

## FASCICOLO INFORMATIVO

**Contratto di assicurazione malattia** (sanitaria):

# FORMULA 2

**Mod. FI-F2M4 - Ed. 07/2017**

**Il presente fascicolo informativo**

- **Nota informativa**
- **Condizioni di assicurazione**

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

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la nota informativa**

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

**helvetia** 

**Nota Informativa per contratto di assicurazione  
malattia (sanitaria):**

**FORMULA 2**

**Mod.35NIF2M004 - aggiornato al 01.07.2017**

**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 malattia (sanitaria).

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**

- a) 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;
- b) sede legale sita in Italia, via G.B. Cassinis 21 - 20139 Milano;
- c) telefono n. 02 5351.1, fax n. 02 5351.829, sito internet [www.helvetiaitalia.it](http://www.helvetiaitalia.it), posta elettronica [infoclienti@helvetiaitalia.it](mailto:infoclienti@helvetiaitalia.it); PEC [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto:helvetiaitalia@pec.helvetia.it)
- d) 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;
- e) Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. opera nel settore degli Affinity Group, ovvero gruppi di persone che presentano caratteristiche omogenee per i quali creare 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:

<b>SITUAZIONE PATRIMONIALE</b>	<b>DATI DI SOLVIBILITÀ SOLVENCY II</b>
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 365giorni/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 è strutturato in forma modulare e si compone di quattro sezioni:

- **sezione1 - Invalidità permanente da malattia**, regolata dagli articoli presenti nella sezione 1 delle condizioni di assicurazione;
- **sezione2 - Spese di ricovero con o senza intervento chirurgico**, regolata dagli articoli presenti nella sezione 2 delle condizioni di assicurazione;
- **sezione3 - Indennità giornaliera**, regolata dagli articoli presenti nella sezione 3 delle condizioni di assicurazione;
- **sezione4 - Sanitaria plus**, che prevede un pacchetto standard di tre garanzie (Spese di ricovero con o senza intervento chirurgico - Spese interventi chirurgici ambulatoriali - Polispecialistica) ed è regolata dagli articoli presenti nella sezione 4 delle condizioni di assicurazione.

**AVVERTENZA: l'assicurazione non è operante (esclusioni):**

- sezione 1 - **Invalidità permanente da malattia**: quando l'invalidità permanente non è di grado superiore al 25% e nei casi indicati agli artt.15-34-39 delle condizioni di assicurazione;
- sezione2 - **Spese di ricovero** con o senza intervento chirurgico: nei casi indicati agli artt.34-39-46 delle condizioni di assicurazione;
- sezione3 - **Indennità giornaliera**: nei casi indicati agli artt.34-39-46 delle condizioni di assicurazione;

- sezione4 - **Sanitaria plus**: nei casi indicati agli artt.31-34 delle condizioni di assicurazione.

**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, tenendo ben presente, limitatamente alla sezione1, la tabella di cui all'art.17 delle condizioni di assicurazione. Si richiama inoltre l'attenzione del Contraente sulla presenza di:

- franchigia fissa (sezione2-art.24 delle condizioni di assicurazione);
- franchigia in giorni (sezione3-art.26 delle condizioni di assicurazione);
- limiti di indennizzo (sezione2-art.22, sezione3-art.26 e sezione4-art.27);
- scoperti e relativi minimi (sezione4-artt.27-28-29 delle condizioni di assicurazione).

