

## ASSICURAZIONE INFORTUNI

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A**, Italia - Iscr. Albo Imprese Ass. al n.1.00062

Prodotto: **Sicuramente Famiglia**

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

#### Che tipo di assicurazione è?

La polizza "Sicuramente Famiglia" è la soluzione assicurativa studiata per proteggerti dalle conseguenze di Infortuni e offre inoltre una garanzia di Assistenza e Tutela Legale in caso di infortunio.



#### Che cosa è assicurato?

La polizza ti tutela dagli "Infortuni", in tutti gli ambiti della tua vita, sia durante l'attività lavorativa (copertura professionale) che durante il tuo tempo libero (copertura extra-professionale).

La polizza prevede le seguenti n° 3 Sezioni

#### Sezione A - Tutela Legale

Erogata da D.A.S S.p.A, che assicura nei limiti della somma assicurata (€ 10.000,00), qualora l'Assicurato rimanga vittima di un infortunio, le spese legali sostenute dall'Assicurato per la difesa dei propri interessi in sede giudiziale ed extragiudiziale, nei confronti di coloro che ti hanno causato l'infortunio oppure nei confronti dei medici o di altri professionisti che sono intervenuti in ambito sanitario.

Sezione B - Assistenza, erogata da Europ Assistance Italia Spa 24 ore su 24

La presente garanzia ti offre le seguenti prestazioni:

- Consulenza medica telefonica;
- Invio di un medico generico al domicilio in Italia;
- Trasporto in autoambulanza in Italia;
- Invio di un infermiere a domicilio;
- Invio di un fisioterapista a domicilio;
- Consegna spesa a domicilio;
- Collaboratrice Familiare;

Prestazioni operanti esclusivamente quando il sinistro si verifica ad oltre 200 km dal luogo di residenza dell'Assicurato e all'estero:

- Rientro Sanitario;
- Rientro con un familiare;
- Anticipo spese mediche;
- Viaggio di un familiare;
- Accompagnamento di minori di quindici anni;
- Rientro salma.



#### Che cosa non è assicurato?

- ✘ Persone che, quando l'assicurazione ha inizio, hanno età superiore a 80 anni per la sezione Infortuni;
- ✘ Persone la cui professione è connessa ad attività aeree in genere, ad uso o impiego di materie esplosive, a lavori in miniera o nel sottosuolo, ad uso-impiego ed effetti di energia nucleare, ad attività subacquee e ad attività sportive professionali, per la sezione infortuni.
- ✘ Persone affette dalle seguenti patologie: alcolismo e/o dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), sieropositività H.I.V, per la sezione infortuni.

Per quanto riguarda la garanzia Infortuni: le conseguenze (quali morte, invalidità permanente, etc.) di malattie o di eventi non qualificabili come fortuiti, violenti ed esterni.

- ✘ Tutela Legale: non sono coperte le vertenze relative a controversie tra le persone assicurate e la Compagnia.
- ✘ Il diritto alle assistenze decade se l'assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa. Ogni diritto nei confronti della Compagnia si prescrive nel termine di 2 anni dalla data del sinistro che ha dato origine alla prestazione.



#### Ci sono limiti di copertura?

##### Tutela legale:

! La garanzia è esclusa per sinistri derivanti da fatti dolosi compiuti dall'Assicurato, per danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo.

Inoltre se l'infortunio deriva da evento occorso all'Assicurato mentre si trovava alla guida di un veicolo, l'Assicurazione è esclusa se l'Assicurato non è munito di patente valida o regolare, se l'Assicurato è imputato del reato di guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o gli sia stata applicata una delle sanzioni previste dagli articoli 186 comma 6 e 187 comma 5 del Nuovo Codice della Strada e del reato di fuga o di omissione di soccorso (art. 189 Nuovo Codice della Strada).

##### Assistenza:

! Le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati da atti dolosi, da suicidio o tentato suicidio, infortuni conseguenti infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcoolici o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti e allucinogeni.



## Che cosa è assicurato?

### Sezione C - Infortuni

Le garanzie assicurative acquistabili nella **Sezione Infortuni** sono:

- ✓ **Danno Biologico:** indennizzo calcolato sulla somma assicurata a tale titolo, con riferimento alla Tabella INAIL delle menomazioni del "Danni Biologico Permanente" (Decreto del Ministero del Lavoro del 12.07.2000);
- ✓ **Morte da infortunio:** corresponsione agli eredi o ai beneficiari designati in polizza, di un importo pari alla somma assicurata;
- ✓ **Spese di cura da infortunio:** il rimborso delle spese sostenute fino al limite della somma assicurata indicata in polizza. Le principali spese rimborsabili sono:
  - esami e accertamenti diagnostici, onorari dei medici, diritti di sala operatoria, medicinali,
  - trattamenti fisioterapici e rieducativi, rette di degenza e spese di trasferimento.

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



## Ci sono limiti di copertura?

### Infortuni

! Non sono coperte le conseguenze derivanti da ebbrezza, ubriachezza, da uso non terapeutico di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni; Sono esclusi gli infortuni causati da:

- ! guida di veicoli e/o natanti a motore per i quali l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- ! dalla pratica di pugilato e dalla lotta nelle sue varie forme, arti marziali, dalla pratica di sport aerei, volo a vela, deltaplano, parapendio, ultraleggeri, paracadutismo e dalla partecipazione a corse e gare motoristiche ed alle relative prove e allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- ! da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e da suicidio anche tentato;
- ! da guerra, da terrorismo nel quale siano impiegati materiali e/o armi di distruzione di massa, nucleari, chimiche o biologiche;
- ! da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortuni

Nel caso di evento che colpisca più persone assicurate nella stessa polizza sono previsti dei limiti cumulativi di indennizzo.



## Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale nel mondo intero ad eccezione della garanzia Tutela legale, che prevede una limitazione agli stati europei, al Regno Unito e per alcuni casi al solo territorio italiano, Città del Vaticano e San Marino compresi.



## Che obblighi ho?

Hai il dovere di:

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

In caso di sinistro, devi:

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



## Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio avviene all'atto della conclusione del contratto.

Puoi pagare tramite:

- bonifico bancario;
- assegno non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bollettino postale;
- contanti, nei limiti previsti dalla legge;
- sistemi di pagamento elettronico, se disponibili presso lo specifico Intermediario;
- in aggiunta alle modalità di pagamento del premio sopra indicate, qualora l'intermediario presso cui hai stipulato la polizza li preveda, il premio può essere corrisposto mediante RID o trattenuta sul cedolino;

Il premio di polizza può essere corrisposto esclusivamente con periodicità annuale (unica soluzione).

Il premio di polizza corrisposto comprende le imposte previste dalla normativa vigente e le provvigioni corrisposte all'intermediario.



### **Quando comincia la copertura e quando finisce?**

L'assicurazione inizia alle ore 24.00 del giorno indicato in polizza - fermi i periodi di carenza indicati nella sezione «Ci sono limitazioni alla copertura?» - se il premio è stato pagato, e termina alle ore 24.00 del giorno indicato in polizza come data di scadenza.

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



### **Come posso disdire la polizza?**

Puoi inviare una lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto.

Il recesso è inoltre possibile a seguito di pagamento di sinistro fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto al pagamento stesso. In ogni caso, la Compagnia provvederà a rimborsarti - al netto delle imposte - la quota di premio pagato e non goduto per il periodo compreso tra il giorno di invio della raccomandata A.R. di recesso e la scadenza annuale del contratto.

# Assicurazione Infortuni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.  
Sicuramente Famiglia



Data ultimo aggiornamento: 18 Luglio 2022  
Il presente DIP Aggiuntivo è l'ultima versione disponibile

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

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

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. - Via G.B. Cassinis, 21; 20139; Milano (Italia); tel.+39 02 5351.1; sito internet: [www.helvetiaitalia.it](http://www.helvetiaitalia.it); e-mail: [infoclienti@helvetiaitalia.it](mailto:infoclienti@helvetiaitalia.it) PEC: [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto:helvetiaitalia@pec.helvetia.it)

P. IVA e Cod. Fisc. 07530080154 - Società del Gruppo Helvetia soggetta alla Direzione ed al Coordinamento della Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia - Società con Socio Unico - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n° 1.00062 - Iscrizione all'Albo dei Gruppi Assicurativi n° ord. 031.

Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sui Danni con Decreto Ministeriale n.16723 del 20/6/1986 - G.U. n.148 del 28/6/1986.

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.

Il patrimonio netto della Compagnia, all'ultimo bilancio approvato, è pari a 93,535 milioni di euro di cui 15,600 milioni di euro costituiscono la parte relativa al capitale sociale e 74,193 milioni di euro si riferiscono alle riserve patrimoniali.

La relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria della Compagnia (SFCR) è disponibile sul sito internet della stessa ed è consultabile al seguente indirizzo: [www.helvetia.it/solvencyII](http://www.helvetia.it/solvencyII).

Di seguito si dà evidenza dei requisiti patrimoniali e dei fondi ammissibili alla loro copertura, calcolati secondo la Formula Standard, in vigore al 31.12.2021.

Informazioni relative al margine di solvibilità Solvency II al 31.12.2021	
Solvency Capital Requirement (SCR)	47.135.613
Minimum Capital Requirement (MCR)	20.645.019
Fondi Propri ammissibili a copertura del SCR	108.110.341
Fondi Propri ammissibili a copertura del MCR	108.110.341
Solvency Capital Ratio*	229,36%

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

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

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

La polizza prevede le seguenti coperture:

### ✓ **TUTELA LEGALE**

La Compagnia assicura il rischio delle spese di assistenza stragiudiziale e giudiziale che si rendano necessarie a tutela dei diritti dell'Assicurato assunti in garanzia e più precisamente:

- gli oneri per l'intervento di un legale;
- gli oneri per l'intervento del perito/consulente tecnico d'ufficio;
- gli oneri per l'intervento di un consulente tecnico di parte;
- le spese liquidate a favore di controparte in caso di soccombenza;
- le spese conseguenti ad una transazione autorizzata da D.A.S.;
- le spese degli arbitri e del legale intervenuti nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta avanti a uno o più arbitri;
- le spese di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- le spese per la redazione di denunce, querele, istanze all'Autorità Giudiziaria.

