

FASCICOLO INFORMATIVO

Contratto di assicurazione infortuni:

FORMULA 2

Mod. FI-F2I4 - Ed. 11/2017

Il presente fascicolo informativo contiene:

- Nota informativa
- Condizioni di assicurazione

e deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la nota informativa

Nota Informativa per contratto di assicurazione infortuni:

FORMULA 2

Mod.35NIF2I004 - aggiornato al 30.11.2017

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

La presente nota informativa ha lo scopo di fornire al Contraente tutte le informazioni preliminari necessarie per poter conoscere in modo corretto e completo le caratteristiche del contratto di assicurazione infortuni.

La nota informativa si articola in quattro sezioni: informazioni relative all'impresa di assicurazione, informazioni relative al contratto, informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami, glossario.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., società soggetta alla direzione e al coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, iscrizione albo gruppi assicurativi n. d'ordine 031;
- sede legale sita in Italia, via G.B. Cassinis 21 - 20139 Milano;
- telefono n. 02 5351.1, fax n. 02 5351.829, sito internet www.helvetiaitalia.it, posta elettronica infoclienti@helvetiaitalia.it; PEC helvetiaitalia@pec.helvetia.it
- Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20 Giugno 1986 (G.U. del 28.6.1986 n.148) e successive autorizzazioni, iscrizione albo imprese di assicurazione n. 1.00062;
- Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. opera nel settore degli Affinity Group, ovvero gruppi di persone che presentano caratteristiche omogenee per i quali creano prodotti, tariffe e condizioni su misura, nonché applicare metodi e sistemi atti a semplificare l'accesso ai servizi assicurativi da parte dei singoli individui.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

I dati relativi all'ultimo bilancio approvato indicano la seguente situazione patrimoniale al 31 Dicembre 2016:

SITUAZIONE PATRIMONIALE		DATI DI SOLVIBILITÀ SOLVENCY II	
Patrimonio netto	€ 40.833.844	Solvency Capital Requirement (SCR)	€ 31.759.868
Capitale Sociale	€ 15.600.000	Fondi Propri	€ 42.567.444
Riserve Patrimoniali	€ 10.413.468	Solvency Capital Ratio*	134,03%

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

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo.

AVVERTENZA: così come indicato all'art. 9 delle condizioni di assicurazione, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza, il contratto si intende prorogato per 365 giorni (366 se anno bisestile) e così successivamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova applicazione il periodo di tolleranza di quindici giorni previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

3. Coperture assicurative offerte

Il contratto prevede due garanzie, acquistabili singolarmente o congiuntamente: Morte ed Invalidità permanente a seguito di infortunio subito dall'Assicurato sia nell'esercizio di attività professionali che di attività non aventi carattere professionale.

AVVERTENZA: l'assicurazione non è operante (esclusioni) nei casi indicati agli artt. 14 e 17 delle condizioni di assicurazione, tra i quali si segnala in particolare il caso di infortunio occorso in stato di ebbrezza ovvero sotto l'influenza di sostanze stupefacenti. Inoltre se alle scadenze convenute il Contraente non paga il premio dovuto, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo alla suddetta scadenza e si riattiverà dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga il premio, così come indicato all'art. 3 delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: per ciascuna garanzia assicurata è necessario verificare l'importo del massimale/somma assicurato indicato nel contratto. Si richiama inoltre l'attenzione del Contraente sulla presenza di franchigia assoluta per invalidità permanente (art. 23 delle condizioni di assicurazione) di cui illustriamo il meccanismo di funzionamento: è una franchigia espressa percentualmente in relazione al grado di invalidità permanente residua; ad esempio, se all'Assicurato viene riconosciuta un'invalidità permanente del 10% e la percentuale della franchigia indicata nelle condizioni di assicurazione è del 3%, l'importo dell'indennizzo è dato dalla differenza tra il grado di invalidità permanente riconosciuto (10%) e la percentuale della franchigia (3%), moltiplicata per il capitale assicurato e divisa per 100; se all'Assicurato viene riconosciuta un'invalidità permanente pari o inferiore alla percentuale della franchigia, all'Assicurato non è

corrisposto alcun indennizzo.

