, stipulato nell'interesse dei clienti della Contraente e a favore degli Assicurati della Polizza Vita denominata Helvetia Double Care, avente per oggetto le Garanzie descritte nelle Condizioni di Assicurazione. La Polizza è composta dalle Condizioni Generali di Assicurazione che regolano i rapporti tra Europ Assistance e la Contraente e dalle Condizioni di Assicurazione che regolano i rapporti tra Europ Assistance e gli Assicurati.

ALLEGATO A - GLOSSARIO

POLIZZA VITA: il contratto assicurativo stipulato tra il Contraente della Polizza Vita denominata Helvetia Double Care e la Contraente della Polizza Collettiva (Helvetia Vita S.p.A.).

PRESTAZIONE: l'aiuto materiale dato agli Assicurati della Polizza Vita denominata Helvetia Double Care nel momento del bisogno dalla Struttura Organizzativa di Europ Assistance per un sinistro previsto dalle Garanzie di assistenza.

RISCHIO: la probabilità che si verifichi il sinistro.

SIMPLO: documento che prova l'esistenza della Polizza/Polizza Collettiva e che disciplina i rapporti tra Europ Assistance e la Contraente.

SINISTRO: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è riconosciuta la prestazione/garanzia assicurativa.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - Via del Mulino n.4 20057 Assago (MI), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle Prestazioni di assistenza previste nelle Condizioni di Assicurazione.



**“Consulenza RSA”
abbinata al prodotto
di Helvetia Vita S.p.A.
denominato
Helvetia Double Care**



GARANZIA “CONSULENZA RSA”

1) DESCRIZIONE GENERALE

Gli ASSICURATI della polizza Helvetia Double Care hanno diritto di richiedere il servizio di orientamento personalizzato chiamato “Consulenza RSA” per fare fronte alle esigenze connesse alla non autosufficienza sia degli ASSICURATI stessi che dei rispettivi genitori di età pari o superiore a 65 anni, **non autosufficienti**. Con riferimento ai genitori, il servizio è disponibile fin dalla data di decorrenza della polizza mentre con riferimento agli ASSICURATI opera a far data dal riconoscimento della non autosufficienza.

La “Consulenza RSA” fornisce un servizio specializzato per l’analisi del bisogno e la ricerca di soluzioni in residenze sanitarie assistenziali (RSA) o Case di Riposo del territorio italiano, come descritto nei paragrafi seguenti.

2) QUANDO SI ATTIVA

Nei seguenti casi:

- a) DIAGNOSI di non autosufficienza dell'ASSICURATO;
- b) AUTODICHIARAZIONE di diagnosi di non autosufficienza del genitore di età pari o superiore ai 65 anni;

Village Care S.r.l. (società specializzata) offre una consulenza mirata per ciascuna casistica a) e b) per un totale massimo di n. 3 consulenze al fine di proporre soluzioni assistenziali per persone anziane non autosufficienti in ambito residenze sanitarie assistenziali. In particolare, per la casistica di cui al punto a) il servizio sarà attivabile una sola volta mentre con riferimento al punto b) il servizio sarà operativo per due volte.

La singola consulenza dovrà riguardare uno o più dei seguenti argomenti:

- residenze sanitarie assistenziali per lunga degenza;
- case di riposo per lunga degenza;
- residenze sanitarie assistenziali per degenze temporanee per percorsi riabilitativi e soggiorni estivi.

3) QUALI CONTENUTI PREVEDE

La società specializzata fornisce una consulenza mirata all'ascolto, all'analisi del bisogno e alla ricerca mirata di residenze sanitarie assistenziali o case di riposo nelle seguenti modalità:

Prima Fase

- colloquio personalizzato via telefono o video chiamata con il richiedente, da parte di un consulente specializzato;
- durante il colloquio vengono svolte attività di ascolto e analisi della situazione, forniti prime raccomandazioni, consigli e prospettive della ricerca di soluzioni territoriali.

Seconda Fase

- a fine colloquio viene fornito un report riepilogativo con le soluzioni attivabili nel territorio di interesse, gli indirizzi ed i contatti, la presa di appuntamento per un sopralluogo presso le strutture selezionate qualora sia richiesto;
- a fine servizio potrà essere proposta la misurazione della soddisfazione del servizio erogato con strumenti di rilevazione specifici (es. Net Promoter Score).