### ✓ **ASSISTENZA**

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

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

- Consulenza medica telefonica;
- Invio di un medico generico al domicilio in Italia;
- Trasporto in autoambulanza in Italia;
- Invio di un infermiere a domicilio;
- Invio di un fisioterapista a domicilio;
- Consegna spesa a domicilio;
- Collaboratrice familiare.

#### PRESTAZIONI OPERANTI ESCLUSIVAMENTE QUANDO IL SINISTRO SI VERIFICA AD OLTRE 200 KM DAL LUOGO DI RESIDENZA DELL'ASSICURATO E ALL'ESTERO

- Rientro sanitario;
- Rientro con un familiare;
- Anticipo spese mediche (prestazione valida solo all'estero);
- Viaggio di un familiare;
- Accompagnamento di minori di quindici anni;
- Rientro salma.

### ✓ **INFORTUNI**

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o un danno biologico permanente. L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca sia nell'esercizio delle attività professionali sia nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Sono altresì comprese in garanzia:

- le malattie tropicali;
- le asfissie meccaniche compresa l'asfissia da annegamento;
- le lesioni determinate da sforzi di qualunque tipo, sempre che lo sforzo rappresenti la causa diretta ed esclusiva della lesione;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo salvo il caso di guerra a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva; per terrorismo si intende un atto o più atti commessi da qualsiasi persona o gruppo o gruppi di persone con propositi politici, religiosi, ideologici o simili per influenzare i governi o intimorire la collettività o una parte di essa. Il termine terrorismo è esteso, ma non si limita, all'uso effettivo della forza o della violenza e/o alla minaccia di tale uso. Inoltre l'autore dell'atto terroristico può agire singolarmente o per tramite o in collegamento con qualsiasi organizzazione o governo;
- gli infortuni dovuti ad atti di aggressione e di violenza subiti dall'Assicurato che non siano stati da lui provocati ed ai quali lo stesso non abbia preso parte attiva e quelli connessi al richiamo alle armi per ordinarie esercitazioni in tempo di pace;
- gli infortuni derivanti da guerra anche se non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- gli infortuni da corrente elettrica, atmosferica o industriale;

- gli infortuni a seguito di contatto con sostanze tossiche, corrosive, irritanti e venefiche ed ingestione od assunzione ed inalazione delle stesse;
- i morsi di animali e le punture di insetti;
- gli infortuni da lesività termica in eccesso o in difetto;
- gli infortuni conseguenti a malore non dovuto a condizioni patologiche preesistenti alla stipula del contratto;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, o negligenza anche grave;
- gli infortuni da 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;
- gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati unicamente in qualità di passeggero; la garanzia è valida su aeromobili in servizio pubblico di linea, su aerotaxi, su aeromobili privati e militari, su elicotteri, purché il volo sia effettuato conformemente alle disposizioni della normativa tempo per tempo vigente.

In caso di danno biologico totale o di morte conseguenti ad incidente stradale, la somma assicurata indicata in polizza è maggiorata del 50%, entro i limiti indicati nella sezione "Ci sono limiti di copertura?".

Le garanzie assicurative acquistabili nella Sezione Infortuni sono quelle di seguito riportate:

**Danno Biologico (garanzia obbligatoria ed alternativa alla garanzia "Danno Biologico Grave", valida soltanto se espressamente richiamata in polizza):** il relativo indennizzo è calcolato sulla somma assicurata a tale titolo, con riferimento alla Tabella INAIL delle menomazioni del "Danni Biologico Permanente" (Decreto del Ministero del Lavoro del 12.07.2000).

Il danno biologico permanente pari o superiore al 66% viene liquidato al 100%.

All'interno di tale garanzia è operante l'estensione di garanzia "**Spese di cura da infortunio**", che prevede il rimborso delle spese rese necessarie esclusivamente a seguito di un infortunio da cui sia derivato un danno biologico fino al limite della somma assicurata indicata in polizza e sostenute per:

- onorari di medici specialisti, con esclusione di onorari specifici relativi alla valutazione e/o attestazione del grado di danno biologico permanente residuo richieste dall'Assicurato;
- accertamenti diagnostici;
- terapie fisiche (escluse cure termali e similari);
- rette di degenza, per un importo giornaliero non superiore ad euro 250,00.

**Danno Biologico Grave (garanzia obbligatoria ed alternativa alla garanzia "Danno Biologico", valida soltanto se espressamente richiamata in polizza)**

**Morte (garanzia valida se espressamente riportata in polizza)**

Morte da infortunio: se viene prescelta l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Compagnia corrisponde la somma assicurata agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Morte presunta: quando l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e l'autorità giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

#### OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non previste.

#### OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non previste.



#### Che cosa NON è assicurato?

**Rischi esclusi**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



#### Ci sono limiti di copertura?

##### **TUTELA LEGALE**

**Oltre a quanto rappresentato nel DIP Danni, relativamente alla garanzia sono in ogni caso escluse dalla garanzia le prestazioni:**

- in materia fiscale ed amministrativa;
- se, al momento del sinistro, il veicolo non risulta coperto da una valida polizza di assicurazione di Responsabilità Civile;
- se il Conducente non ha ancora ottenuto la patente pur avendo superato gli esami di idoneità alla guida oppure è munito di patente scaduta, purché ottenga il rilascio o il rinnovo della stessa entro i novanta giorni successivi al sinistro.

Con riferimento alla garanzia Tutela Legale:

- la garanzia è operante sino alla concorrenza di euro 10.000,00 per ogni sinistro;
- la Compagnia non assume a proprio carico il pagamento di multe o ammende e, fatta eccezione per l'IVA esposta nelle fatture dei professionisti incaricati e per il pagamento del contributo unificato, gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza;
- la garanzia riguarda la tutela dei diritti dell'Assicurato esclusivamente quando sia rimasto vittima di un infortunio e opera per:
  - ottenere il risarcimento dei danni extracontrattuali subiti per fatto illecito di terzi; qualora l'evento che ha causato l'infortunio abbia contestualmente causato anche un danno a cose, la garanzia vale anche per il recupero dei danni materiali;
  - sostenere eventuali vertenze di natura contrattuale nei confronti di medici o altri professionisti in ambito sanitario o di strutture pubbliche o private, ai quali l'Assicurato si sia rivolto in seguito ad infortunio per le quali il valore in lite sia superiore a euro 200,00;
- la garanzia non ha luogo per i sinistri insorgenti da patti, accordi, obbligazioni contrattuali che, al momento della stipulazione del contratto di assicurazione, fossero già stati disdetti o la cui rescissione, risoluzione, annullamento o modificazione fossero già state chieste da uno degli stipulanti.

Se l'Assicurato sceglie un legale non residente presso il Circondario del Tribunale competente, D.A.S. garantirà gli onorari del domiciliatario, con il limite della somma di euro 3.000,00. Tale somma è compresa nei limiti del massimale per caso assicurativo e per anno.

## **ASSISTENZA**

### **Oltre a quanto rappresentato nel DIP danni, relativamente alla garanzia "Assistenza":**

- la durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della polizza è di sessanta giorni;
- tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
  - guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
  - scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
  - infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
  - le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
  - qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Compagnia non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Ciascuna prestazione, ad eccezione di quella relativa all'"Invio di un artigiano per interventi ordinari", non è fornita più di tre volte per anno di validità della polizza.

Con riferimento alla prestazione "Consegna spesa a domicilio", si precisa che i costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'Assicurato.

Con riferimento alla prestazione "Rientro sanitario", si precisa che il rientro sanitario da paesi extraeuropei, viene effettuato esclusivamente con aereo di linea in classe economica. Per i rientri dai Paesi del Bacino del Mediterraneo può essere utilizzato anche l'aereo sanitario in deroga a quanto sopra.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa e comprende l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della Struttura Organizzativa la ritengano necessaria.

La Compagnia ha il diritto di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dall'Assicurato.

### Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- le spese relative alla cerimonia funebre e quelle per la ricerca di persone e/o l'eventuale recupero della salma;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivono volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

Con riferimento alla prestazione "Anticipo spese mediche (prestazione valida solo all'estero)", si precisa che la prestazione non è operante:

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

Con riferimento alle prestazioni "Viaggio di un familiare" e "Accompagnamento di minori di quindici anni", si precisa che sono escluse dalle coperture le spese di soggiorno del familiare.

Con riferimento alla prestazione "Rientro salma", si precisa che la prestazione comportasse un esborso superiore al massimale, la prestazione diventerà operante dal momento in cui in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. Sono escluse dalla copertura le spese relative alla cerimonia funebre e quelle per la ricerca di persone e/o l'eventuale recupero della salma.

## **INFORTUNI**

**Oltre a quanto rappresentato nel DIP Danni, sono in ogni caso esclusi dalla garanzia i danni derivanti:**

- da alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici e/o eruzioni vulcaniche;
- da competizioni sportive organizzate, fatta eccezione per quelle a carattere amatoriale;
- da immersioni non in apnea, pesca subacquea e speleologia, da salti dal trampolino con gli sci e dallo sport della guidoslitta;
- da trasmutazione, disintegrazione del nucleo dell'atomo e simili, da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le lesioni conseguenza di reati commessi dagli Assicurati e dalla loro partecipazione ad imprese estreme (ad esempio: spedizioni esplorative Artiche, Himalayane, Andine, regate oceaniche, sci estremo), salvo il caso di atti compiuti dagli Assicurati stessi per dovere di solidarietà umana e sociale, nonché per legittima difesa;
- gli infarti di qualunque tipo (miocardici, cerebrali, ecc.), le ernie di qualunque tipo (addominali, discali, ecc.), le lesioni tendinee parziali e la perdita di elementi dentari se protesizzabili o reimpiantabili;
- gli infortuni derivanti dall'uso di esplosivi o derivanti dall'attività di palombaro e/o sommozzatore anche con uso di campane, minisommersibili ed altri mezzi simili.

Con riferimento ai danni causati da infortuni derivanti da guerra, guerra civile, ed insurrezioni non sarà in ogni caso valida:

- per eventi verificatisi sul territorio italiano, della Repubblica di San Marino o dello stato della Città del Vaticano;
- allo scoppio di guerra (che sia o meno dichiarata) tra qualsiasi dei seguenti Stati: Regno Unito, Stati Uniti d'America, Francia, Russia ed ex Repubbliche Sovietiche, Repubblica Popolare Cinese, Italia e Germania. Se l'aereo è in volo, allo scoppio del conflitto, la garanzia resterà valida per l'Assicurato fino al completamento del primo atterraggio dopo tale avvenimento;
- alla detonazione a scopo ostile di un'arma da guerra impiegante la fissione e/o fusione nucleare o atomica o altre forze o materiali radioattivi, chimici e batteriologici, dovunque e in qualsiasi momento questo accada, e anche se l'Assicurato non vi è implicato.