AVVERTENZA: il contratto prevede il limite di età assicurabile di settanta anni, così come indicato all'art. 16 delle condizioni di assicurazione.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e sulla determinazione del relativo premio, possono comportare, così come previsto dall'art. 1 delle condizioni di assicurazione, la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile). In questo caso il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta, in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

AVVERTENZA: il contratto è nullo, così come previsto dall'art. 1895 del Codice Civile, se il rischio per il quale il Contraente lo ha stipulato non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione dello stesso.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente deve comunicare alla Società, così come indicato agli artt. 5 e 6 delle condizioni di assicurazione, eventuali aggravamenti e diminuzioni del rischio, compreso il cambiamento dell'attività professionale, così come indicato all'art. 20 delle condizioni di assicurazione. Pertanto in caso di cambiamento di professione successivo alla stipula del contratto, **il Contraente deve darne immediata comunicazione alla Società affinché questa possa procedere all'eventuale aggiornamento del premio. Qualora ciò non avvenga, trovano applicazione le disposizioni di cui al punto "4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità".**

6. Premi

Il pagamento del premio è consentito con periodicità annuale (unica soluzione) o semestrale. I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono assegno, bancomat, bollettino postale, bonifico, denaro contante, RID e trattenuta sul cedolino, con i limiti e le modalità previsti dalla normativa antiriciclaggio vigente. **Il Contraente deve richiedere al Suo Intermediario quali di questi mezzi di pagamento sono previsti dal mandato sottoscritto con la Società.**

AVVERTENZA: è facoltà della Società e, nei limiti da essa fissati, dell'Intermediario, concedere sconti di premio in presenza di convenzioni stipulate.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate non sono soggette ad adeguamento automatico; è comunque facoltà del Contraente, così come indicato all'art. 4 delle condizioni di assicurazione, richiedere l'aggiornamento delle somme assicurate in occasione della proroga del contratto.

8. Informativa in corso di contratto

La Società ha l'obbligo di fornire riscontro per iscritto ad ogni richiesta di informazione presentata dal Contraente o dagli aventi diritto in merito al rapporto assicurativo, entro venti giorni dal ricevimento della richiesta.

La Società comunica per iscritto al Contraente eventuali modifiche normative del Fascicolo informativo, mentre eventuali aggiornamenti non normativi del Fascicolo informativo sono pubblicati sul sito internet www.helvetiaitalia.it.

8.1 Home insurance - informativa

Ai sensi del Regolamento ISVAP n.35/2010 come modificato dal Provvedimento n.7/2013 sulla home page del sito internet www.helvetiaitalia.it è disponibile l'area 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 saranno richieste in fase di registrazione.

9. Diritto di recesso

Così come già precisato precedentemente, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza, il contratto si intende prorogato per 365 giorni (366 se anno bisestile) e così successivamente.

AVVERTENZA: il Contraente e la Società possono recedere dal contratto nei casi previsti dall'art. 8 delle condizioni di assicurazione.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 730 giorni (731 se compreso un anno bisestile) dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile modificato dalla Legge n.166 del 27 Ottobre 2008. Il diritto dell'assicuratore alla riscossione del pagamento delle rate di premio si prescrive in 365 giorni (366 se anno bisestile).

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla legge italiana.

12. Regime fiscale

Il trattamento fiscale applicato al contratto di assicurazione prevede l'imposizione, sul premio imponibile, dell'aliquota d'imposta del 2,5%, così come disposto dalla normativa vigente. **Tale normativa prevede altresì che in caso di conguaglio di premio a favore del Contraente, le imposte non vengano rimborsate allo stesso.**

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: La data di insorgenza del Sinistro è quella in cui si è verificato l'Infortunio.