**Di seguito illustriamo il meccanismo di funzionamento di franchiglie/scoperti/limiti di indennizzo:**

- **franchigia**, l'importo fisso contrattualmente stabilito che rimane a carico dell'Assicurato in caso di sinistro: ad esempio, se l'importo del danno indennizzabile è pari ad euro 1.000,00 e la franchigia è pari ad euro 100,00, l'indennizzo dovuto all'Assicurato è pari ad euro 900,00; se l'importo del danno indennizzabile è pari o inferiore all'importo della franchigia, all'Assicurato non è corrisposto alcun indennizzo;
- **scoperto/minimo**, la percentuale o l'importo minimo contrattualmente stabiliti che rimangono a carico dell'Assicurato in caso di sinistro: ad esempio, se l'importo del danno indennizzabile è pari ad euro 2.000,00 e lo scoperto è pari al 10% con un minimo di euro 100,00, l'indennizzo dovuto all'Assicurato è pari ad euro 1.800,00, in quanto si applica lo scoperto calcolato percentualmente (euro 200,00), superiore al minimo di euro 100,00; se l'importo del danno indennizzabile è pari ad euro 500,00, l'indennizzo dovuto all'Assicurato è pari ad euro 400,00, in quanto si applica il minimo dello scoperto (euro 100,00), superiore allo scoperto calcolato percentualmente (euro 50,00);
- **limite di indennizzo**, l'importo massimo dell'indennizzo contrattualmente previsto per alcune prestazioni: se l'importo del danno indennizzabile è pari o inferiore al limite di indennizzo, l'indennizzo dovuto all'Assicurato è pari al danno indennizzabile; se l'importo del danno indennizzabile è superiore al limite di indennizzo, l'indennizzo dovuto all'Assicurato è pari al limite di indennizzo.

**AVVERTENZA:** il contratto prevede il limite di età assicurabile di settanta anni (sezioni1-2-3) e settantacinque anni (sezione4), così come indicato all'art.33 delle condizioni di assicurazione.

#### **4. Periodi di carenza contrattuali**

**AVVERTENZA:** sono previsti i periodi di carenza di cui sotto:

- sezione1 - Invaldità permanente da malattia: **così come indicato all'art.14 delle condizioni di assicurazione;**
- sezione2 - Spese di ricovero con o senza intervento chirurgico: **così come indicato all'art.45 delle condizioni di assicurazione;**
- sezione3 - Indennità giornaliera: **così come indicato all'art.45 delle condizioni di assicurazione;**
- sezione4 - Sanitaria plus: **così come indicato all'art.30 delle condizioni di assicurazione.**

#### **5. 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 Contraente e/o l'Assicurato devono rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande previste dal questionario sanitario e prima della sottoscrizione dello stesso, devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario sanitario medesimo.

**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.

#### **6. 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. Ad esempio, nel caso di minorazioni

funzionali o imperfezioni fisiche intervenute successivamente alla stipulazione 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 "5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità".

## **7. Premi**

Il pagamento del premio è consentito con periodicità annuale (unica soluzione) e, limitatamente alla garanzia di cui alla sezione4 - Sanitaria plus, anche 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 anticircolo 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.**

## **8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate**

**Le somme assicurate non sono soggette ad adeguamento**, ad eccezione della garanzia di cui alla sezione1 - Invalidità permanente da malattia, per la quale è facoltà del Contraente, così come indicato all'art.4 delle condizioni di assicurazione, richiedere l'aggiornamento della somma assicurata in occasione della proroga del contratto.

## **9. 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](http://www.helvetiaitalia.it).

### **9.1 Home insurance - informativa**

Ai sensi del Regolamento ISVAP n. 35/2010 come modificato dal Provvedimento n. 7/2013 sulla homepage del sito internet [www.helvetiaitalia.it](http://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.

## **10. 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.**

## **11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto**

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 730giorni/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).

## **12. Legge applicabile al contratto**

Il contratto è regolato dalla legge italiana.