In caso di unico evento che colpisca più Assicurati del medesimo nucleo familiare (come risultante dallo stato di famiglia), l'esborso massimo della Compagnia non potrà superare euro 2.000.000,00 per evento.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

In caso di danno biologico totale o di morte conseguenti ad incidente stradale, la somma assicurata indicata in polizza è maggiorata del 50% con il limite massimo di maggiorazione di euro 100.000,00.

Detta maggiorazione non si applica alla garanzia Danno biologico grave.

In caso di morte, qualora valga la relativa garanzia, la garanzia opera purché il decesso si verifichi entro 730giorni/731(se compreso un anno bisestile) dall'infortunio anche successivamente alla scadenza della polizza.

Se dopo il pagamento di un'indennità per danno biologico permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Compagnia corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, 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.

Si riportano nella successiva tabella i limiti di indennizzo, le franchigie e l'eventuale scoperto relativi alle singole coperture offerte nella presente polizza.



Assicurazione	Limite di indennizzo	Franchigia	Scoperto
<b>Assistenza</b>			
Consulenza medica telefonica	-	-	-
Invio di un medico generico al domicilio in Italia	-	-	-
Trasporto in autoambulanza in Italia	Fino a 300 km tra andata e ritorno	-	-
Invio di un infermiere a domicilio	Fino a € 300,00 per sinistro	-	-
Invio di un fisioterapista a domicilio	Fino a € 300,00 per sinistro	-	-
Consegna spesa a domicilio	Per più di cinque giorni di infortunio e nei primi quindici di convalescenza	-	-
Collaboratrice familiare	Fino a € 300,00 per sinistro per un periodo superiore a cinque giorni di infortunio	-	-
Rientro sanitario	-	-	-
Rientro con un familiare	-	-	-
Anticipo spese mediche (prestazione valida solo all'estero)	Fino a € 1.000,00 per sinistro	-	-
Viaggio di un familiare	Per periodi di ricovero del familiare superiori a sette giorni	-	-
Accompagnamento di minori di quindici anni	-	-	-
Rientro salma	Fino a € 3.000,00 per sinistro	-	-
<b>Infortunati</b>			
Rotture tendinee	Nel caso di rottura totale di uno o più tendini, la valutazione del danno biologico permanente non può essere di grado superiore al 3%. In caso di rottura totale del tendine d'Achille tale percentuale è elevata al 4%	-	-
Colpo di frusta	Nel caso di colpo di frusta cervicale, la valutazione del danno biologico permanente non può essere di grado superiore al 2%. Tale percentuale è ridotta all'1% nel caso di soggetto con rachide cervicale artrosico.	-	-
Danno Biologico Franchigia Relativa	-	<u>Danno biologico inferiore o pari al 3%:</u> la Compagnia non liquida alcun indennizzo per danno biologico permanente inferiore o pari al 3%; <u>Danno biologico superiore al 3%:</u> la Compagnia liquida l'indennizzo per danno biolo-gico permanente se lo stesso è di grado superiore al 3%. in tal caso l'indennizzo viene corrisposto per intero senza l'applicazione della franchigia sopraindicata.	-
Spese di cura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Massimale pari ad 1/100 della somma assicurata, con il limite massimo di euro 1.500,00.</li> <li>- Con riferimento agli onorari di medici specialisti, sono esclusioni gli onorari specifici relativi alla valutazione e/o attestazione del grado di danno biologico permanente residuo richieste dall'Assicurato.</li> <li>- Con riferimento alle terapie fisiche, sono escluse le cure termali e similari.</li> <li>- Con riferimento alle rette di degenza, l'importo giornaliero massimo è di euro 250,00.</li> </ul>	<p>In caso di danno biologico superiore al 3%, franchigia di euro 100,00;</p> <p>Qualora l'importo delle spese di cura sia già stato in parte rimborsato all'Assicurato da altre Imprese assicuratrici e/o Fondi integrativi sanitari, franchigia di euro 50,00 applicata alla somma non</p>	Scoperto del 50% con il minimo di euro 100,00 in caso di danno biologico inferiore o pari al 3%.


		corrisposta da detti enti.	
Garanzia aggiuntiva - Danno Biologico Grave Franchigia relativa	-	- <u>Danno biologico inferiore o pari al 20%</u> : la Compagnia non liquida alcun indennizzo per danno biologico permanente residuo di grado inferiore o pari al 20%; - <u>Danno biologico superiore al 20%</u> : la Compagnia liquida l'indennizzo per danno biologico permanente residuo se lo stesso è di grado superiore al 20%; in tal caso l'indennizzo viene corrisposto per intero senza l'applicazione della franchigia sopraindicata.	-




## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<b>Cosa fare in caso di sinistro?</b>	<p><b>Denuncia di sinistro:</b></p> <p><b><u>Infortunio</u></b></p> <p>In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi beneficiari devono darne avviso scritto (anche a mezzo fax) alla Compagnia entro tre giorni da quando ne hanno avuto conoscenza. Il <i>sinistro</i> può essere denunciato anche accedendo all'area internet riservata MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata.</p> <p>Inoltre l'Assicurato deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno, in particolare deve subito sottoporsi alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura stessa e la capacità a riprendere il lavoro;</li> <li>- corredare di certificato medico la denuncia da inoltrare alla Compagnia.</li> </ul> <p>Nel caso in cui le lesioni subite a seguito dell'infortunio causino la morte dell'Assicurato, i beneficiari, dopo aver proposto denuncia con le modalità previste nel relativo articolo, devono far pervenire alla Compagnia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- certificazione medico-sanitaria che precisi le cause del decesso;</li> <li>- documentazione a supporto o a precisazione delle circostanze dell'infortunio (testimonianze, atti penali, dichiarazione giurata di testimoni, verbale dei Vigili Urbani o di Pubblica Sicurezza);</li> <li>- atto notorio che indichi gli eredi legittimi dell'Assicurato e se lo stesso abbia lasciato o meno disposizioni testamentarie (in caso affermativo occorre copia del testamento);</li> <li>- certificato di non gravidanza, se tra i beneficiari figuri la vedova o la madre con età al di sotto dei 55 anni;</li> <li>- decreto del giudice tutelare competente che autorizzi il ricorrente alla riscossione della quota di indennizzo di spettanza dei minori o di eventuali nascituri, con esonero della Società da ogni responsabilità relativa al reimpiego della somma.</li> </ul> <p>Nel caso di danno biologico, la Compagnia si riserva di procedere alle visite di accertamento medico legale, dopo che sia trascorso il tempo necessario per la stabilizzazione delle lesioni ed al ricevimento di un certificato che la attesti. Su espresso invito della Compagnia, l'Assicurato dovrà sottoporsi alle visite di cui sopra presso un medico fiduciario della Società stessa.</p> <p><b><u>Tutela legale</u></b></p> <p>L'Assicurato deve tempestivamente denunciare il caso assicurativo a D.A.S., tramite la Società, trasmettendo tutti gli atti e documenti occorrenti (con l'indicazione di eventuali testimoni e/o la coesistenza di altre assicurazioni per il medesimo rischio), regolarizzandoli a proprie spese secondo le norme fiscali di bollo e di registro. L'Assicurato dovrà far pervenire alla Direzione Generale di D.A.S.</p>
---------------------------------------	---

	<p>la notizia di ogni atto, a lui notificato tramite Ufficiale Giudiziario, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa. Contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo o al momento dell'avvio dell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può indicare alla Società un legale - residente in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia - al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo.</p> <p><b>Assistenza</b> Per usufruire delle prestazioni previste, l'Assicurato o, se impossibilitato, anche per mezzo di terze persone, deve rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A., in funzione 24 ore su 24, indifferentemente nei seguenti modi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>telefonando dall'Italia al numero verde 800 361370;</b></li> <li>- <b>telefonando dall'estero al numero telefonico +39 02 58286892;</b></li> <li>- inviando un telegramma o una lettera raccomandata a Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 - Milano;</li> <li>- <b>inviando un fax al numero + 39 02 58477201.</b></li> </ul> <p>L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il tipo di assistenza di cui necessita;</li> <li>- il proprio nome, cognome e domicilio;</li> <li>- il numero della polizza preceduto dalla sigla PAIN;</li> <li>- il luogo in cui si è verificato il sinistro;</li> <li>- il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa può richiamarlo nel corso dell'assistenza.</li> </ul> <p><b>Assistenza diretta/in convenzione:</b> non prevista.</p> <p><b>Gestione da parte di altre imprese:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la gestione dei sinistri rientranti nella garanzia "Tutela Legale" è affidata a D.A.S. - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., sito internet <a href="http://www.das.it">www.das.it</a> - tel. 045.83.78.901 - fax 045.83.51.023;</li> <li>• la gestione delle prestazioni di cui alla garanzia "Assistenza" è affidata a Europ Assistance Italia S.p.A., Piazza Trento, 8 - 20135 Milano.</li> </ul> <p><b>Prescrizione:</b> i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.</p>
<p><b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b></p>	<p>Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente/Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.</p>
<p><b>Obblighi dell'impresa</b></p>	<p>Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e valutato il danno, la Compagnia procede al pagamento dell'indennizzo entro trenta giorni dalla data dell'atto di liquidazione del danno, sempreché non sia stata fatta opposizione e si sia verificata la titolarità dell'interesse assicurato.</p> <p>In caso di danno biologico, ad esito delle visite mediche e dopo che sia trascorso il tempo necessario per la stabilizzazione delle lesioni, la Compagnia provvederà a dare comunicazione in merito alla quantificazione dell'indennizzo.</p> <p>Con riferimento all'estensione di garanzia "Spese di cura", la Compagnia effettua il rimborso a guarigione clinica ultimata, su presentazione, da parte dell'Assicurato, dell'originale dei documenti giustificativi.</p>

 <b>Quando e come devo pagare?</b>	
<p><b>Premio</b></p>	<p>Il pagamento del premio è consentito con periodicità annuale (unica soluzione) o semestrale (con aumento del 3%) ed è quindi interamente dovuto anche se ne è stato concesso il frazionamento in più rate.</p> <p>Il premio di polizza corrisposto comprende le imposte previste dalla normativa vigente.</p>
<p><b>Rimborso</b></p>	<p><b>In caso di recesso per sinistro,</b> la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla cessazione dell'Assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'Assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.</p>

 <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>	
<p><b>Durata</b></p>	<p>Il contratto ha durata annuale con tacito rinnovo.</p> <p>In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto, quest'ultimo è prorogato per un anno e così successivamente.</p>
<p><b>Sospensione</b></p>	<p>Non prevista.</p>



## Come posso disdire la polizza?

<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	Il contratto non prevede il diritto di ripensamento dopo la stipula.
<b>Risoluzione</b>	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quanto rappresentato nel DIP Base.