4) COME ATTIVARE IL SERVIZIO

Caso a) DIAGNOSI DI NON AUTOSUFFICIENZA DELL'ASSICURATO

In caso di SINISTRO accertato e comunicato dalla Compagnia di Assicurazione (Helvetia Vita S.p.A.), l'ASSICURATO contatta la CENTRALE OPERATIVA DELLA SOCIETA' SPECIALIZZATA:

- via e-mail all'indirizzo convenzioni@villagecare.it
- 7 giorni su 7
- con presa in carico della richiesta in tempo reale, presa di appuntamento entro 48h e colloquio da svolgersi nei giorni feriali tra le ore 9 e le ore 19 via telefono o videochiamata a scelta del richiedente

L'ASSICURATO deve comunicare alla CENTRALE OPERATIVA DELLA SOCIETA' SPECIALIZZATA le seguenti informazioni:

- nome compagnia di assicurazioni (Helvetia Vita S.p.A.);
- numero di polizza per la quale si richiede il servizio;
- nome e cognome del richiedente il servizio;
- codice fiscale del richiedente il servizio;
- nome e CAP del comune italiano nel quale effettuare la ricerca di RSA o Casa di Riposo;
- indirizzo email e recapito telefonico al quale potrà essere richiamato il richiedente;

In ogni caso, la CENTRALE OPERATIVA DELLA SOCIETA' SPECIALIZZATA potrà chiedere all'ASSICURATO – e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla valutazione della richiesta.

Caso b) DIAGNOSI DI NON AUTOSUFFICIENZA DEL GENITORE DELL'ASSICURATO, DI ETÀ PARI O SUPERIORE AI 65 ANNI.

In caso di richiesta di servizio in caso di non-autosufficienza del genitore, l'ASSICURATO contatta la CENTRALE OPERATIVA DELLA SOCIETÀ SPECIALIZZATA:

- via e-mail all'indirizzo convenzioni@villagecare.it
- 7 giorni su 7
- con presa in carico della richiesta in tempo reale, presa di appuntamento entro 48h e colloquio da svolgersi nei giorni feriali tra le ore 9 e le ore 19 via telefono o videochiamata a scelta del richiedente

L'ASSICURATO deve comunicare alla CENTRALE OPERATIVA DELLA SOCIETÀ SPECIALIZZATA le seguenti informazioni:

- nome compagnia di assicurazioni (Helvetia Vita S.p.A.);
- numero di polizza per la quale si richiede il servizio;
- nome e cognome del richiedente il servizio;
- codice fiscale del richiedente il servizio;
- nome e CAP del comune italiano nel quale effettuare la ricerca di RSA o Casa di riposo;
- indirizzo e-mail e recapito telefonico al quale potrà essere richiamato il richiedente;
- testo per l'autocertificazione della cura familiare inserendo nella e-mail di attivazione del servizio cui sopra, quanto segue:

Con la presente comunicazione dichiaro che il servizio richiesto è destinato al mio genitore _____ (nome e cognome), codice fiscale _____, di età pari o superiore ai 65 anni (nato il __/__/____) con comprovato stato di non autosufficienza.

In ogni caso, la CENTRALE OPERATIVA DELLA SOCIETÀ SPECIALIZZATA potrà chiedere all'ASSICURATO – e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla valutazione della richiesta.

Polizza N.

Helvetia Double Care

Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, di rendita vitalizia posticipata costante per il caso di non autosufficienza, su due teste assicurate, a premio annuo costante e con Garanzia Complementare Facoltativa abbinabile.

La presente Polizza è stata aggiornata al 19 Febbraio 2024, data dell'ultima revisione dei dati in essa inclusi.

Contraente:

Intermediario:

Copia per

Polizza

Informazioni per il contraente

Mezzi di pagamento

Il pagamento dei premi avviene presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite:

- assegno non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario;
- bollettino postale sul conto corrente dell'Intermediario;
- carta di debito presso l'Intermediario;
- carta di credito se accettata dall'Intermediario, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente applicabile;

fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente e sull'Intermediario rispettivamente per la parte di propria competenza determinata in ragione dello strumento di pagamento prescelto e dei relativi accordi con i prestatori del servizio.

A richiesta del Contraente, i premi successivi a quello di perfezionamento possono essere corrisposti anche tramite SEPA Direct Debit Core, attivabile mediante compilazione di apposita modulistica, fornita dalla Società fermo restando che - nel caso sia stata scelta una periodicità di pagamento mensile o bimestrale - il SEPA Direct Debit Core sarà attivo rispettivamente a partire dalla terza o dalla quarta ricorrenza mensile della data di decorrenza successiva alla data di ricevimento della richiesta presso la Società.

È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.

Laddove fosse necessario versare i premi direttamente in Direzione, il pagamento degli stessi potrà avvenire esclusivamente tramite bonifico direttamente a favore di Helvetia Vita S.p.A. sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT26F0306912711100000008137 e BIC BCITITMM (per i contratti distribuiti da Agenzie Helvetia Vita o da altri Intermediari) o sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT27H0200809292V00960000004 e BIC UNCRITMM (per i contratti distribuiti da Broker).

Clausola di ripensamento

Entro il termine di 30 giorni dalla conclusione del contratto il Contraente può esercitare il diritto di recesso inviando comunicazione scritta, **con lettera raccomandata A/R**, indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano (Italia), contenente gli elementi identificativi del contratto (numero di polizza, nome e cognome del Contraente).

La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto pari ad **Euro 24,00**, con il limite del premio versato.