## **13. 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**

### **14. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo**

**AVVERTENZA: in caso di sinistro, così come indicato all'art.7 delle condizioni di assicurazione, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto la possibilità.**

**AVVERTENZA:** inoltre l'Assicurato, in fase di denuncia del danno deve attenersi alle modalità e termini previsti dagli artt.18(sezione1) e 42(altre sezioni) delle condizioni di assicurazione. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

**AVVERTENZA:** limitatamente alla sezione1, se la malattia ha come conseguenza un'invaldità permanente definitiva, la valutazione del grado di invalidità viene stabilita mediante visita medica cui l'Assicurato deve sottoporsi presso un medico fiduciario incaricato dalla Società; al riguardo si precisa che la valutazione della malattia, così come indicato all'art.19 delle condizioni di assicurazione, deve essere effettuata dalla Società in un periodo compreso tra 180giorni e 730giorni/731(se compreso un anno bisestile) dalla data della denuncia della malattia medesima. Gli aspetti di dettaglio delle procedure di liquidazione del danno sono indicati:

- **sezione1:** agli artt.17-19-20 delle condizioni di assicurazione tenendo presente 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";
- **sezione2 e sezione3:** all'art.47 delle condizioni di assicurazione;
- **sezione4:** all'art.32 delle condizioni di assicurazione.

### **15. Assistenza diretta - Convenzioni**

Nessuna sezione e garanzia prevede la prestazione delle coperture assicurative nella forma dell'assistenza diretta.

### **16. 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](mailto: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 esaustiva 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](http://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](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 **negoziazione 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.

### **17. Arbitrato**

**AVVERTENZA:** il contratto prevede, così come indicato agli artt.21 e 43 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.

### **18. 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**

### **19. 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;

**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;

**Istituto di cura:** ospedale, clinica, casa di cura ed ogni altra struttura sanitaria di ricovero, regolarmente autorizzata, dotata di attrezzature per il pernottamento di pazienti e per la terapia di stati patologici, mediante l'intervento di personale medico e paramedico abilitato;

**Malattia:** si considera malattia ogni alterazione dello stato di salute, fisico o mentale, non derivante da infortunio, che non sia conseguenza di situazioni patologiche o malformative preesistenti alla stipulazione del contratto;

**Polizza:** il documento che prova l'assicurazione;

**Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società;

**Ricovero:** degenza in istituto di cura che comporta almeno un pernottamento;

**Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso (infotunio) 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 (anno - 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 malattia (sanitaria):**

## **FORMULA 2**

**Mod.35CF2M004 - aggiornato al 31.12.2016**

## **CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (valide per tutte le sezioni)**

### **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.). Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il Contraente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso riportate.

### **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.).**

**(Non si applica all'assicurazione Rimborso Spese di Ricovero e/o Interventi Chirurgici).**

### **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**

**In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza (Art. 1913 C.C.). L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 C.C.).**

### **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. Al riguardo si precisa che la Società può esercitare la facoltà di recesso di cui sopra, solo entro i primi due anni dalla stipulazione del contratto.

### **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 365giorni/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.

**SEZIONE 1- INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA - CONDIZIONI PARTICOLARI**  
**(operante se espressamente convenuta, mediante crocettatura, nel frontespizio di polizza)**

**Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione e delimitazione della garanzia**

In caso di malattia che abbia per conseguenza **una invalidità permanente di grado superiore al 25% e quest'ultima si verifichi entro 365giorni/366(se anno bisestile) dal giorno nel quale la malattia è stata denunciata**, questa garanzia assicura un indennizzo calcolato sulla somma assicurata, secondo le percentuali e le disposizioni seguenti. **Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 25% della totale.**

La valutazione dell'invalidità viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alla tabella INAIL, allegato 1 D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1.124 e successive modifiche.

**Art. 14 - Termini di aspettativa**

L'assicurazione ha effetto a partire dalle ore 24 del novantesimo giorno successivo a quello di decorrenza della presente polizza.

Qualora la presente polizza ne sostituisca un'altra, senza soluzione di continuità, riguardante gli stessi Assicurati, il termine di aspettativa di cui sopra opera:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso della presente polizza, il termine di aspettativa decorre dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse prestazioni assicurate.

**Art. 15 - Esclusioni**

L'assicurazione non comprende:

- a) le invalidità permanenti preesistenti alla data di decorrenza della garanzia ed anche quelle conseguenti ad infortunio verificatosi durante il periodo di validità della polizza;
- b) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni, anfetamine, e simili;
- c) le situazioni patologiche nate anteriormente alla stipulazione del contratto già note all'Assicurato e da lui sottaciute con dolo e colpa grave nonché le malattie croniche e recidivanti;
- d) le malattie professionali come definite dal D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124.