## A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a una tipologia di clientela, costituita da persone che desiderano proteggersi dalle conseguenze di Infortuni in tutti gli ambiti della vita, sia durante l'attività lavorativa che durante il tempo libero.



## Quali costi devo sostenere?

La quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 22,88%.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

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

# **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. Gruppo Helvetia**

**Contratto di assicurazione infortuni**  
(e garanzie assistenza -tutela legale):

**SICURAMENTE FAMIGLIA**

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Mod. SF004 - aggiornato al 31.07.2021

## Sommario

<b>GLOSSARIO</b> .....	<b>2</b>
<b>NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE</b> .....	<b>3</b>
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio .....	3
Art. 2 - Altre assicurazioni .....	3
Art. 3 - Effetto dell'assicurazione - Pagamento del premio .....	3
Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione .....	3
Art. 5 - Aggravamento del rischio .....	3
Art. 6 - Diminuzione del rischio .....	3
Art. 7 - Recesso in caso di sinistro .....	3
Art. 8 - Proroga dell'assicurazione .....	3
Art. 9 - Oneri fiscali .....	3
Art. 10 - Rinvio alle norme di legge .....	3
Art. 10.1 - Misure restrittive (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause) .....	3
Art. 11 - Sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie, Foro Competente .....	3
Art. 12 - Assicurazione per conto altrui .....	4
Art. 13 - Prova .....	4
Art. 14 - Termine di Prescrizione .....	4
<b>NORME COMUNI ALLE SEZIONI</b> .....	<b>5</b>
Art. 15 - Persone assicurabili e classificazione del rischio .....	5
Art. 16 - Persone non assicurabili .....	6
Art. 17 - Cambiamento dell'attività professionale .....	7
Art. 18 - Menomazioni preesistenti .....	7
Art. 19 - Nucleo familiare .....	7
Art. 20 - Somma assicurata - Massimale .....	7
Art. 21 - Limiti di età .....	7
Art. 22 - Limiti territoriali .....	7
<b>SEZIONE A - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE</b> .....	<b>7</b>
Art. 23 - Oggetto dell'assicurazione .....	7
Art. 24 - Ambito dell'assicurazione .....	7
Art. 25 - Limiti territoriali .....	8
Art. 26 - Esclusioni .....	8
<b>SEZIONE B - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA</b> .....	<b>8</b>
Art. 27 - Definizioni specifiche della sezione Assistenza .....	8
Art. 28 - Helvetia Italia Assistance - Prestazioni .....	8
Art. 29 - Helvetia Italia Assistance - Prestazioni operanti esclusivamente quando il sinistro si verifica ad oltre 200 km dal luogo di residenza dell'Assicurato e all'estero .....	9
Art. 30 - Esclusioni ed effetti giuridici relativi .....	10
<b>SEZIONE C - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI</b> .....	<b>10</b>
Art. 31 - Oggetto dell'assicurazione .....	10
Art. 32 - Esclusioni dalla garanzia .....	11
Art. 33 - Limite per evento .....	11
Art. 34 - Aumento somma assicurata .....	11
Art. 35 - Beneficiari .....	11
Art. 36 - Diritto di surrogazione .....	12
<b>SEZIONE C1 - NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA "DANNO BIOLOGICO"</b> .....	<b>12</b>
Art. 37 - Danno biologico .....	12
Art. 38 - Danno biologico totale .....	12
Art. 39 - Rotture tendinee - Colpo di frusta .....	12
Art. 40 - Criteri di indennizzabilità .....	12
Art. 41 - Controversie - arbitrato .....	12
Art. 42 - Franchigia relativa per danno biologico .....	13
Art. 43 - Spese di cura (con scoperto e/o franchigia) .....	13
<b>SEZIONE C2 - NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA "DANNO BIOLOGICO GRAVE"</b> .....	<b>13</b>
Art. 44 - Danno biologico grave .....	13
Art. 45 - Franchigia relativa per danno biologico grave .....	13
<b>SEZIONE C3 - NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA "MORTE"</b> .....	<b>13</b>
Art. 46 - Morte .....	13
Art. 47 - Morte presunta .....	13
Art. 48 - Cumulo di indennità .....	13
<b>SEZIONE C4 - NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO</b> .....	<b>14</b>
Art. 49 - Insorgenza del sinistro - operatività della garanzia .....	14
Art. 50 - Denuncia del sinistro e libera scelta del legale .....	14
Art. 51 - Gestione del sinistro .....	14
Art. 52 - Disaccordo sulla gestione del sinistro .....	14
Art. 53 - Recupero somme .....	14
Art. 54 - Istruzioni per la richiesta di assistenza in caso di sinistro .....	14
Art. 55 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro .....	15
Art. 56 - Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di danno biologico .....	15
Art. 57 - Anticipo indennizzo per danno biologico .....	15

Art. 58 - Diritto all'indennizzo per danno biologico in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio .....	16
Art. 59 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di spese di cura da infortunio .....	16
Art. 60 - Modalità di pagamento dell'indennizzo per tutte le garanzie infortuni .....	16

## **GLOSSARIO**

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;

**Franchigia:** la cifra fissa o la percentuale che resta a carico dell'Assicurato in caso di sinistro;

**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;

**Massimale:** la massima cifra che la Società potrebbe risarcire in caso di sinistro, in base a quanto stabilito dalle condizioni contrattuali;

**Parti:** l'Assicurato, il Contraente, la Società;

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

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

**Scoperto:** la percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato, nel caso che ciò sia stato preventivamente stabilito dalle condizioni contrattuali;

**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.

## **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**

### **Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

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

### **Art. 2 - Altre assicurazioni**

Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, il Contraente deve dare comunicazione per iscritto a ciascuna Impresa assicuratrice delle altre polizze stipulate. In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne tempestivamente avviso per iscritto a tutte le Imprese assicuratrici e può richiedere a ciascuna di esse l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato. Il Contraente è esonerato dal comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni infortuni:

- di cui gli Assicurati siano titolari in qualità di intestatari, ad esempio, di carte di credito, conti correnti bancari, skipass, eccetera;
- sottoscritte dai datori di lavoro a favore degli Assicurati con altre Imprese assicuratrici in adempimento a contratti collettivi nazionali o contratti integrativi aziendali.

### **Art. 3 - Effetto dell'assicurazione - Pagamento del premio**

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

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

**Il premio è determinato per periodi di assicurazione di 365 giorni/366 (se anno bisestile) ed è quindi interamente dovuto anche se ne è stato concesso il frazionamento in più rate.**

**Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.**

### **Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione**

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

### **Art. 5 - Aggravamento del rischio**

Il Contraente 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 Codice Civile).**

### **Art. 6 - Diminuzione del rischio**

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art.1897 Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

### **Art. 7 - Recesso in caso di sinistro**

**Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.**

**Il recesso richiesto dal Contraente ha effetto dalla data di invio della comunicazione alla Società.**

**Il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione da parte del Contraente.**

**La Società, entro quindici giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.**

### **Art. 8 - 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'articolo "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. 9 - Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

### **Art. 10 - Rinvio alle norme di legge**

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

#### **Art. 10.1 - Misure restrittive (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)**

**La Compagnia non è tenuta a prestare l'assicurazione nella misura in cui la copertura assicurativa possa esporre la Compagnia stessa al manifestarsi o al rischio di:**

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

### **Art. 11 - Sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie, Foro Competente**

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.

L'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto viene individuata in quella del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o Assicurato.

#### **Art. 12 - Assicurazione per conto altrui**

**Qualora il contratto sia stipulato per conto altrui, gli obblighi derivanti dallo stesso devono essere assolti dal Contraente**, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile. **Si precisa altresì che il Contraente deve essere obbligatoriamente una persona fisica e non una persona giuridica.**

#### **Art. 13 - Prova**

L'Assicurato è esonerato dal provare che il danno non si è verificato in conseguenza di eventi esclusi dalla garanzia.

#### **Art. 14 - Termine di Prescrizione**

**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 della Società alla riscossione del pagamento delle rate di premio si prescrive in 365giorni/366(se anno bisestile) dalle scadenze delle stesse.**

## NORME COMUNI ALLE SEZIONI

### Art. 15 - Persone assicurabili e classificazione del rischio

Ferme le limitazioni e le esclusioni previste dagli articoli successivi, sono assicurabili tutte le persone che rientrano nella classificazione di rischio di cui alla tabella sottoindicata:

Classificazione di rischio (professione)	classe di rischio	Classificazione di rischio (professione)	classe di rischio
Abbattitori di Piante	D	Callisti	B
Addobbatori	C	Calzolai	C
Agenti di Assicurazione	B	Camerieri	B
Agenti di Cambio e di Borsa	B	Carpentieri in legno o ferro	D
Agenti di Commercio/Pubblicità/Viaggio/Immobiliari/Teatrali/Marittimi Immobiliari/Teatrali/Marittimi	B	Carrozzeri di Autoveicoli	C
Agricoltori (Proprietari, Affittuari) senza lavori manuali	B	Casalinghe	B
Agricoltori che lavorano manualmente	D	Casari	C
Agronomi	B	Cave a giorno - Proprietari o addetti senza opera manuale	B
Albergatori con lavoro manuale	B	Cave a giorno senza uso di mine - lavoro manuale	D
Albergatori senza lavoro manuale	A	Ceramisti	B
Allevatori/Addestratori di Animali Domestici	C	Cesellatori	B
Allevatori di Animali che non prestano opera manuale	B	Clero (Appartenenti al)	A
Allevatori di Equini, Bovini, Suini	D	Commercialisti, Consulenti in materia di Lavoro-Fiscale-Amm.va	A
Ambasciatori, Consoli, Personale Diplomatico in genere	A	Commercianti Ambulanti	B
Amministratori di Società e di Condomini	A	Commessi	B
Analisti Chimici	B	Commessi Viaggiatori con trasporto e consegna merce	C
Antennisti (Installatori di Antenne Radio-Tv)	D	Commessi Viaggiatori senza trasporto e consegna merce	B
Antiquari, senza restauro	A	Concessionari Auto-Motoveicoli	A
Apicoltori	C	Comici	C
Architetti senza accesso ai cantieri	A	Cuochi	C
Architetti con accesso ai cantieri	B	Decoratori	C
Arredatori	B	Direttori di Orchestra	A
Arrotini	C	Dirigenti con accesso in Cantieri, Ponti Ecc.	B
Assistenti Sociali	B	Dirigenti occupati solo in Ufficio	A
Autisti di Autovetture in servizio privato (Taxi) Ecc.	C	Disegnatori che frequentano anche ambienti di lavoro	B
Autorimesse: Addetti a lavori di riparazione, manutenzione ecc.	C	Disegnatori occupati solo in ufficio	A
Autorimesse: Esercenti che non lavorano manualmente	B	Disinfestatori	C
Autotrasportatori che guidano anche veicoli con carico/scarico	D	Distributori di carburante (Addetti) con manutenzione	C
Autotrasportatori, Titolari d'impresa senza opera manuale	B	Distributori di carburante (Addetti) senza manutenzione	B
Avvocati e Procuratori Legali	A	Domestici	C
Bagnini	C	Elettrauti	C
Bambinaie/Baby-Sitter	B	Elettricisti all'esterno di edifici su linee ad alta tensione	D
Barbieri	B	Elettricisti all'interno di edifici su linee a bassa tensione	C
Baristi	B	Enologi ed enotecnici	B
Benestanti senza particolari occupazioni	A	Estetisti	A
Benzinai	C	Fabbri	C
Bidelli	B	Facchini (Portabagagli) di piccoli colli	C
Facchini addetti al carico e scarico generico (portuali Ecc.)	D	Fiorai	B
Falegnami	C	Fisioterapisti	B
Farmacisti	B	Floricoltori	C
Fattorini	C	Fotografi in studio	A

Classificazione di rischio (professione)	classe di rischio	Classificazione di rischio (professione)	classe di rischio
Fotografi anche all'esterno	B	Muratori	D
Geologi	B	Musicisti	A
Geometri che non accedono ai cantieri	A	Netturbini	C
Geometri che accedono ai cantieri	B	Notai	A
Giardinieri senza potatura di alberi - vivaisti	C	Odontotecnici	B
Gioiellieri	B	Orefici	B
Giomalai	A	Ottici/Optometrismi	B
Giomalisti(Cronisti, Corrispondenti)	B	Panificatori/Pasticcieri	C
Gommisti	C	Parrucchieri	B
Grafici	B	Pedicure/Manicure	A
Guardarobieri	B	Pellicciai (Addetti alla confezione)	B
Guide Turistiche	B	Pensionati	A
Idraulici solo all'interno di edifici o a terra	C	Periti, Liberi Professionisti, occupati anche all'esterno	B
Imbianchini anche all'esterno di edifici	D	Pescatori (pesca marittima costiera)	D
Imbianchini solo all'interno di edifici senza impalcature	C	Piastrellisti	C
Impiegati amministrativi in genere	A	Pizzaioli	C
Impiegati Tecnici	B	Portieri di stabili	B
Imprenditori edili che possono prendere parte ai lavori	C	Postini	B
Imprenditori in genere che non lavorano manualmente	A	Puericultrici	A
Imprenditori in genere che possono prendere parte ai lavori	B	Restauratori di mobili	C
Infanti	A	Restauratori in genere, escluso mobili	B
Infermieri diplomati/ Ostetriche	B	Ricamatrici/Rammendatrici	B
Ingegneri che accedono anche ai cantieri	B	Riparatori Radio-Tv	C
Ingegneri occupati solo in ufficio	A	Ristoratori con lavoro manuale	C
Insegnanti di Educazione Fisica, Basket, Tennis, Nuoto, Ballo	B	Ristoratori senza lavoro manuale	B
Insegnanti di Scuole e Docenti Universitari	A	Sagrestani	A
Interpreti	A	Saldatori	C
Istruttori di Scuola Guida	B	Salumieri	C
Laccatori	B	Sarti	B
Lattonieri anche su impalcature e ponti	D	Scrittori	A
Litografi	C	Scultori	C
Macellai	C	Spazzacamini	D
Magistrati	A	Speleologi	D
Magliaie	B	Studenti	A
Marmisti (Posatori) solo a terra	C	Tappezzieri	C
Marmisti anche su impalcature e ponti	D	Tintori	B
Massaggiatori (non Sportivi)	A	Tipografi	C
Massaggiatori Sportivi	B	Tomitori	C
Materassai	C	Ufficiali Giudiziari	B
Meccanici	C	Veterinari	B
Medici Generici/Specialisti (Radiologi senza effetti per raggi)/Chirurghi	A	Vetrai	C
Mobilieri: Fabbricazione Mobili in Ferro	C	Vetrinisti	B
Mobilieri: Fabbricazione Mobili in Legno	D		

Limitatamente alla sezione infortuni, per ciascuna garanzia assicurabile, ad ogni classe di rischio corrisponde un tasso di premio diverso, crescente dalla classe A alla classe D.

#### Art. 16 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone la cui professione è connessa ad attività aeree in genere, ad uso o impiego di materie esplosive, a lavori in miniera o nel sottosuolo, ad uso-impiego ed effetti di energia nucleare, ad attività subacquee e ad attività sportive professionali.

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 (alcol, 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 quarantacinque 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. 17 - Cambiamento dell'attività professionale**

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata, si applica quanto disposto dagli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile, così come indicato ai precedenti articoli "Aggravamento del rischio" e "Diminuzione del rischio".

#### **Art. 18 - Menomazioni preesistenti**

Il Contraente, tenuto conto di quanto disposto all'articolo "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", ha l'obbligo di dichiarare alla Società, precedentemente rispetto alla stipula del contratto, eventuali menomazioni preesistenti dell'Assicurato.

#### **Art. 19 - Nucleo familiare**

Qualora siano stipulati nel corso dello stesso anno solare più contratti riferiti al medesimo nucleo familiare (risultante dallo stato di famiglia) ed al medesimo Contraente, sono concessi sconti di tariffa.

#### **Art. 20 - Somma assicurata - Massimale**

La somma entro la quale la Società, per ciascuna garanzia assicurata, risponde per ogni sinistro e/o caso assicurativo.

Le somme assicurate per ciascuna garanzia sono indicate in polizza, fatta eccezione per i massimali della garanzia ASSISTENZA e dell'estensione "SPESE DI CURA" alla garanzia DANNO BIOLOGICO, che sono evidenziate nelle norme che regolano le predette garanzie.

#### **Art. 21 - Limiti di età**

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

#### **Art. 22 - Limiti territoriali**

Ferme le limitazioni e le esclusioni previste nelle singole sezioni, l'assicurazione vale per il mondo intero, con l'intesa che eventuali indennizzi liquidabili a termine di polizza saranno comunque corrisposti in euro.

### **SEZIONE A - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE**

**(garanzia obbligatoria ed espressamente richiamata in polizza)**

In relazione alla normativa di cui al D.Lgs. n. 209 del 7 Settembre 2005 - Titolo XI, Capo II, articoli 163 e 164, la Società ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di Tutela Legale a **D.A.S. - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.**, sito internet [www.das.it](http://www.das.it) - tel. 045.83.78.901 - fax 045.83.51.023, di seguito denominata **D.A.S.**, alla quale dovranno pertanto pervenire tutte le denunce, i documenti ed ogni altra comunicazione relativa a tali sinistri.

Per caso assicurativo/sinistro si intende la controversia o il procedimento per il quale è prestata l'assicurazione.

#### **Art. 23 - Oggetto dell'assicurazione**

La Società assicura, sino alla concorrenza di euro 10.000,00 per ogni sinistro, il rischio delle spese di assistenza stragiudiziale e giudiziale che si rendano necessarie a tutela dei diritti dell'Assicurato assunti in garanzia e più precisamente:

- gli oneri per l'intervento di un legale;
- gli oneri per l'intervento del perito/consulente tecnico d'ufficio;
- gli oneri per l'intervento di un consulente tecnico di parte;
- le spese liquidate a favore di controparte in caso di soccombenza;
- le spese conseguenti ad una transazione autorizzata da D.A.S.;
- le spese degli arbitri e del legale intervenuti nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta avanti a uno o più arbitri;
- le spese di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- le spese per la redazione di denunce, querele, istanze all'Autorità Giudiziaria.

La Società non assume a proprio carico il pagamento di multe o ammende e, fatta eccezione per l'IVA esposta nelle fatture dei professionisti incaricati e per il pagamento del contributo unificato, gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza.

#### **Art. 24 - Ambito dell'assicurazione**

La garanzia riguarda la tutela dei diritti dell'Assicurato esclusivamente quando sia rimasto vittima di un infortunio e opera per:

1. ottenere il risarcimento dei danni extracontrattuali subiti per fatto illecito di terzi; qualora l'evento che ha causato l'infortunio abbia contestualmente causato anche un danno a cose, la garanzia vale anche per il recupero dei danni materiali;
2. sostenere eventuali vertenze di natura contrattuale nei confronti di medici o altri professionisti in ambito sanitario o di strutture pubbliche o private, ai quali l'Assicurato si sia rivolto in seguito ad infortunio per le quali il valore in lite sia superiore a euro 200,00.

Ad integrazione di quanto sopra, la Società garantisce il servizio di consulenza telefonica sottoindicato, nell'ambito delle materie previste dalla presente copertura:

#### **ConsulDAS telefonica, con il numero verde 800 341143**

**L'Assicurato può telefonare:**

- dal lunedì al giovedì, dalle ore 8.00 alle ore 17.00;
- il venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 13.00; per ottenere:
- consulenza legale;

- chiarimenti su leggi, decreti e normativa vigenti;
- consultazione preventiva ed assistenza, nel caso in cui l'Assicurato debba prestare testimonianza davanti agli Organi di polizia o della Magistratura inquirente oppure in un procedimento civile e/o penale.