Con riferimento all'art. 1913 del Codice Civile "Avviso all'assicuratore in caso di sinistro" si precisa che il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono dare avviso del sinistro alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo a cui è assegnato il contratto entro 3 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato oppure dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità e comunque entro due anni dal verificarsi dell'infortunio;

La denuncia di sinistro deve essere fatta per iscritto alla sede della Compagnia o all'Intermediario assicurativo secondo le modalità descritte nelle Norme che regolano la denuncia e la gestione del sinistro in caso di infortunio.

Per i sinistri Infortuni dove sono prevedibili postumi, la Società informa l'Assicurato che la visita di accertamento del medico legale sarà disposta dopo il ricevimento del certificato del medico curante che attesti l'esistenza e la stabilizzazione di esiti invalidanti, oppure dopo il ricevimento dell'eventuale Perizia del medico legale di Parte (le spese sostenute al riguardo, anche di eventuale altro medico, sono a carico dell'Assicurato).

Per gli aspetti di dettaglio in merito alle procedure liquidative in caso di infortunio, si rimanda all'art. 30 "Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente" delle Norme che regolano la denuncia e la gestione del sinistro in caso di infortunio.

Per facilitare al Contraente ed all'Assicurato la comprensione dei meccanismi di denuncia e di liquidazione, si riportano, a titolo puramente esemplificativo, le fasi principali di un processo liquidativo standard che potrebbero tuttavia subire delle modifiche a seconda dei diversi casi.

Processo liquidativo Garanzia Infortuni:

1. denuncia dettagliata dell'infortunio alla Società entro 3 giorni dall'evento (specificando, ad esempio, circostanze, dinamica, data e ora, luogo, etc.);
2. fornire, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (ad esempio, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL);
3. eventuale visita medica da parte della Società per accertamento dei postumi permanenti;
4. quantificazione dell'indennizzo e pagamento da parte della Società.

Fermo restando che il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, qualora l'Assicurato dovesse mancare, per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato
oppure, in mancanza
- l'importo offerto
oppure, se non vi è stata ancora l'offerta

l'importo oggettivamente determinabile dalla Società con le modalità e nei termini stabiliti dall'art. 29 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro", fornendo, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti, corredata dalla relativa documentazione medica e dalla eventuale cartella clinica.

Per ulteriori informazioni si rimanda all'art. 31 "Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio".

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta e disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza.

Premesso che la valutazione del grado percentuale di invalidità permanente viene stabilita sulla base della "Tabella INAIL-Allegato n.1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1.124", gli aspetti di dettaglio della procedura di liquidazione del danno sono indicati agli artt.19-22-23-26-27-29-30-31 delle condizioni di assicurazione.

14. Reclami

Ai sensi del Regolamento ISVAP n. 24/2008, come modificato dal Provvedimento n. 30/2015, **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 a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto".

Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, anche qualora riguardino soggetti coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, devono essere inoltrati per iscritto alla Società presso: Helvetia Italia Assicurazioni - Ufficio Reclami - Via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano - Fax: 02 5351794 – E-mail: reclami@helvetiaitalia.it.

La Società invia la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo da parte della Società, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS ed ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie. **In particolare:**

1. **possono essere presentati all'IVASS per iscritto** (in Via del Quirinale 21, 00187 Roma oppure ai fax 06 42133745 - 06 42133353):

- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D.Lgs n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private) e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni del D.Lgs. n. 206/2005 Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli Intermediari e dei Periti assicurativi;
- i reclami già presentati direttamente alle Imprese di assicurazione e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento da parte delle imprese stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

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

Per reperire il modello da utilizzare per la presentazione dei reclami all'IVASS, si rinvia alla Sezione Reclami del sito della Società www.helvetiaitalia.it

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/finance/fin-net/members_en.htm).