La Società può inoltre trattenere la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

HOME INSURANCE - INFORMATIVA

Si ricorda che sulla home page del sito internet www.helvetia.it è disponibile la sezione riservata My Helvetia attraverso la quale ciascun Contraente potrà accedere alla propria posizione assicurativa. L'accesso è consentito gratuitamente al Contraente mediante credenziali identificative personali che potranno essere richieste in fase di registrazione. Accedi o registrati a My Helvetia, per consultare le tue polizze e/o effettuare in autonomia alcune operazioni. Per maggiori informazioni visita il sito www.helvetia.it.

Dati generali di Polizza

Contraente	Data di nascita: Residente in: Cap: Città: Telefono:	Codice Fiscale: Nazione: Email:
Primo Assicurato	Data di nascita: Età: Luogo di nascita: Professione: Email:	Sesso: Codice Fiscale:
Secondo Assicurato	Data di nascita: Età: Luogo di nascita: Professione: Email:	Sesso: Codice Fiscale:
Forma assicurativa, Prestazioni, Efficacia del contratto	Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, di rendita vitalizia posticipata costante per il caso di non autosufficienza, su due teste assicurate, a premio annuo costante (Tariffa:)	
	<p>■ Garanzia Principale in caso di non autosufficienza dell'Assicurato* Rendita assicurata mensile costante in caso di non autosufficienza <i>La Garanzia Principale prevede l'attivazione, automatica e senza costi aggiuntivi:</i> 1. del Pacchetto Assistenza prestato da Europ Assistance Italia S.p.A. e Village Care S.r.l. ; 2. della Garanzia Esonero Pagamento Premi in caso di decesso di uno degli Assicurati. Per maggiori dettagli si rinvia alle relative Condizioni contrattuali allegate al Set Informativo.</p> <p><i>* Si ricorda che la rendita verrà erogata al primo dei due Assicurati, in ordine temporale, al quale è riconosciuta la non autosufficienza.</i></p> <p><i>(L'importo sopra indicato è espresso in Euro)</i></p>	
	Garanzie Complementari Facoltative operanti:	
	Garanzie Complementari Facoltative non operanti:	
	Clausole di carenza applicabili al contratto	
	Limitazioni applicabili al contratto	
	Decorrenza:	Durata contratto: a vita intera
	Durata pagamento premi: a vita intera*	
	Legame tra gli Assicurati:	
	* Il pagamento dovrà avvenire fino a che entrambi gli Assicurati sono in vita e sono autosufficienti.	
Premio	Premio annuo costante	
	da pagarsi	
	Il premio è riferito ad entrambe le teste assicurate.	
	<i>(gli importi sopra indicati, espressi in Euro, sono comprensivi di eventuali sovrappremi)</i>	
	Premio di rata	

Dati generali di Polizza

di cui:

- Premio per la Garanzia Principale in caso di non autosufficienza
(gli importi sopra indicati, espressi in Euro, sono comprensivi di eventuali sovrappremi)

Attenzione: il mancato pagamento del premio annuo o anche solo di una rata di premio annuo, decorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere pagato, determina la risoluzione del contratto qualora non siano state versate **almeno le prime 8 annualità intere di premio**. In tal caso i premi fino a quel momento versati saranno acquisiti dalla Società. Si rimanda alle Condizioni contrattuali per i dettagli in merito alla sospensione dei pagamenti e alla riattivazione degli stessi.

Fermo restando l'importo massimo di detrazione su base annua fissato dalla normativa in vigore, la componente del premio rilevante ai fini della detraibilità fiscale IRPEF è pari a Euro

(maggiori dettagli al riguardo sono contenuti nella sezione "Regime fiscale" del DIP Aggiuntivo Vita)

Beneficiari

In caso di non autosufficienza

Il primo Assicurato a cui viene riconosciuta la non autosufficienza

Identificazione ai fini della normativa antiriciclaggio, Accordo FATCA e Disposizioni CRS**Contraente**

Luogo di nascita:

Sesso:

Cittadinanza:

Professione:

Sottogruppo Attività Economica:

Documento di riconoscimento:

Rilasciato da:

Data rilascio:

Indirizzo di corrispondenza:

Il Contraente dichiara di

Il Contraente dichiara di

Il Contraente dichiara di

Origine dei fondi utilizzati per il pagamento dei premi relativi al contratto:

Reddito/Fatturato del Contraente:

di:

Data scadenza:

U.S. Person soggetta alla normativa FATCA

ulteriori domicili fiscali

persona politicamente esposta

Titolare effettivo

Di seguito si riporta il legame tra il Contraente e i Beneficiari designati.

Beneficiari**In caso di non autosufficienza**

Il Contraente, sotto la propria responsabilità, dichiara la veridicità dei dati sopra riportati rilevanti ai seguenti fini: normativa in materia di antiriciclaggio (D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), Accordo FATCA sottoscritto in data 10/01/2014 tra Italia e Stati Uniti, Disposizioni CRS (Common Reporting Standard per lo scambio automatico di informazioni aventi valenza fiscale tra i Paesi aderenti all'accordo OCSE) in vigore dall'01.01.2016.