#### **Art. 25 - Limiti territoriali**

Le garanzie riguardano i sinistri che insorgono e debbano essere processualmente trattati ed eseguiti:

- **in tutti gli Stati d'Europa e del Regno Unito, nelle ipotesi di danni extracontrattuali;**
- **in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, nei casi di vertenze contrattuali.**

#### **Art. 26 - Esclusioni**

La garanzia è esclusa per:

- **sinistri derivanti da fatti dolosi compiuti dall'Assicurato;**
- **danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;**
- **materia fiscale ed amministrativa.**

**Inoltre se l'infortunio deriva da evento occorso all'Assicurato mentre si trovava alla guida di un veicolo, l'Assicurazione è esclusa:**

- 1. se l'Assicurato non è munito di patente valida e regolare in relazione al veicolo o se non ottempera agli obblighi prescritti dalla patente stessa;**
- 2. se, al momento del sinistro, il veicolo non risulta coperto da una valida polizza di assicurazione di Responsabilità Civile ai sensi del Codice delle Assicurazioni Private - D.Lgs n. 209 del 7/9/2005 e successive modifiche ed integrazioni;**
- 3. se l'Assicurato è imputato:**
  - **del reato di guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o gli sia stata applicata una delle sanzioni previste dagli articoli 186 comma 6 e 187 comma 5 del Nuovo Codice della Strada;**
  - **del reato di fuga o di omissione di soccorso (art. 189 Nuovo Codice della Strada).**

In deroga all'esclusione di cui al punto 1, la garanzia è operante se il Conducente non ha ancora ottenuto la patente pur avendo superato gli esami di idoneità alla guida oppure è munito di patente scaduta, **purché ottenga il rilascio o il rinnovo della stessa entro i novanta giorni successivi al sinistro.**

### **SEZIONE B - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA**

**(garanzia obbligatoria ed espressamente richiamata in polizza)**

#### **Art. 27 - Definizioni specifiche della sezione Assistenza**

**Familiare:** coniuge o convivente more uxorio, fratello o sorella, figlio o figlia, genitore della persona che ha diritto alla prestazione di Assistenza;

**Istituto di cura:** l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. **Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;**

**Helvetia Italia Assistance:** il servizio di pronta assistenza, organizzato dalla Società in collaborazione con Europ Assistance Italia S.p.A.;

**Prestazioni:** sono le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato;

**Ricovero:** degenza dovuta ad infortunio comportante necessità di pernottamento in istituto di cura o comportante necessità di permanenza in day hospital presso un istituto di cura;

**Sinistro:** il singolo fatto o avvenimento, **esclusivamente conseguente ad infortunio**, che si può verificare nel corso di validità della polizza e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato;

**Struttura Organizzativa:** la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal presente contratto, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

#### **Art. 28 - Helvetia Italia Assistance - Prestazioni**

##### **1) Consulenza medica telefonica**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della Struttura Organizzativa, che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore. **In nessun caso la consulenza prestata sulla base delle informazioni ricevute potrà considerarsi una diagnosi medica.**

##### **2) Invio di un medico generico al domicilio in Italia**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20.00 alle ore 8.00 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvede ad inviare un medico al domicilio dell'Assicurato o nel luogo in cui questi si trova, purché sempre in Italia, a spese della Società. In caso di impossibilità di reperire un medico che possa intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizza, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

##### **3) Trasporto in autoambulanza in Italia**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di essere trasportato dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato ad altro istituto di cura o alla propria residenza, la Struttura Organizzativa provvede ad inviare direttamente un'autoambulanza, **tenendo la Società a proprio carico la relativa spesa fino ad un massimo di 300 km (tra andata e ritorno).**

##### **4) Invio di un infermiere a domicilio**

Qualora l'Assicurato, **nella settimana successiva al rientro da un ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio**, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procura direttamente all'Assicurato un infermiere

a tariffa controllata, **assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di euro 300,00 per sinistro.**

#### 5) Invio di un fisioterapista a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici derivanti da infortunio, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvede ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, **assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di euro 300,00 per sinistro.**

#### 6) Consegna spesa a domicilio

Qualora l'Assicurato, **in seguito a ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a cinque giorni per infortunio**, sia impossibilitato, **certificato da idonea documentazione medica**, ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, **nei primi quindici giorni di convalescenza post-ricovero**, provvede all'invio di un proprio incaricato, **compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Società a proprio carico il compenso di due ore ad intervento e per un massimo di tre invii per ogni periodo post-ricovero.** I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'Assicurato.

#### 7) Collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, sia stato ricoverato in istituto di cura **per un periodo superiore a cinque giorni** e sia temporaneamente invalido, certificato da idonea documentazione medica e pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnala il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, **compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Società a carico il relativo costo fino ad un massimo di euro 300,00 per sinistro.**

### Art. 29 - Helvetia Italia Assistance - Prestazioni operanti esclusivamente quando il sinistro si verifica ad oltre 200 km dal luogo di residenza dell'Assicurato e all'estero

#### 1) Rientro sanitario

Se in seguito ad infortunio, l'Assicurato necessita, **a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa ed in accordo con il medico curante sul posto**, del trasporto in un istituto di cura attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Società provvede, con spese a suo carico, ad organizzarne il rientro con il mezzo e nei tempi ritenuti più idonei dai medici della Struttura Organizzativa dopo il consulto di questi con il medico curante sul posto.

##### Tale mezzo potrà essere:

- l'aereo di linea in classe economica, con posto barellato qualora ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa;
- il treno in prima classe, con vagone letto qualora ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa;
- l'autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

**Il rientro sanitario da paesi extraeuropei, viene effettuato esclusivamente con aereo di linea in classe economica.** Per i rientri dai Paesi del Bacino del Mediterraneo può essere utilizzato anche l'aereo sanitario in deroga a quanto sopra.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa e comprende l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della Struttura Organizzativa la ritengano necessaria.

**La Società ha il diritto di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dall'Assicurato.**

##### Sono escluse dalla prestazione:

- **le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;**
- **le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;**
- **le spese relative alla cerimonia funebre e quelle per la ricerca di persone e/o l'eventuale recupero della salma;**
- **tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivono volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.**

#### 2) Rientro con un familiare

Qualora, a seguito di infortunio, **si provveda al rientro sanitario dell'Assicurato in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario" di cui sopra e i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio**, la Struttura Organizzativa organizza anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo.

**La Società ha il diritto di richiedere all'accompagnatore dell'Assicurato, qualora ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario o altri documenti di viaggio non utilizzati.**

#### 3) Anticipo spese mediche (prestazione valida solo all'estero)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente,

**la Struttura Organizzativa pagherà, per conto dell'Assicurato, le fatture fino ad un importo massimo di euro 1.000,00 per sinistro.**

##### La prestazione non è operante:

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

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

#### 4) Viaggio di un familiare

Qualora, a seguito di infortunio, **l'Assicurato necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a sette giorni**, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato. La Società tiene a proprio carico la relativa spesa. **Sono escluse dalla copertura le spese di soggiorno del familiare.**

#### 5) Accompagnamento di minori di quindici anni

Qualora a seguito di infortunio, l'Assicurato **accompagnato da minori di quindici anni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro**, la Struttura Organizzativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno, per permettere ad un familiare, residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. La Società terrà a proprio carico le relative spese. **Sono escluse dalla copertura le spese di soggiorno del familiare.**

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

#### 6) Rientro salma

Qualora a seguito di infortunio, **l'Assicurato sia deceduto**, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, **tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di euro 3.000,00 per sinistro. Se tale prestazione comportasse un esborso superiore a tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento in cui in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. Sono escluse dalla copertura le spese relative alla cerimonia funebre e quelle per la ricerca di persone e/o l'eventuale recupero della salma.**

#### Art. 30 - Esclusioni ed effetti giuridici relativi

1. La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della polizza è di sessanta giorni;
2. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questo Servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro;
3. tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
  - a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
  - b) scioperi, rivoluzioni, som mosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
  - c) dolo dell'Assicurato;
  - d) suicidio o tentato suicidio;
  - e) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
  - f) infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcoolici o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti e allucinogeni;
  - g) l'espianto e/o il trapianto di organi;
4. le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
5. qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione;
6. il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa immediatamente al verificarsi del sinistro;
7. la Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.

### SEZIONE C - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

#### Art. 31 - Oggetto dell'assicurazione

**È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o un danno biologico permanente.** L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca sia nell'esercizio delle attività professionali sia nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Sono altresì comprese in garanzia:

- a) le malattie tropicali;
- b) le asfissie meccaniche compresa l'asfissia da annegamento;
- c) le lesioni determinate da sforzi di qualunque tipo, sempre che lo sforzo rappresenti la causa diretta ed esclusiva della lesione;
- d) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo salvo quanto escluso alla lettera h) dell'articolo "Esclusioni dalla garanzia" a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva; per terrorismo si intende un atto o più atti commessi da qualsiasi persona o gruppo o gruppi di persone con propositi politici, religiosi, ideologici o similari per influenzare i governi o intimorire la collettività o una parte di essa. Il termine terrorismo è esteso, ma non si limita, all'uso effettivo della forza o della violenza e/o alla minaccia di tale uso. Inoltre l'autore dell'atto terroristico può agire singolarmente o per tramite o in collegamento con qualsiasi organizzazione o governo;
- e) gli infortuni dovuti ad atti di aggressione e di violenza subiti dall'Assicurato che non siano stati da lui provocati ed ai quali lo stesso non abbia preso parte attiva e quelli connessi al richiamo alle armi per ordinarie esercitazioni in tempo di pace;
- f) gli infortuni derivanti da guerra anche se non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, **per un periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati mentre si trova in un paese straniero dove nessuno degli eventi stessi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale paese. La copertura per gli infortuni derivanti da guerra, guerra civile, ed insurrezioni di cui sopra non sarà in ogni caso valida:**
  - per eventi verificatisi sul territorio italiano, della Repubblica di San Marino o dello stato della Città del Vaticano;
  - allo scoppio di guerra (che sia o meno dichiarata) tra qualsiasi dei seguenti Stati: Regno Unito, Stati Uniti d'America, Francia, Russia ed ex Repubbliche Sovietiche, Repubblica Popolare Cinese, Italia e Germania. Se l'aereo è in volo, allo scoppio del conflitto, la garanzia resterà valida per l'Assicurato fino al completamento del

**primo atterraggio dopo tale avvenimento;**

- **alla detonazione a scopo ostile di un'arma da guerra impiegante la fissione e/o fusione nucleare o atomica o altre forze o materiali radioattivi, chimici e batteriologici, dovunque e in qualsiasi momento questo accada, e anche se l'Assicurato non vi è implicato.**

- g) gli infortuni da corrente elettrica, atmosferica o industriale;
- h) gli infortuni a seguito di contatto con sostanze tossiche, corrosive, irritanti e venefiche ed ingestione od assunzione ed inalazione delle stesse;
- i) i morsi di animali e le punture di insetti;
- l) gli infortuni da lesività termica in eccesso o in difetto;
- m) gli infortuni conseguenti a malore non dovuto a condizioni patologiche preesistenti alla stipula del contratto;
- n) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, o negligenza anche grave;
- o) gli infortuni da 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;
- p) gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati unicamente in qualità di passeggero; la garanzia è valida su aeromobili in servizio pubblico di linea, su aerotaxi, su aeromobili privati e militari, su elicotteri, purché il volo sia effettuato conformemente alle disposizioni della normativa tempo per tempo vigente.