2. **per la risoluzione delle controversie relative al contratto tramite sistemi alternativi** il reclamante ha:

- **la facoltà** - in prima istanza - di avvalersi della **negoiazione assistita** prevista ai sensi del D.L. 132/2014, convertito con modifiche dalla L. 162/2014, mediante invito, inoltrato tramite il proprio legale, all'altra parte a stipulare una convenzione;
- **l'obbligo** - qualora non intendesse avvalersi della negoziazione assistita o il ricorso alla negoziazione stessa non lo abbia pienamente soddisfatto - di attivare, ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i., il **procedimento di mediazione** innanzi ad 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 vertenza;
- **la facoltà** - solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui al sopra citato D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i. - di adire **l'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**, la facoltà di ricorrere ad un arbitrato, secondo le modalità di seguito specificate.

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

15. Arbitrato

AVVERTENZA: il contratto prevede, così come indicato all'art.25 delle condizioni di assicurazione, l'arbitrato per la risoluzione di eventuali controversie inerenti la liquidazione dell'indennizzo; l'Assicurato ha facoltà di rivolgersi comunque all'Autorità Giudiziaria. In caso di arbitrato, il Collegio medico (collegio di tre medici nominati uno dall'Assicurato, uno dalla Società e uno di comune accordo), risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o domicilio eletto dallo stesso.

16. Sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie

Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia in materia di contratti assicurativi è

tenuto preliminarmente ad esperire il procedimento di mediazione previsto dal D.Lgs n. 28/2010 e s.m.i. innanzi ad 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 vertenza.

Solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui al sopra citato D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i., **sarà possibile adire l'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 altresì possibile esperire il procedimento di negoziazione** prevista ai sensi del D.L 132/14, convertito con modifiche dalla L. 162/14, mediante invito, tramite il proprio legale, all'altra parte a stipulare una convenzione di negoziazione assistita.

Ricordiamo, infine, che per la risoluzione di eventuali controversie inerenti la liquidazione del danno è possibile ricorrere ad un arbitrato, secondo le modalità specificate nel presente Fascicolo Informativo.

D. GLOSSARIO

17. Termini assicurativi utilizzati nel presente fascicolo informativo

Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Assicurazione:	il contratto di assicurazione, che prevede il fascicolo informativo, composto da nota informativa e condizioni di assicurazione;
Beneficiario:	gli eredi dell'Assicurato, o altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;
Contraente:	il soggetto che stipula il contratto di assicurazione;
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Infortunio:	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provoca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente;
Invalidità Permanente:	perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione;
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso (infortunio) per il quale l'assicurazione è prestata;
Società:	Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

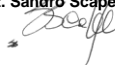
Indicazioni aggiuntive tese a garantire la riconducibilità alle unità di misura definite dal DPR 802/1982 e successive modifiche:

Anno (annuo-annuale):	periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile)
Bimestre (bimestrale):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio;
Età assicurativa:	età in anni interi, determinata trascurando le frazioni di anno;
Mese (mensile):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio;
Poliennale (durata):	periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo);
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);
Semestre (semestrale):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio;
Settimana (settimanale):	periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni;
Trimestre (trimestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITA' DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO.

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente nota informativa

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Il Rappresentante Legale
Dott. Sandro Scapellato



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di assicurazione infortuni:

FORMULA 2

Mod.35CF2I004 - aggiornato al 30.11.2017

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.).

Art. 2 - Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre Assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 C.C.).

Art. 3 - Pagamento del premio

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

Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (Art. 1901 C.C.).

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Art. 1898 C.C.).

Art. 6 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato (Art. 1897 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Per le modalità di denuncia e le informazioni di dettaglio si rimanda a quanto previsto nel capitolo **NORME PER LA DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO (art. 29)**

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società e l'Assicurato possono recedere dall'assicurazione con preavviso di trenta giorni; in tal caso viene rimborsata la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 9 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto, quest'ultimo è prorogato per 365 giorni (366 se anno bisestile) e così successivamente, salvo quanto disposto dall'art. 8 "Recesso in caso di sinistro". In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova applicazione il periodo di tolleranza di quindici giorni previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 10 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali (imposte di assicurazione) relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 11 - Foro competente

Per le controversie relative al contratto il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o Assicurato.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

Il contratto è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.

CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione

Sono compresi gli infortuni che l'Assicurato subisca:

- 1) nell'esercizio delle attività professionali;
- 2) nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Sono anche compresi in garanzia gli infortuni:

- a) durante i viaggi effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri di trasporto pubblico, da chiunque eserciti, condotti da piloti professionisti;
- b) in seguito a malore fondatamente non dovuto a condizioni patologiche preesistenti;
- c) per imperizia, imprudenza, negligenza anche gravi;
- d) per asfissia non di origine morbosa, per annegamento, assideramento e congelamento, colpo di sole o di calore, folgorazione, avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze tossiche, da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- e) per affezioni da morsi di animali o punture di insetti;
- f) in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, aggressioni a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- g) in seguito ad alpinismo con scalata di rocce e accesso a ghiacciai sino al terzo grado; oltre il predetto grado, l'alpinismo si intende garantito purché effettuato con accompagnamento di guida patentata;
- h) in caso di infortuni che si verificassero durante il richiamo degli Assicurati alle armi per ordinarie esercitazioni in tempo di pace. Durante il servizio militare di leva o il servizio sostitutivo in tempo di pace la garanzia opera esclusivamente per i rischi non connessi con lo svolgimento del servizio cui l'Assicurato è chiamato.

Art. 14 - Esclusioni

Non sono compresi gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e/o natanti per i quali l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- b) dalla guida di mezzi di locomozione aerei, di macchine agricole e operatrici, dalla guida o uso di mezzi subacquei;
- c) dalla pratica di pugilato e dalla lotta nelle sue varie forme, arti marziali;
- d) dalla pratica di sport aerei, volo a vela, deltaplano, ultraleggeri, paracadutismo e dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove e allenamenti;
- e) da competizioni sportive organizzate, fatta eccezione per quelle praticate nell'ambito di organismi ricreativi sportivi aziendali e paraaziendali;
- f) da immersioni non in apnea e speleologia;
- g) dai salti dal trampolino con gli sci ed allo sport della guidoslitta e del bob;
- h) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, e da suicidio;
- i) da ubriachezza ed uso di stupefacenti o allucinogeni, da uso non terapeutico di psicofarmaci;
- l) da guerra;
- m) da trasmutazione e disintegrazione del nucleo dell'atomo e simili, da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- n) in conseguenza di reati commessi dagli Assicurati o dalla loro partecipazione ad imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dagli Assicurati stessi per dovere di solidarietà umana e sociale, nonché per difesa legittima in occasione di violenza diretta alla loro persona, a qualsiasi causa e circostanza siano dovute;
- o) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortuni.

Sono altresì esclusi:

- p) le lesioni muscolo-tendinee attribuibili a sforzo, come pure gli infortuni e le ernie di qualunque tipo attribuibili a sforzo;
- q) gli infortuni derivanti da movimenti tellurici e/o eruzioni vulcaniche, inondazioni.

Art. 15 - Somme assicurate

Le somme assicurate sono indicate in polizza.

Art. 16 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a settanta anni. Tuttavia le persone che raggiungono tale età durante il periodo di assicurazione, restano comunque assicurate sino alla successiva scadenza annuale del contratto.

Art. 17 - Persone non assicurabili

Premesso che se la Società, qualora al momento della stipulazione del contratto, fosse stata a

conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza non terapeutica da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, psicofarmaci, allucinogeni), da sieropositività HIV o da epilessia, non avrebbe proceduto all'emissione del contratto, resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 Codice Civile, senza obbligo della Società di corrispondere l'eventuale indennizzo.

In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio al netto dell'imposta già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della polizza ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. 18 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale in tutto il mondo con l'intesa che eventuali indennizzi liquidabili a termine di polizza saranno corrisposti in Italia in valuta italiana.