➡ **Contraente** (o Delegato)

Questionari Assuntivi

Questionario Stile di vita dell'Assicurato NOME COGNOME

- 1) L'Assicurato fuma più di 20 sigarette al giorno?
-
- 2) L'Assicurato assume abitualmente bevande alcoliche?
-
- 3) L'Assicurato fa uso di sostanze stupefacenti e droghe?
-
- 4) L'Assicurato effettua viaggi, anche saltuariamente, in paesi pericolosi per il clima o situazioni politico-militari (non sono considerati a rischio viaggi effettuati dall'Assicurato per turismo e organizzati da primarie agenzie se soggiorna in villaggi turistici e viaggi effettuati per lavoro nelle aree più frequenti: Europa, America del Nord, Australia, Giappone, Cina continentale/Tibet escluso)?
-
- 5) L'Assicurato pratica una delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che, anche occasionalmente, è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto delle forze armate se impiegato in missioni all'estero?
-
- 6) Si richiede che le Garanzie previste dal contratto si estendano anche alle professioni sopra indicate, rimuovendo l'esclusione prevista dalle Condizioni Contrattuali?
-
- 7) L'Assicurato pratica **ALTRA** professione che lo espone anche saltuariamente a pericoli?
-
- 8) Si richiede che le Garanzie previste dal contratto si estendano anche alla professione sopra indicata?
-
- 9) L'Assicurato pratica una delle seguenti attività sportive: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere?
-
- 10) Si richiede che le Garanzie previste dal contratto si estendano anche alle attività sopra specificate, rimuovendo l'esclusione prevista dalle Condizioni Contrattuali?
-
- 11) L'Assicurato pratica **ALTRE** attività sportive che lo espongono anche saltuariamente a pericoli?
-
- 12) Si richiede che le Garanzie previste dal contratto si estendano anche alle attività sopra specificate?
-
- 13) In precedenza le è stata rifiutata, o offerta con aggravamento del premio, una assicurazione sulla vita o di malattia?
-
- 14) L'Assicurato ha in corso o è in attesa di perfezionamento di altre coperture Long Term Care con altre Compagnie di Assicurazione?

Questionari Assuntivi

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole, che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, e nello specifico *“i dati relativi ad eventuali infezioni da HIV, all'uso di sostanze stupefacenti, psicotrope e/o di alcool”*, esprime i seguenti consensi/diniegghi:

Il Contraente dà/nega il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi ad eventuali infezioni da HIV, all'uso di sostanze stupefacenti, psicotrope e/o di alcool, per le finalità di cui all'informativa, compresa la loro comunicazione.

➔ **Contraente** (o Delegato)

Questionari Assuntivi

Questionario Sanitario Breve dell'Assicurato NOME COGNOME

- 1) Nella parentela consanguinea dell'Assicurato (madre, padre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di una o più delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni : malattia di Halzheimer, Demenza, Morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, Malattia dei motoneuroni, sclerosi multipla ?
- 2) L'Assicurato si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a una o più delle seguenti indagini diagnostiche particolari: TAC, Risonanza Magnetica, Scintigrafie, biopsie, mammografia, ecografia, MOC, radiografie, coronarografia, colonscopia, che abbiano dato esiti fuori dalla norma e necessitavano di ulteriori approfondimenti, oppure è in attesa di ricovero? (esclusi esami per infortunio/fratture senza postumi, ernie al disco, meniscopatia, lesioni ai legamenti).
- 3) L'Assicurato è invalido o titolare di una pensione di invalidità o inabilità o ha fatto richiesta per ottenerla ?
- 4) L'Assicurato necessita di ausili (quali ad esempio sedia a rotelle, bastone o spampelle) o assistenza di una terza persona nello svolgimento di una o più delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o fare la spesa)?
- 5) L'Assicurato ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, cure o esami, per una delle seguenti malattie:
- a) Cancro, tumori, neoplasie, leucemia, linfomi *(non sono da dichiarare le patologie oncologiche da cui l'Assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di compilazione della presente Dichiarazione. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni);*
 - b) Infarto miocardico, angina pectoris, difetti valvolari, chirurgia cardiovascolare, cardiomiopatia, ipertensione non controllata;
 - c) Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale;
 - d) Diabete;
 - e) Epatite B o C, cirrosi epatica;
 - f) Insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi;
 - g) Insufficienza respiratoria, apnee notturne, broncopneumopatia cronica ostruttiva o bronchiti/polmoniti ricorrenti;
- 6) L'Assicurato ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, cure o esami, per una delle seguenti malattie: Paralisi o paraplegia, quadriplegia, amputazione di arti;
- a) Sclerosi multipla, epilessia, malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica, malattia di Huntington, malattia dei motoneuroni;
 - b) Depressione, psicosi, disturbi psichiatrici;
 - c) Artrite reumatoide, artrite psoriasica;
 - d) Trapianto d'organo;
 - e) HIV o malattia HIV-correlate;
 - a) Cecità, retinopatia, cataratte bilaterali, degenerazione maculare?
- 7) L'Assicurato soffre o ha sofferto negli ultimi 5 anni di malattie per cui è stata necessaria o prescritta una cura farmacologica continuativa di oltre 21 giorni (ad eccezione di anticoncezionali, anti-depressivi, antistaminici, farmaci per la tiroide, farmaci per ipercolesterolemia) ?