### **Art. 32 - Esclusioni dalla garanzia**

**Oltre agli infortuni causati da alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici e/o eruzioni vulcaniche, sono esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti:**

- a) **dalla guida di veicoli e/o natanti a motore per i quali l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;**
- b) **dalla pratica di pugilato e dalla lotta nelle sue varie forme, arti marziali;**
- c) **dalla pratica di sport aerei, volo a vela, deltaplano, parapendio, ultraleggeri, paracadutismo e dalla partecipazione a corse e gare motoristiche ed alle relative prove e allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;**
- d) **da competizioni sportive organizzate, fatta eccezione per quelle a carattere amatoriale;**
- e) **da immersioni non in apnea, pesca subacquea e speleologia, da salti dal trampolino con gli sci e dallo sport della goidoslitte;**
- f) **da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e da suicidio anche tentato;**
- g) **da ebbrezza, ubriachezza, da uso non terapeutico di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;**
- h) **da guerra salvo quanto previsto alla lettera f) dell'articolo "Oggetto dell'assicurazione" e da terrorismo nel quale siano impiegati materiali e/o armi di distruzione di massa, nucleari, chimiche o biologiche comunque possano essere disgiunte o combinate;**
  - **per utilizzo di armi nucleari di distruzione di massa si intende l'uso di qualsiasi arma o dispositivo ad esplosione nucleare o emissione, scarico, dispersione, rilascio, perdita di materiale fissile che emetta un livello di radioattività in grado di causare invalidità o morte tra la popolazione umana o animale;**
  - **per utilizzo di armi chimiche di distruzione di massa si intende l'emissione, lo scarico la dispersione, il rilascio o la perdita di qualsiasi composto chimico, sia esso solido, liquido o gassoso, quando, appropriatamente diffuso, possa causare invalidità o morte tra la popolazione umana o animale;**
  - **per utilizzo di armi biologiche di distruzione di massa si intende l'emissione, lo scarico la dispersione, il rilascio o la perdita di qualsiasi microrganismo patogeno e/o tossine prodotte biologicamente (inclusi organismi geneticamente modificati e tossine sintetizzate chimicamente) che siano in grado di causare invalidità o morte tra la popolazione umana o animale;**
- i) **da trasmutazione, disintegrazione del nucleo dell'atomo e simili, da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
- l) **da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortuni.**

**Sono inoltre esclusi dalla garanzia:**

- m) **le lesioni conseguenza di reati commessi dagli Assicurati e dalla loro partecipazione ad imprese estreme (ad esempio: spedizioni esplorative Artiche, Himalayane, Andine, regate oceaniche, sci estremo), salvo il caso di atti compiuti dagli Assicurati stessi per dovere di solidarietà umana e sociale, nonché per legittima difesa ai sensi dell'art. 52 del codice penale;**
- n) **gli infarti di qualunque tipo (miocardici, cerebrali, ecc.), le ernie di qualunque tipo (addominali, discali, ecc.), le lesioni tendinee parziali e la perdita di elementi dentari se protesizzabili o reimpiantabili;**
- o) **gli infortuni derivanti dall'uso di esplosivi o derivanti dall'attività di palombaro e/o sommozzatore anche con uso di campane, minisommersibili ed altri mezzi simili.**

### **Art. 33 - Limite per evento**

**In caso di unico evento che colpisca più Assicurati del medesimo nucleo familiare (come risultante dallo stato di famiglia), l'esborso massimo della Società non potrà superare euro 2.000.000,00 per evento. Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.**

### **Art. 34 - Aumento somma assicurata**

**In caso di danno biologico totale o di morte conseguenti ad incidente stradale, la somma assicurata indicata in polizza si intende maggiorata del 50%, con il limite massimo di maggiorazione di euro 100.000,00.**

**Detta maggiorazione non si applica alla garanzia Danno biologico grave.**

### **Art. 35 - Beneficiari**

**È facoltà del Contraente, all'atto della stipulazione del contratto o anche successivamente, designare i beneficiari dell'indennizzo da liquidarsi ai sensi della garanzia morte. In difetto di designazione, la liquidazione dell'indennizzo spetta agli eredi legittimi in parti uguali.**



Nel caso in cui l'Assicurato muore per cause non conseguenti all'infortunio precedentemente occorso, l'indennizzo verrà corrisposto agli eredi legittimi in parti uguali, esclusivamente qualora sia già stata effettuata la valutazione del danno biologico permanente da parte della Società.

#### **Art. 36 - Diritto di surrogazione**

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

### **SEZIONE C1 - NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA "DANNO BIOLOGICO"**

(garanzia obbligatoria ed alternativa alla garanzia "DANNO BIOLOGICO GRAVE", valida soltanto se espressamente richiamata in polizza)

#### **Art. 37 - Danno biologico**

Premesso che la definizione del danno biologico è quella prevista dal secondo comma dell'art. 139 del D.Lgs. n. 209 del 7 Settembre 2005 (Codice delle assicurazioni private):

- a) L'indennizzo per danno biologico permanente è calcolato sulla somma assicurata a tale titolo con mero riferimento alla tabella INAIL delle menomazioni del "Danno biologico permanente" (Decreto del Ministero del Lavoro del 12.7.2000), indipendentemente dai criteri INAIL di applicazione della stessa e indipendentemente dalla professione dell'Assicurato;
- b) In caso di perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti, il danno biologico corrisponde alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna perdita, fino al massimo del 100%. Nel caso di menomazioni multiple dovute ad unico infortunio, la valutazione non potrà essere il risultato della somma aritmetica delle singole percentuali tabellate ma il risultato dell'applicazione della formula a "scalare" (o di Balthazard). La stessa formula andrà applicata anche quando la o le menomazioni "coesistano" con preesistenze menomanti lavorative o extra-lavorative. In caso di "concorrenza" delle menomazioni si applica quanto previsto dal secondo comma dell'articolo "Criteri di indennizzabilità";
- c) Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera danno biologico soltanto l'asportazione totale o la perdita totale della funzionalità;
- d) Il danno biologico è stabilito nel momento in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato si sono stabilizzate;
- e) Nel caso di perdita anatomica o funzionale dell'udito e/o della vista che si verifichi su soggetti portatori di preesistenza extra-lavorativa o lavorativa incidente sullo stesso senso, il danno biologico permanente si intende comunque pari al valore tabellato della perdita bilaterale.

#### **Art. 38 - Danno biologico totale**

Il danno biologico permanente pari o superiore al 66% viene liquidato al 100%.

#### **Art. 39 - Rotture tendinee - Colpo di frusta**

Si conviene che:

- nel caso di rottura totale di uno o più tendini, la valutazione del danno biologico permanente non può essere di grado superiore al 3% prescindendo da ogni e qualsiasi indagine sulla dinamica dell'evento e sulla natura della rottura; tale percentuale è elevata al 4% in caso di rottura totale del tendine d'Achille.  
Le lesioni tendinee parziali non sono indennizzabili;
- in caso di colpo di frusta cervicale, la valutazione del danno biologico permanente non può essere di grado superiore al 2% per esiti consistenti di distorsione del rachide cervicale con deficit funzionale apprezzabile su base antalgica, disturbi radicolari di natura trofico-sensitiva (vedasi menomazione n. 199 - tabella INAIL delle menomazioni del "Danno biologico permanente" - DM 12.07.2000 del Ministero del Lavoro). Tale percentuale è ridotta all'1% nel caso di soggetto con rachide cervicale artrosico.

#### **Art. 40 - 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.**

**Si precisa che la Società non liquiderà alcuna percentuale di danno biologico permanente che risulti superiore al 100% sommando anche le percentuali già liquidate.**

#### **Art. 41 - Controversie - arbitrato**

In caso di disaccordo tra l'Assicurato e la Società (le Parti), è facoltà degli stessi di incaricare, per iscritto e di comune accordo, un collegio composto di tre medici nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in difetto, dal Presidente o Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione sul luogo ove deve riunirsi il Collegio, che dovrà stabilire la causa e/o la natura delle lesioni, ovvero valutare le conseguenze attribuibili all'infortunio, tenendo conto dei miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici.

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 nella misura del 50% per le spese del terzo medico e di eventuali ulteriori spese per accertamenti disposti, di comune accordo, in sede arbitrale.** È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo del danno biologico ad epoca da definirsi dal Collegio stesso; in tal caso il Collegio potrà concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

#### **Art. 42 - Franchigia relativa per danno biologico**

1. **Danno biologico inferiore o pari al 3% - applicazione della franchigia: la Società non liquida alcun indennizzo per danno biologico permanente residuo di grado inferiore o pari al 3%;**
2. Danno biologico superiore al 3%: la Società liquida l'indennizzo per danno biologico permanente residuo se lo stesso è di grado superiore al 3%; in tal caso l'indennizzo viene corrisposto per intero senza l'applicazione della franchigia sopraindicata.