Art. 19 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 20 - Cambiamento dell'attività professionale

Se nel corso dell'assicurazione si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate in polizza, si applicano gli Artt. 1897 e 1898 C.C.. Se il cambiamento dell'attività non comporta né diminuzione né aggravamento di rischio, l'assicurazione prosegue senza variazioni di sorta.

Art. 21 - Prova

E' a carico di chi domanda l'indennità di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini di polizza.

Art. 22 - Invalidità permanente

a) L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 730 giorni (731 se compreso un anno bisestile) dal giorno dell'infortunio.

b) L'indennizzo per invalidità permanente è calcolato sulla somma assicurata a tale titolo con riferimento alla tabella INAIL allegato 1 D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche.

c) Sono comunque escluse le malattie professionali.

d) Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella INAIL l'indennizzo è stabilito tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

e) La perdita totale, anatomica o funzionale di più organi od arti, comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità permanente corrispondente alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna perdita, fino al massimo del 100%. In caso di menomazione di più organi od arti le singole percentuali non vanno sommate aritmeticamente ma l'invalidità permanente corrisponde ad una valutazione globale di riduzione della generica capacità lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

f) Il grado di invalidità viene stabilito al momento in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono divenute permanentemente irreversibili.

Art. 23 - Franchigia

A parziale deroga dell'art. 22, si conviene che non si darà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% della totale; se supererà tale percentuale l'indennizzo sarà corrisposto per la sola parte eccedente.

Art. 24 - Controversie - Arbitrato

In caso di controversie sulla natura delle lesioni o sul grado di invalidità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la vertenza è deferita ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o, in caso contrario, dal Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione sul luogo ove deve riunirsi il Collegio; il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o domicilio eletto dallo stesso. **Ciascuna delle parti sostiene le spese del medico da essa designato, e contribuisce in misura della metà delle**

spese del terzo medico.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 25 - Diritto di surrogazione

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

Art. 26 - Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro 730 giorni (731 se compreso un anno bisestile) dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati, o, in difetto, agli eredi, la somma assicurata per il caso di morte.

Art. 27 - Cumulo di indennità

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro 365 giorni (366 se anno bisestile) dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società **corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza fra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.**

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Art. 28 - Altre assicurazioni

In parziale deroga all'art. 2 delle C.G.A., la garanzia opera in aggiunta ad altre coperture stipulate dall'Assicurato sullo stesso rischio.

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

Art. 29 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro

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

- fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro;
- darne avviso scritto all'Intermediario alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile;
- corredata la denuncia del sinistro con certificato medico; la denuncia deve inoltre contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento;
- documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici;
- sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- fornire, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).

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

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

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

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

- documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero;
- certificato di morte;
- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi:

- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i beneficiari o gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità de sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

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

Art. 30 – Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 19 "Criteri di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni – Garanzie prestate viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.

La Società s'impegna a comunicare all'Assicurato, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Art. 31 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato decede, per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato
oppure, in mancanza
- l'importo offerto
oppure, se non vi è stata ancora l'offerta
- l'importo oggettivamente determinabile dalla Società con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente articolo 29 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro, **fornendo, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti** (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), **corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.**

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

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

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

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

Art. 32 – Modalità di pagamento dell'indennizzo per tutte le garanzie infortuni

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

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
una Società del Gruppo Helvetia

Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
Tel. 02 5351 1 (20 linee)
Fax 02 5351.829
www.helvetiaitalia.it
e-mail pec: helvetiaitalia@pec.helvetia.it

Capitale Sociale € 15.600.000 i.v.

N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano, C.F.02446390581

R.E.A. n. 865966 e Partita I.V.A. 07530080154

Imp. Autor. all'eser. delle ass. e riass. con D. di ric. del M. Ind., Comm. ed Artig. del 20/06/1986 (G.U. n. 148 del 28/06/1986) e successive autorizzazioni

Società con Unico Socio

Società soggetta alla Direzione e al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia

Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 1.00062

Iscr. Albo Gruppi Ass. n. d'ord. 031