- 8) Il peso e l'altezza dell'Assicurato rientrano in una delle fasce contenute nella tabella di seguito riportata?

Altezza in cm	145-149	150-154	155-159	160-164	165-170	170-174	175-179	180-194	185-189	190-194
Peso in KG	40-72	43-77	46-82	48-87	52-93	54-98	58-104	61-110	64-116	68-123

Questionari Assuntivi

Questionario Stile di vita dell'Assicurato NOME COGNOME

- 1) L'Assicurato fuma più di 20 sigarette al giorno?
-
- 2) L'Assicurato assume abitualmente bevande alcoliche?
-
- 3) L'Assicurato fa uso di sostanze stupefacenti e droghe?
-
- 4) L'Assicurato effettua viaggi, anche saltuariamente, in paesi pericolosi per il clima o situazioni politico-militari (non sono considerati a rischio viaggi effettuati dall'Assicurato per turismo e organizzati da primarie agenzie se soggiorna in villaggi turistici e viaggi effettuati per lavoro nelle aree più frequenti: Europa, America del Nord, Australia, Giappone, Cina continentale/Tibet escluso)?
-
- 5) L'Assicurato pratica una delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che, anche occasionalmente, è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto delle forze armate se impiegato in missioni all'estero?
-
- 6) Si richiede che le Garanzie previste dal contratto si estendano anche alle professioni sopra indicate, rimuovendo l'esclusione prevista dalle Condizioni Contrattuali?
-
- 7) L'Assicurato pratica **ALTRA** professione che lo espone anche saltuariamente a pericoli?
-
- 8) Si richiede che le Garanzie previste dal contratto si estendano anche alla professione sopra indicata?
-
- 9) L'Assicurato pratica una delle seguenti attività sportive: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere?
-
- 10) Si richiede che le Garanzie previste dal contratto si estendano anche alle attività sopra specificate, rimuovendo l'esclusione prevista dalle Condizioni Contrattuali?
-
- 11) L'Assicurato pratica **ALTRE** attività sportive che lo espongono anche saltuariamente a pericoli?
-
- 12) Si richiede che le Garanzie previste dal contratto si estendano anche alle attività sopra specificate?
-
- 13) In precedenza le è stata rifiutata, o offerta con aggravamento del premio, una assicurazione sulla vita o di malattia?
-
- 14) L'Assicurato ha in corso o è in attesa di perfezionamento di altre coperture Long Term Care con altre Compagnie di Assicurazione?

Questionari Assuntivi

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole, che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, e nello specifico *"i dati relativi ad eventuali infezioni da HIV, all'uso di sostanze stupefacenti, psicotrope e/o di alcool"*, esprime i seguenti consensi/diniegghi:

Il Contraente e il secondo Assicurato danno/negano il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi ad eventuali infezioni da HIV, all'uso di sostanze stupefacenti, psicotrope e/o di alcool, per le finalità di cui all'informativa, compresa la loro comunicazione.

➡ **Contraente** (o Delegato)

➡ **Assicurato diverso dal Contraente**
(secondo Assicurato)