#### **Art. 43 - Spese di cura (con scoperto e/o franchigia)**

**La Società rimborsa, sino alla concorrenza di un massimale pari ad 1/100 della somma assicurata, con il limite massimo di euro 1.500,00, le spese di cura rese necessarie esclusivamente a seguito di un infortunio da cui sia derivato un danno biologico (ancorché rientrante nei limiti della franchigia sopraindicata) e sostenute per:**

- a) onorari di medici specialisti, con esclusione di onorari specifici relativi alla valutazione e/o attestazione del grado di danno biologico permanente residuo richieste dall'Assicurato;
- b) accertamenti diagnostici;
- c) terapie fisiche (escluse cure termali e similari);
- d) rette di degenza, per un importo giornaliero non superiore ad euro 250,00.

**Il rimborso delle spese per le protesi dentarie, se indennizzabili, sarà effettuato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi e sempreché la protesi sia applicata entro e non oltre 365giorni/366(se anno bisestile) dalla data del sinistro.**

**Il rimborso delle spese di cura è soggetto, fermo il massimale di cui sopra, all'applicazione degli scoperti e franchigie di seguito indicati:**

1. Per rimborsi conseguenti ad infortuni che prevedono l'applicazione della franchigia, di cui all'articolo 52.1: si applica uno scoperto del 50% con il minimo di euro 100,00;
2. Per rimborsi conseguenti ad infortuni che non prevedono l'applicazione della franchigia, di cui all'articolo 52.2: si applica una franchigia di euro 100,00;
3. Per entrambi i casi di cui sopra, qualora l'importo delle spese di cura sia già stato in parte rimborsato all'Assicurato da altre imprese assicuratrici e/o Fondi integrativi sanitari, il rimborso si intende calcolato applicando una franchigia di euro 50,00 alla somma non corrisposta da detti enti.

**La Società effettua il rimborso a guarigione clinica ultimata, su presentazione, da parte dell'Assicurato, dell'originale dei documenti giustificativi.**

### **SEZIONE C2 - NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA "DANNO BIOLOGICO GRAVE"**

**(garanzia obbligatoria ed alternativa alla garanzia "DANNO BIOLOGICO", valida soltanto se espressamente richiamata in polizza)**

---

#### **Art. 44 - Danno biologico grave**

**Per la presente garanzia valgono le norme della garanzia "DANNO BIOLOGICO" ad eccezione di:**

- "Franchigia relativa per danno biologico";
- "Spese di cura";

**che pertanto non si applicano alla presente garanzia.**

#### **Art. 45 - Franchigia relativa per danno biologico grave**

1. **Danno biologico inferiore o pari al 20% - applicazione della franchigia: la Società non liquida alcun indennizzo per danno biologico permanente residuo di grado inferiore o pari al 20%;**
2. Danno biologico superiore al 20%: la Società liquida l'indennizzo per danno biologico permanente residuo se lo stesso è di grado superiore al 20%; in tal caso l'indennizzo viene corrisposto per intero senza l'applicazione della franchigia sopraindicata.

### **SEZIONE C3 - NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA "MORTE"**

**(garanzia valida se espressamente richiamata in polizza)**

---

#### **Art. 46 - Morte**

**Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per danno biologico permanente.**

**La garanzia opera purché il decesso si verifichi entro 730giorni/731(se compreso un anno bisestile) dall'infortunio anche successivamente alla scadenza della polizza.**

#### **Art. 47 - Morte presunta**

**Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e in applicazione dell'art. 60, comma 3 del Codice Civile, l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. **Se dopo il pagamento dell'indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.****

#### **Art. 48 - Cumulo di indennità**

**Se dopo il pagamento di un'indennità per danno biologico permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, 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.**

## **SEZIONE C4 - NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO**

### **SEZIONE TUTELA LEGALE**

#### **Art. 49 - Insorgenza del sinistro - operatività della garanzia**

Il sinistro si intende insorto e quindi verificato nel momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo avrebbero iniziato a violare norme di legge o contrattuali.

La garanzia assicurativa riguarda i sinistri che insorgono:

- dalle ore 24 del giorno di stipulazione del contratto di assicurazione, se si tratta di risarcimento di danni extracontrattuali;
- trascorsi novanta giorni dalla stipulazione del contratto di assicurazione, nelle restanti ipotesi.

**La garanzia non ha luogo per i sinistri insorgenti da patti, accordi, obbligazioni contrattuali che, al momento della stipulazione del contratto di assicurazione, fossero già stati disdetti o la cui rescissione, risoluzione, annullamento o modificazione fossero già state chieste da uno degli stipulanti.**

Le vertenze, promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse, si considerano a tutti gli effetti sinistro unico.

#### **Art. 50 - Denuncia del sinistro e libera scelta del legale**

**L'Assicurato deve tempestivamente denunciare il caso assicurativo a D.A.S. tramite la Società, trasmettendo tutti gli atti e documenti occorrenti (con l'indicazione di eventuali testimoni e/o la coesistenza di altre assicurazioni per il medesimo rischio), regolarizzandoli a proprie spese secondo le norme fiscali di bollo e di registro. L'Assicurato dovrà far pervenire alla Direzione Generale di D.A.S. la notizia di ogni atto, a lui notificato tramite Ufficiale Giudiziario, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa. Contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo o al momento dell'avvio dell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può indicare alla Società un legale - residente in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia - al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo. Se l'Assicurato sceglie un legale non residente presso il Circondario del Tribunale competente, D.A.S. garantirà gli onorari del domiciliatario, con il limite della somma di euro 3.000,00. Tale somma è compresa nei limiti del massimale per caso assicurativo e per anno.**

La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale, ove si verifichi una situazione di conflitto di interessi con la Società e con D.A.S.

#### **Art. 51 - Gestione del sinistro**

Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, D.A.S. (ai sensi dell'art. 164 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni Private - D.Lgs n. 209 del 7/9/2005) si adopera per gestire la fase stragiudiziale, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, e di svolgere ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia. Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentano possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la Società trasmette la pratica al legale designato ai sensi dell'articolo "Denuncia del sinistro e libera scelta del legale".

Per ogni stato della vertenza e grado del giudizio, gli incarichi ai periti devono essere preventivamente concordati con D.A.S.. Allo stesso modo, per le fasi giudiziali successive a quella già autorizzata, anche gli incarichi ai legali devono essere preventivamente concordati con la Società, sempre che le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo; agli stessi l'Assicurato rilascerà le necessarie procure. L'esecuzione forzata per ciascun titolo esecutivo verrà estesa a due tentativi.

**L'Assicurato, senza preventiva autorizzazione della Società, non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, che comporti oneri a carico della Società. Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza - con conseguente impossibilità per l'Assicurato di preventiva richiesta di benestare - i quali verranno ratificati dalla D.A.S., che sia stata posta in grado di verificare urgenza e congruità dell'operazione. D.A.S. non è responsabile dell'operato di legali e periti.**

#### **Art. 52 - Disaccordo sulla gestione del sinistro**

In caso di divergenza di opinione fra l'Assicurato e D.A.S. sulla gestione del sinistro la questione, a richiesta di una delle parti da formularsi con lettera raccomandata, potrà essere demandata ad un arbitro sulla cui designazione le Parti dovranno accordarsi.

Se un tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale del Foro competente, ai sensi di legge.

L'arbitro deciderà secondo equità e le spese di arbitrato saranno a carico della Parte soccombente. Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio con facoltà di ottenere da D.A.S. la rifusione delle spese incontrate e non liquidate dalla controparte, qualora il risultato in tal modo conseguito, sia più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito da D.A.S. stessa, in linea di fatto o di diritto.

#### **Art. 53 - Recupero somme**

Tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi sono di esclusiva spettanza dell'Assicurato, mentre spetta alla D.A.S. quanto liquidato a favore dello stesso Assicurato giudizialmente o stragiudizialmente per spese, competenze ed onorari.

### **SEZIONE ASSISTENZA**

#### **Art. 54 - Istruzioni per la richiesta di assistenza in caso di sinistro**

Per usufruire delle prestazioni previste, l'Assicurato o, se impossibilitato, anche per mezzo di terze persone, deve rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A., in funzione 24 ore su 24, indifferentemente nei seguenti modi:

- telefonando dall'Italia al numero verde 800 361370;

- telefonando dall'estero al numero telefonico +39 02 58286892;
- inviando un telegramma o una lettera raccomandata a Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 - Milano;
- inviando un fax al numero +39 02 58477201.

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

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

**Le spese telefoniche successive alla prima chiamata e sostenute per la gestione dell'assistenza sono a carico della Struttura Organizzativa.**

**La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato, e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente, ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla prestazione e alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare tempestivamente gli ORIGINALI e non le fotocopie dei documenti giustificativi, fatture, ricevute delle spese sostenute.**

**In ogni caso l'intervento deve sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interviene direttamente o deve autorizzare esplicitamente l'effettuazione dell'intervento stesso.**

## SEZIONE INFORTUNI

**Art. 55 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro**

**In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato 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'Agenzia 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;**
- corredare la denuncia del sinistro con certificato medico; la denuncia deve inoltre contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento;**
- documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e l'indennizzo verrà riconosciuto a guarigione clinica ultimata;**
- sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;**
- produrre gli originali di note, distinte, ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate relativamente alla garanzia "spese di cura da infortunio";**
- fornire, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).**

**L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari od aventi diritto 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 del danno biologico 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 del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

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

**Art. 56 - Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di danno biologico**

Il grado di danno biologico viene valutato con le modalità previste dall'art. 40 "Criteri di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni e 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. 57 - Anticipo indennizzo per danno biologico**

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, su richiesta dell'Assicurato e previa presentazione di idonea documentazione medico legale, la Società potrà liquidare a titolo di acconto un importo pari al 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo con il massimo di € 30.000,00 (trentamila).

**Condizione essenziale è che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla data di presentazione della denuncia e che la percentuale di danno biologico stimata dalla Società sia superiore al 25%.**

L'anticipo è erogato a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro e l'anticipo non costituisce

impegno della Società riguardo l'indennizzo definitivo. L'indennizzo pagato in anticipo, sarà dedotto da quanto dovuto, al netto di eventuali franchigie, in sede di liquidazione definitiva.

#### **Art. 58 - Diritto all'indennizzo per danno biologico in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio**

**Il diritto all'indennizzo per danno biologico 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 55 - 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 minorenni 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. 59 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di spese di cura da infortunio**

Fermo quanto previsto dall'art. 43 "Spese di cura da infortunio", il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato viene effettuato con le modalità previste dal precedente art. 55 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro"

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

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

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

#### **Art. 60 - 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**