**Art. 16 - Non cumulabilità della presente garanzia con quella infortuni**

La presente garanzia non potrà in alcun modo cumularsi con garanzie di invalidità permanente da infortunio.

**Art. 17 - Somme assicurate**

Le somme assicurate sono indicate in polizza. La Società liquida un' indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale da applicare sulla somma assicurata
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29
34	32
dal 35 al 55	dal 35 al 55
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83

63	87
64	91
65	96
dal 66 al 100	100

#### **Art. 18 - Denuncia del danno ed obblighi relativi**

Nel caso di malattia che abbia comportato o sembri comportare un'invalidità permanente indennizzabile ai sensi delle condizioni previste dalla garanzia deve essere presentata denuncia scritta, indirizzata alla Società secondo le modalità previste dall'art. 7 delle C.G.A. Per gli Assicurati residenti o domiciliati all'estero il termine di presentazione della denuncia deve intendersi di trenta giorni.

Alla denuncia deve essere unita, o far seguito, la seguente documentazione:

- a) certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- b) certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica della malattia;
- c) copia della cartella clinica ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

Il certificato medico, con l'indicazione del grado di un'eventuale invalidità permanente, direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia, deve essere inoltrato non prima di un anno dalla data del certificato richiamato alla precedente lettera b).

Qualora la garanzia scada prima che sia stata presentata denuncia di danno e sempreché la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità della garanzia stessa, è concesso il termine di 365giorni/366(se anno bisestile) dalla scadenza per la relativa denuncia.

#### **Art. 19 - Liquidazione dei danni**

La valutazione del danno indennizzabile deve essere effettuata dalla Società in un periodo compreso tra 180giorni e 730giorni/731(se compreso un anno bisestile) dalla data della denuncia della malattia.

La Società, compiuti gli accertamenti del caso, valuta l'eventuale invalidità permanente e liquida l'indennizzo che risulti dovuto, provvedendo quindi al pagamento.

**Ove, a giudizio sia del medico dell'Assicurato che del consulente medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia oggetto di denuncia e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo quindi al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.** Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasferibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata offerta in misura determinata per iscritto, la Società liquida agli eredi dell'Assicurato l'importo offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

#### **Art. 20 - Criteri di indennizzabilità**

**Nel caso di invalidità permanente preesistente, l'indennizzo è liquidato per le sole conseguenze dirette ed esclusive cagionate dalla malattia denunciata** come se essa avesse colto una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti fermo restando l'esclusione di cui all'art. 15 punto a). **Nel caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un arto o di un organo già minorato le percentuali di invalidità permanente accertata sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.**

#### **Art. 21 - Controversie - Arbitrato**

In caso di controversie sulla natura della malattia 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 qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. **Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.**

## **SEZIONE 2 - SPESE DI RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO - CONDIZIONI PARTICOLARI**

**(operante se espressamente convenuta, mediante crocettatura, nel frontespizio di polizza)**

---

### **Art. 22 - Oggetto dell'assicurazione e delimitazione della garanzia**

Questa garanzia assicura il rimborso delle spese in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da malattia o da infortunio per:

- a) onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami riguardanti il periodo di ricovero;
- c) rette di degenza con esclusioni delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono ecc.;
- d) parto non cesareo con un massimo di rimborso di euro 774,69;**
- e) aborto terapeutico con un massimo di rimborso di euro 774,69.**

**L'assicurazione si intende prestata indipendentemente o ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale. Se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponderà un'indennità di euro 51,65 per ogni giorno di ricovero per una durata massima di sessanta giorni per anno assicurativo.**

### **Art. 23 - Somme assicurate**

Il massimale assicurato, come risulta dalla scheda di polizza, è inteso come unica disponibilità per anno assicurativo e per l'insieme delle persone assicurate che costituiscono un unico nucleo familiare, qualunque sia il numero delle malattie o degli infortuni verificatisi nell'anno assicurativo.