Questionari Assuntivi

Questionario Sanitario Breve dell'Assicurato NOME COGNOME

- 1) Nella parentela consanguinea dell'Assicurato (madre, padre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di una o più delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni : malattia di Halzhaimer, Demenza, Morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, Malattia dei motoneuroni, sclerosi multipla ?
- 2) L'Assicurato si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a una o più delle seguenti indagini diagnostiche particolari: TAC, Risonanza Magnetica, Scintigrafie, biopsie, mammografia, ecografia, MOC, radiografie, coronarografia, colonscopia, che abbiano dato esiti fuori dalla norma e necessitavano di ulteriori approfondimenti, oppure è in attesa di ricovero? (esclusi esami per infortunio/fratture senza postumi, ernie al disco, meniscopatia, lesioni ai legamenti).
- 3) L'Assicurato è invalido o titolare di una pensione di invalidità o inabilità o ha fatto richiesta per ottenerla ?
- 4) L'Assicurato necessita di ausili (quali ad esempio sedia a rotelle, bastone o stampelle) o assistenza di una terza persona nello svolgimento di una o più delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o fare la spesa)?
- 5) L'Assicurato ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, cure o esami, per una delle seguenti malattie:
- a) Cancro, tumori, neoplasie, leucemia, linfomi *(non sono da dichiarare le patologie oncologiche da cui l'Assicurando sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di compilazione della presente Dichiarazione. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni);*
- b) Infarto miocardico, angina pectoris, difetti valvolari, chirurgia cardiovascolare, cardiomiopatia, ipertensione non controllata;
- c) Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale;
- d) Diabete;
- e) Epatite B o C, cirrosi epatica;
- f) Insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi;
- g) Insufficienza respiratoria, apnee notturne, broncopneumopatia cronica ostruttiva o bronchiti/polmoniti ricorrenti;
- 6) L'Assicurato ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, cure o esami, per una delle seguenti malattie: Paralisi o paraplegia, quadriplegia, amputazione di arti;
- a) Sclerosi multipla, epilessia, malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica, malattia di Huntington, malattia dei motoneuroni;
- b) Depressione, psicosi, disturbi psichiatrici;
- c) Artrite reumatoide, artrite psoriasica;
- d) Trapianto d'organo;
- e) HIV o malattia HIV-correlate;
- f) Cecità, retinopatia, cataratte bilaterali, degenerazione maculare?
- 7) L'Assicurato soffre o ha sofferto negli ultimi 5 anni di malattie per cui è stata necessaria o prescritta una cura farmacologica continuativa di oltre 21 giorni (ad eccezione di anticoncezionali, anti-depressivi, antistaminici, farmaci per la tiroide, farmaci per ipercolesterolemia) ?
- 8) Il peso e l'altezza dell'Assicurato rientrano in una delle fasce contenute nella tabella di seguito riportata?

Altezza in cm	145-149	150-154	155-159	160-164	165-170	170-174	175-179	180-194	185-189	190-194
Peso in KG	40-72	43-77	46-82	48-87	52-93	54-98	58-104	61-110	64-116	68-123

QUESTIONARIO DI COERENZA

Di seguito è riportato il Questionario per la coerenza del contratto compilato sulla base delle dichiarazioni fornite dal Contraente.

FEAC-SIMILE

Privacy

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016

Helvetia Vita S.p.A. rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali, forniamo di seguito le informazioni essenziali relative al trattamento e le modalità per esercitare agevolmente ed in modo consapevole i diritti previsti dalla vigente normativa.

1. Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano, Telefono: 02 53.51.1; Email Pec: helvetiavita@actalisCERTYmail.it.

2. Dati di contratto del Responsabile per la Protezione dei Dati

Per qualsiasi informazione o per l'esercizio dei Suoi diritti potrà rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati, inviando una comunicazione scritta all'indirizzo della Compagnia: via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano, o tramite mail al recapito: privacy@helvetia.it.

3. Finalità del trattamento dei dati

Il Titolare tratta¹ i Suoi dati personali - inclusi quelli appartenenti alle "categorie particolari", come i dati relativi alla salute - che Lei comunica direttamente (es. tramite siti internet, portali, social media) o raccolti tramite la rete di intermediari, **per svolgere le attività necessarie alla gestione del Suo rapporto assicurativo (finalità assicurativa)**.

Rientrano tra le finalità assicurative: la preventivazione dei premi, la stipula di polizze assicurative, la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni, la riassicurazione, la coassicurazione.

Il Titolare tratterà i Suoi dati personali altresì per adempiere a specifici **obblighi di legge**, quali a titolo esemplificativo: prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; prevenzione del riciclaggio di denaro e finanziamento del terrorismo; prevenzione e individuazione delle frodi fiscali - garantendo l'adempimento degli obblighi di comunicazione alle autorità fiscali.

La informiamo, inoltre, che Lei potrà autorizzare il Titolare a trattare i Suoi dati personali, non appartenenti alle "categorie particolari" per le **finalità commerciali e di marketing** (ossia: invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale, partecipazione a concorsi a premi), **e di profilazione connessa al marketing** (ossia: trattamento automatizzato di dati personali per analizzare o prevedere aspetti riguardanti la situazione economica, le preferenze personali, gli interessi, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti).

4. Base del trattamento

La base giuridica del trattamento è:

- l'adempimento di **obblighi precontrattuali e contrattuali** (e di legge², ove previsti);
- il **consenso esplicito**, nel trattamento delle "categorie particolari" di dati personali.

Per la finalità commerciale e di marketing, e di profilazione connessa al marketing, sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è la **manifestazione del consenso** dell'interessato al trattamento dei propri dati personali per tale specifica finalità.

Il Suo rifiuto in tal caso non comporta alcuna conseguenza sui contratti in essere o in corso di costituzione, ma preclude di usufruire dei servizi sopra descritti e di svolgere attività commerciali e di marketing.

5. Modalità d'uso dei dati personali

I Suoi dati personali sono trattati dal Titolare mediante operazioni - manuali o anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati - strettamente necessari per fornirLe le prestazioni, i servizi e i prodotti assicurativi richiesti.

6. Destinatari dei dati

Per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nell'informativa i Suoi dati sono trattati e/o possono essere comunicati a:

- dipendenti e collaboratori del Titolare nell'ambito delle rispettive funzioni;
- soggetti (o categorie di soggetti) a titolo esemplificativo di seguito elencati (c.d. catena assicurativa³):
 - soggetti del settore assicurativo (assicuratori, coassicuratori e riassicuratori);
 - intermediari di vendita (agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione); banche e SIM;
 - fornitori terzi (legali, medici legali, cliniche; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri, il recupero dei crediti, il controllo delle frodi, le indagini sul grado di soddisfazione della clientela, nonché società di servizi informatici, di factoring, di revisione contabile e certificazione del bilancio, di archiviazione o di imbustamento e/o smistamento della corrispondenza);
 - organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dello sviluppo economico, MEF, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, CONSOB, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, INPS, INAIL ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario centrale infortuni, Ministero delle Infrastrutture – Motorizzazione Civile);
- altre Società del gruppo Helvetia che, in qualità di autonomi titolari, hanno un interesse legittimo a trattare i Suoi dati personali per finalità amministrative;
- altre Società del gruppo Helvetia Italia ed alla relativa rete di intermediari o a società esterne di promozione e/o sviluppo commerciale incaricate a supportare le Compagnie nei trattamenti, per finalità commerciale e di marketing.

Una lista completa ed aggiornata dei terzi destinatari dei dati può essere da Lei ottenuta inviando una mail a privacy@helvetia.it.

In ogni caso, i Suoi dati personali NON saranno diffusi.

¹ *Trattamento: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con, o senza, l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali, o a insieme di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.*

² *A titolo esemplificativo, la normativa antiriciclaggio e la normativa IDD (dati necessari per la valutazione delle esigenze e dei bisogni del cliente-interessato, nonché dell'adeguatezza o appropriatezza del prodotto).*

³ *La c.d. catena assicurativa è il complesso tessuto di rapporti contrattuali tra le imprese di assicurazione e numerosi soggetti (persone fisiche e giuridiche, operanti in Italia e all'estero), che cooperano nel gestire un medesimo rischio assicurativo. Tale pluralità di rapporti è peculiare dell'attività assicurativa e necessaria per la fornitura dei servizi assicurativi. Si articola in una pluralità di fasi (dalla c.d. fase assuntiva a quella liquidativa), che possono interessare più soggetti, i quali devono necessariamente trattare i dati personali di diversi interessati (ad esempio contraente, assicurato, beneficiario e, a certe condizioni, terzo danneggiato).*

Privacy

7. Trasferimento dei dati verso paesi terzi

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi terzi che garantiscono un adeguato livello di protezione sostanzialmente equivalente a quello assicurato all'interno dell'Unione, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea.

8. Periodo di conservazione dei dati

I dati personali vengono conservati:

- per il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato (di regola non oltre i 20 anni dalla cessazione del rapporto contrattuale), fatti salvi eventuali obblighi di conservazione previsti dalla legge o da specifici termini prescrizionali;
- per dodici mesi dalla raccolta dei dati utilizzati ai soli fini commerciali e di marketing, e profilazione connessa al marketing.

9. Diritti dell'interessato

Il Regolamento Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di chiedere al Titolare del trattamento:

la conferma che sia in corso un trattamento di Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso), ex art. 15 del Regolamento;
la rettifica dei dati personali inesatti, o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica), ex art. 16 del Regolamento;
la cancellazione dei dati stessi, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento (diritto all'oblio), ex art. 17 del Regolamento;
la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione), ex art. 18 del Regolamento;
di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali da Lei forniti al Titolare e di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità), ex art. 20 del Regolamento.

Lei ha, inoltre, il diritto di revocare il consenso al trattamento dei Suoi dati, in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca ex art. 21 del Regolamento.

La revoca del consenso prestato, comporta l'inevitabile blocco del trattamento da parte della Compagnia, con i conseguenti effetti sulla normale esecuzione del contratto.

Potrà, inoltre, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale.

10. Comunicazione dei dati e conseguenze del rifiuto

La comunicazione dei Suoi dati personali al Titolare è strettamente necessaria allo svolgimento delle attività descritte nell'informativa. L'eventuale Suo rifiuto di fornire i dati personali comporta l'impossibilità di concludere il contratto, adempiere, prima della conclusione del contratto, a Sue specifiche richieste, concludere nuovi contratti di assicurazione, eseguire i relativi obblighi e gestire e liquidare gli eventuali sinistri.

Impegno a fornire l'informativa

L'Interessato si impegna a fornire, in nome e per conto del Titolare e conformemente al testo ricevuto, l'informativa prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, agli eventuali altri Interessati di cui lo stesso abbia comunicato o comunicherà al Titolare i dati personali.