### **Art. 24 - Franchigia**

**Viene applicata ad ogni liquidazione per singolo evento una franchigia fissa di euro 258,23.**

## **SEZIONE 3 - INDENNITA' GIORNALIERA - CONDIZIONI PARTICOLARI**

**(operante se espressamente convenuta, mediante crocettatura, nel frontespizio di polizza)**

---

### **Art. 25 - Oggetto dell'assicurazione e delimitazione della garanzia**

Questa garanzia è operante in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da malattia o da infortunio e prevede la corresponsione di un'indennità, per persona assicurata e per ciascun giorno di ricovero, sino alla concorrenza della somma assicurata, come risulta dalla scheda di polizza. La presente diaria viene riconosciuta anche in caso di parto non cesareo ed aborto terapeutico ed è prestata per un periodo massimo di dieci giorni per evento.

### **Art. 26 - Franchigia**

**I primi tre giorni di ricovero vengono considerati in franchigia. Pertanto non si darà luogo a liquidazione per più di novantasette giorni di ricovero ed in casi di parto non cesareo e aborto terapeutico per più di sette giorni di ricovero.**

## **SEZIONE 4 - SANITARIA PLUS - CONDIZIONI PARTICOLARI**

**(operante se espressamente convenuta, mediante crocettatura, nel frontespizio di polizza)**

---

### **Art. 27 - Spese di Ricovero con o senza intervento chirurgico**

In caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da malattia o infortunio vengono rimborsate **fino alla concorrenza di euro 51.645,69 per persona, per nucleo familiare, per evento e per anno assicurativo** le spese sostenute per:

- Assistenza e prestazioni mediche, onorari per visite mediche
- Analisi di laboratorio ed esami diagnostici;
- Equipe operatoria, anestesista, diritti di sala operatoria, materiali di intervento (compresi apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento);
- Medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Rette di degenza con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisore, telefono ecc. ecc.;
- Parto non cesareo, parto cesareo, aborto spontaneo o post traumatico;

**Il rimborso viene effettuato sotto deduzione di uno scoperto del 25% con un minimo di euro 1.032,91 per evento. L'assicurazione si intende prestata indipendentemente o ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale. Se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponderà un'indennità di euro 51,65 per ogni giorno di ricovero per una durata massima di sessanta giorni per anno assicurativo.**

#### **Art. 28 - Spese interventi chirurgici ambulatoriali**

**Vengono rimborsate fino alla concorrenza di euro 1.549,37 per persona, per nucleo familiare e per anno assicurativo** le spese sostenute per interventi chirurgici ambulatoriali, comprese le relative visite specialistiche, intendendosi tali quelli effettuati senza ricovero, comportanti anche suture, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, diatermocoagulazione. **Il rimborso viene effettuato sotto deduzione di uno scoperto del 25% con un minimo di euro 154,94 per evento.**

#### **Art. 29 - Polispecialistica**

**Vengono rimborsate fino alla concorrenza di euro 774,69 per persona, per nucleo familiare e per anno assicurativo** le spese sostenute per onorari di visite specialistiche, effettuate da medici forniti di specializzazione, in presenza di una situazione di malattia (che significa ogni e qualsiasi alterazione dello stato di salute) o di infortunio. **Il rimborso viene effettuato sotto deduzione di uno scoperto del 30% con un minimo di euro 25,82.**

#### **Art. 30 - Decorrenza delle garanzie - Termine di aspettativa**

Le garanzie decorrono:

- Per gli infortuni: dal momento in cui, ai sensi dell'art. 3, ha effetto l'assicurazione;
- Per le malattie: dal trentesimo giorno successivo;
- Per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione: dal centoottantesimo giorno successivo.
- Per il parto: dal trecentesimo giorno successivo.