➡ Interessato/Contraente (o Delegato)

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole, che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, ed in particolare "i dati relativi alla salute", esprime i seguenti consensi/dinieghi:

Il Contraente e il secondo Assicurato danno/negano il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità di cui all'informativa, compresa la loro comunicazione;

Il Contraente dà/nega il consenso al trattamento dei propri dati personali per finalità di profilazione connessa al marketing;

Il Contraente dà/nega il consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità commerciali di cui all'informativa, compresa la loro comunicazione ai soggetti indicati al punto 6 della stessa informativa.

➡ Contraente (o Delegato)

➡ Assicurato diverso dal Contraente (secondo Assicurato)

Il sottoscritto dichiara di:

- **essere al corrente** che non sono ammessi mezzi e modalità di pagamento diversi da quelli riportati nel presente documento;
- **aver scelto di ricevere il Set Informativo composto da: DIP Vita Mod. C-SI-2T-0 Ed. 06/2023, DIP Aggiuntivo Vita Mod. C-SI-2T-0 Ed. 06/2023 e Condizioni contrattuali comprensive di Glossario Mod. C-SI-2T-0 Ed. 02/2024 in formato cartaceo/tramite e-mail all'indirizzo _____ di averlo ricevuto e di aver preso visione del relativo contenuto.**

La suddetta documentazione è comunque disponibile anche sul sito internet di Helvetia Vita S.p.A. (www.helvetia.it) e può essere richiesta in qualsiasi momento in formato cartaceo presso gli Intermediari della Società.

➔ **Contraente** (o Delegato)

Il sottoscritto, unitamente al secondo Assicurato,

- esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile;
- dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le Condizioni contrattuali nonché le clausole contenute nel presente documento di Polizza e che lo stesso non contiene cancellature e di non averne ricevuti altri ad integrazione dello stesso;
- è consapevole, ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Società, che le notizie e i dati di ordine sanitario e informativo forniti costituiscono elemento fondamentale per la stipula della polizza e pertanto dichiara, ad ogni effetto di legge, di aver risposto con esattezza e veridicità, di non aver taciuto o alterato alcuna circostanza in relazione alle domande dei Questionari Assuntivi assumendosi quindi ogni responsabilità in merito alle stesse, anche se le risposte sono state scritte da altri;
- libera dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni si è ricorso o dovesse ricorrere, prima e dopo la sottoscrizione del presente documento di Polizza, nonché gli ospedali, le case di cura, le cliniche, gli enti e istituti in genere, pubblici e privati, in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino e ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società e/o gli aventi diritto ritenessero opportuno rivolgersi, autorizzandoli ed invitandoli espressamente a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione.

Il sottoscritto infine prende atto che:

- **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti del soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- **prima della sottoscrizione del contratto, il soggetto di cui sopra deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni relative allo stato di salute e allo stile di vita degli Assicurati, riportate in polizza all'interno della sezione Questionari Assuntivi;**
- **anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, gli Assicurati possono chiedere di essere sottoposti a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, restando inteso che il costo di tali accertamenti è a suo carico.**

Il presente documento è composto da N. 18 pagine.

Helvetia Vita S.p.A.

➔ **Contraente** (o Delegato)

➔ **Assicurato diverso dal Contraente**
(secondo Assicurato)

Il sottoscritto dichiara di aver preso conoscenza e di approvare specificamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, quanto di seguito indicato:

➔ **Contraente (o Delegato)**

Questo documento è stato emesso in _____ il _____
Intermediario: _____

Dichiarazione di perfezionamento

(la data di incasso del premio deve essere sempre valorizzata e deve essere coerente con la data registrata a sistema)

Dichiaro che il premio di perfezionamento di Euro _____ è stato incassato in data _____ salvo buon fine.

Incaricato alla riscossione

(da compilare/firmare sempre in tutte le sue parti)

Cognome e Nome _____
Qualifica _____
Codice Fiscale _____

➔ **Incaricato alla riscossione**

➔ **Intermediario**

(se diverso dall'incaricato alla riscossione)

Incaricato alla rilevazione dei dati *(ai sensi del D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni)*

(da sottoscrivere sempre)

Attesto di aver effettuato la rilevazione dei dati - ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni e di aver verificato l'autenticità delle firme che precedono e in caso di presenza di un soggetto Delegato ad operare per conto del Contraente di averne verificato i poteri di delega.

Cognome e Nome _____
Qualifica _____

➔ **Incaricato alla rilevazione dei dati**

FEAC SIMILE
PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Helvetia Vita S.p.A.
Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni
sulla Vita S.p.A.

Via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
Tel 02 5351 1 – Fax 02 537289

PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it – www.helvetia.it

Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA,
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia – Capitale Sociale € 47.594.000 i.v. – Società con Socio Unico
N° iscrizione Reg. Imprese di Milano, C.F. e P.I. 03215010962 – R.E.A. n° 1882793
Imp. Autor. all'eser. delle ass. sulla Vita con Provv. ISVAP n° 1979 del 4/12/2001
(G.U. n° 288 del 12/12/2001)

Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n° 1.00142 - Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n° d'ordine 031