#### **Art. 31 - Esclusioni**

L'assicurazione non è operante per :

- a) le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione dell'assicurazione;
- b) gli infortuni e le loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a gare, competizioni in genere ed alle relative prove od allenamenti;
- c) gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente;
- d) le cure dentarie e le paradentiopatie non rese necessarie da infortunio e in ogni caso le protesi dentarie;
- e) le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici;
- f) le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio, fatta eccezione per i casi comportanti intervento chirurgico, per i quali verrà riconosciuto il solo rimborso delle spese inerenti all'intervento stesso;
- g) le malattie, infortuni e le loro conseguenze dovuti all'abuso di alcolici e narcotici o all'uso di stupefacenti, allucinogeni, anfetamine e simili;
- h) gli interventi sulle tonsille e su vegetazioni adenoidi, effettuati su persone che non abbiano compiuto nove anni di età;
- l) i soggiorni in stabilimenti termali, case di cura specializzate per le malattie nervose e tubercolari, case di soggiorno e convalescenza, sanatori, ospedali militari, ospizi per persone anziane e comunque in qualsiasi istituto privo di sala operatoria;
- m) l'aborto volontario non terapeutico;
- n) le applicazioni di carattere estetico salvo interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio;
- o) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di anomalie, mutilazioni, difetto fisico preesistente alla stipulazione della polizza, intendendosi per tale la formazione anomala di parte anatomica obiettivamente diagnosticata, prima della stipulazione;
- p) i medicinali non iscritti alla farmacopea e che non siano stati prescritti dal medico, come pure i preparati non riconosciuti o reclamistici, le acque minerali, i vini, i ricostituenti, i cosmetici ed i preparati vitaminici, fatta eccezione per quelli compresi nella retta ospedaliera;
- q) gli infortuni occorsi in occasione di sport aerei;
- r) le malattie professionali, così definite dal D.P.R. del 30 Giugno 1965, n. 1.124 e successive modifiche;
- s) le conseguenze di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- t) guerra, insurrezioni, tumulti popolari, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni e altre calamità naturali;
- u) atti violenti od aggressioni, avente movente politico o sociale, cui l'Assicurato abbia preso parte.

### **Art. 32 - Liquidazione dei danni**

La Società al termine del ricovero o a cure ultimate, compiuti gli accertamenti del caso, provvederà al rimborso delle spese effettivamente sostenute, entro il limite della somma assicurata, dietro presentazione della documentazione che segue:

- a) gli originali delle parcelle, delle notule e dei documenti dovranno indicare nome, cognome e domicilio della persona che si è sottoposta alle cure, e dovranno essere pagate e quietanzate. Nel caso sia intervenuto il Servizio Sanitario Nazionale e/o altra polizza di assicurazione privata, le notule di spesa possono essere presentate in copia, unitamente alla prova della quota di concorso erogata dal Servizio Sanitario Nazionale stesso e/o documento comprovante le spese rimborsate in forza di altra polizza. La Società restituisce i predetti originali previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato;
- b) le parcelle dovranno essere consegnate entro tre mesi dalla fine della cura e le notule ospedaliere entro tre mesi dalla fine della degenza pena la decadenza dal diritto;
- c) La Società provvederà al rimborso esclusivamente su presentazione delle parcelle e delle notule originale quietanzate;
- d) le spese in valuta estera verranno calcolate in euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.

### **NORME COMUNI ALLE SEZIONI 1-2-3-4 (operanti in quanto applicabili)**

---

#### **Art. 33 - Limite d'età**

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a settanta anni per le sezioni 1-2-3 e di età non superiore a settantacinque anni per la sezione 4. Tuttavia le persone che raggiungono detti limiti di età durante il periodo di assicurazione, restano comunque assicurate sino alla successiva scadenza annuale del contratto.

#### **Art. 34 - 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. 35 - Servizio militare**

L'assicurazione vale altresì durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; durante il servizio militare di leva od il sostitutivo di questo, è invece escluso l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione.

#### **Art. 36 - Estensione territoriale**

L'assicurazione vale in tutto il mondo con l'intesa che la valutazione dell'invalidità permanente e la liquidazione dei danni vengono effettuate in Italia, con pagamento degli indennizzi in valuta italiana. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.

#### **Art. 37 - Prova**

**E' a carico di chi chiede l'indennizzo provare l'esistenza degli elementi che valgono a costituire il diritto a termini di contratto.**

#### **Art. 38 - 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.

#### **Art. 39 - Ulteriori esclusioni (non valido per sezione 4)**

**L'assicurazione non è operante per:**

- a) le conseguenze di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni da accelerazione artificiale di particelle atomiche;

- b) guerra, insurrezioni, tumulti popolari, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni e altre calamità naturali;
- c) atti violenti od aggressioni, eventi movente politico o sociale, cui l'assicurato abbia preso parte.

**Art. 40 - Altre assicurazioni (non valido per sezioni 2 e 4)**

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

**Art. 41 - Secondo rischio eventuale (non valido per sezioni 1 e 3)**

In caso l'Assicurato abbia contratto in precedenza un'altra assicurazione comprendente i rischi coperti dalla presente polizza, quest'ultima - sempre nei limiti convenuti - sarà operante per l'eventuale parte di danno non risarcita dalla copertura precedentemente stipulata.

**Art. 42 - Denuncia del danno ed obblighi relativi (non valido per sezione 1)**

La denuncia del danno deve esser presentata per iscritto secondo le modalità previste dall'art. 7. La denuncia deve essere corredata da referto medico attestante la natura della malattia o la natura ed il tipo delle lesioni nonché la necessità del ricovero o dell'intervento; l'Assicurato deve inoltre produrre eventuale copia della cartella clinica. Per gli Assicurati residenti o domiciliati all'estero il termine di presentazione della denuncia deve intendersi di trenta giorni. L'Assicurato deve fornire ogni informazione e consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Se dolosamente non viene adempiuto agli obblighi previsti dal presente articolo, l'Assicurato perde il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto scrupolosamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

**Art. 43 - Controversie - Arbitrato (non valido per sezione 1)**

In caso di controversie sulla natura delle malattie o delle lesioni o sulle loro conseguenze nonché sul tipo di intervento chirurgico e sulla misura dei rimborsi, 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 alle spese del terzo medico.**

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. 44 - Anticipi (non valido per sezione 1)**

Nel caso di avvenuto ricovero in istituto di cura è in facoltà dell'Assicurato richiedere anticipatamente il rimborso delle spese sostenute e documentate in misura non superiore al 60% delle stesse, previa contestuale presentazione alla Società di certificazione provvisoria dell'istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare delle stesse non sia inferiore ad euro 516,46. Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa, si procede al conguaglio attivo o passivo.

**Art. 45 - Decorrenza della garanzia - Termine di aspettativa (non valido per sezioni 1-4)**

Il rimborso spese di ricovero e l'indennità giornaliera decorrono:

- per gli infortuni: dal momento in cui, ai sensi dell'art. 3, ha effetto l'assicurazione;
- per le malattie: dal trentesimo giorno successivo;
- per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione: dal centoottantesimo giorno successivo;
- per il parto: dal trecentesimo giorno successivo.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di trenta giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la presente polizza ne sostituisca un'altra, senza soluzione di continuità, riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.



Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso della presente polizza, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse prestazioni assicurate. Per gli infortuni non è invece fissato alcun termine di aspettativa. Le ernie addominali o inguinali, provocate o peggiorate da infortunio, non sono tuttavia considerate, in alcun caso, ai fini della carenza, come conseguenza di infortunio. **Per le malattie che si manifestino durante il periodo di aspettativa non è previsto alcun rimborso.**

**Qualora la malattia dovesse manifestarsi nuovamente (c.d. ricaduta) dopo il periodo di aspettativa, l'Assicurato avrà diritto alla garanzia solo quando siano trascorsi tre mesi fra la guarigione clinica della malattia e la ricaduta.**

#### **Art. 46 - Ulteriori esclusioni (non valido per sezioni 1-4)**

L'assicurazione non è operante per:

- a) le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione dell'assicurazione;
- b) gli infortuni e le loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a gare, competizioni in genere ed alle relative prove od allenamenti;
- c) gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente;
- d) le cure dentarie e le parodontopatie non rese necessarie da infortunio e in ogni caso le protesi dentarie;
- e) le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici, salvo quanto previsto alla lettera a) dell'art. 22;
- f) le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio, fatta eccezione per i casi comportanti intervento chirurgico, per i quali verrà riconosciuto il solo rimborso delle spese inerenti all'intervento stesso;
- g) le malattie, infortuni e loro conseguenze dovuti all'abuso di alcolici e narcotici o all'uso di stupefacenti, allucinogeni, anfetamine e simili;
- h) gli interventi sulle tonsille e su vegetazioni adenoidi, effettuati su persone che non abbiano compiuto nove anni di età;
- l) i soggiorni in stabilimenti termali, case di cura specializzate per le malattie nervose e tubercolari, case di soggiorno e convalescenza, sanatori, ospedali militari, ospizi per persone anziane e comunque in qualsiasi istituto privo di sala operatoria;
- m) l'aborto volontario non terapeutico;
- n) le applicazioni di carattere estetico salvo interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio;
- o) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di anomalie, mutilazioni, difetto fisico preesistente alla stipulazione della polizza, intendendosi per tale la formazione anomala di parte anatomica obiettivamente diagnosticata, prima della stipulazione;
- p) i medicinali non iscritti alla farmacopea e che non siano stati prescritti dal medico, come pure i preparati non riconosciuti o reclamistici, le acque minerali, i vini, i ricostituenti, i cosmetici ed i preparati vitaminici, fatta eccezione per quelli compresi nella retta ospedaliera;
- q) gli infortuni occorsi in occasione di sports aerei;
- r) le malattie professionali, così definite dal D.P.R. del 30 Giugno 1965, n.1124.

#### **Art. 47 - Liquidazione dei danni (non valido per sezioni 1 e 4)**

La Società al termine del ricovero o a cure ultimate, compiuti gli accertamenti del caso, rimborsa, entro il limite della somma assicurata, come segue:

**1) Sezione 2 - Spese di ricovero - La Società provvederà al rimborso delle spese sanitarie effettivamente sostenute alle condizioni che seguono:**

- a) **gli originali delle parcelle, delle notule e dei documenti dovranno indicare nome, cognome e domicilio della persona che si è sottoposta alle cure, e dovranno essere pagate e quietanzate.**  
Nel caso sia intervenuto il Servizio Sanitario Nazionale e/o altra polizza di assicurazione privata, le notule di spese possono essere presentate in copia, unitamente alla prova della quota di concorso erogata dal Servizio Sanitario Nazionale stesso e/o documento comprovante le spese rimborsate in forza di altra polizza. La Società restituisce i predetti originale previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato;
- b) **le parcelle dovranno essere consegnate entro tre mesi dalla fine della cura e le notule ospedaliere entro tre mesi dalla fine della degenza pena la decadenza del diritto;**
- c) **La Società provvederà al rimborso esclusivamente su presentazione delle parcelle e delle notule originali quietanzate;**

- d) le spese in valuta estera verranno calcolate in euro, al cambio medio della Borsa di Milano del giorno in cui perverrà la relativa documentazione.
- 2) Sezione 3 - Indennità giornaliera - La Società corrisponderà l'indennità giornaliera pattuita tenendo conto, al fine del computo dei giorni di ricovero, del numero dei pernottamenti.

## **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](http://www.helvetiaitalia.it)

e-mail pec: [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto: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**