

Sicuramente famiglia

Assicurazione Infortuni

IL PRESENTE DOCUMENTO CONTIENE

Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni)

Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni)

Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei Termini

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: alcoolismo 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.

Se la polizza è stata acquistata tramite tecniche di vendita a distanza è possibile esercitare il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla stipula della polizza.

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: 14 Gennaio 2026

Il presente Dip Aggiuntivo Danni rappresenta l'ultima versione disponibile

Scopo: 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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

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

Il patrimonio netto della Compagnia, all'ultimo bilancio approvato, è pari a 99,81 milioni di euro di cui 15,600 milioni di euro costituiscono la parte relativa al capitale sociale e 78,36 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

Di seguito si dà evidenza dei requisiti patrimoniali e dei fondi ammissibili alla loro copertura, calcolati secondo la Formula Standard, in vigore al 31.12.2024.

Informazioni relative al margine di solvibilità Solvency II al 31.12.2024

| Informazioni relative al margine di solvibilità Solvency II al 31.12.2024 | |
|---|------------------|
| Solvency Capital Requirement (SCR) | 47.365.327,00 € |
| Minimum Capital Requirement (MCR) | 19.748.210,00 € |
| Fondi Propri ammissibili a copertura del SCR | 104.224.743,00 € |
| Fondi Propri ammissibili a copertura del MCR | 104.224.743,00 € |
| Solvency Capital Ratio (*) | 220,04% |

(*) 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.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata alle somme assicurate e, se previsti, ai massimali concordati con il Contraente.

I SUCCESSIVI RINVII A SEZIONI, PAGINE E ARTICOLI SI RIFERISCONO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE A - TUTELA LEGALE

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, l'oggetto dell'assicurazione e l'ambito di operatività dell'assicurazione sono indicati agli articoli 23 e 24, pagina 7.

Le condizioni di operatività sono indicate all'articolo 25, pagina 8.

SEZIONE B - ASSISTENZA

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, le prestazioni garantite sono indicate all'articolo 28 e 29, pagine 8,9 e 10.

SEZIONE C - INFORTUNI

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, l'oggetto dell'assicurazione è indicato all'articolo 31, pagine 10 e 11.

Le condizioni di operatività sono indicate agli articoli 33 - 34 - 35 e 36, pagine 11 e 12.

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

Sezione C1 - Danno Biologico (garanzia obbligatoria ed alternativa alla garanzia "Danno Biologico Grave", valida soltanto se espressamente richiamata in polizza)

Le garanzie sono indicate agli articoli 37 - 38 - 39 e 43, pagine 12 e 13.

Le condizioni di operatività sono indicate agli articoli 40, 41 e 42, pagine 12 e 13.

Sezione C2 - Danno Biologico Grave (garanzia obbligatoria ed alternativa alla garanzia "Danno Biologico", valida soltanto se espressamente richiamata in polizza).

La garanzia è indicata all'articolo 44, pagina 13.

Le condizioni di operatività sono indicate all'articolo 45, pagina 13.

Sezione C3 - Morte (garanzia valida se espressamente riportata in polizza)

La garanzia è indicata agli articoli 46 e 47, pagina 13.

Le condizioni di operatività sono indicate all'articolo 48, pagina 13.



Che cosa NON è assicurato?

SEZIONE A - TUTELA LEGALE

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, la garanzia è esclusa per la 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:

- se, al momento del sinistro, il veicolo non risulta coperto da una valida polizza di assicurazione di Responsabilità Civile;
- 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.

In deroga all'esclusione, 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.

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

SEZIONE B - ASSISTENZA

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, 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;
- l'espianto e/o il trapianto di organi.

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

Relativamente alla prestazione "Rientro sanitario", 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.

La prestazione "Anticipo spese mediche (prestazione valida solo all'estero)" 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.

Quanto alle prestazioni "Viaggio di un familiare" e "Accompagnamento di minori di quindici anni", sono escluse dalle coperture le spese di soggiorno del familiare.

Dalla prestazione di "Accompagnamento di minori di quindici anni" sono escluse le spese di soggiorno del familiare.

Quanto alla prestazione "Rientro salma", sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e quelle per la ricerca di persone e/o l'eventuale recupero della salma.

SEZIONE C - INFORTUNI

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, sono esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti:

- da alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici e/o eruzioni vulcaniche;
- 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;
- 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 guerra 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.
- da trasmutazione, disintegrazione del nucleo dell'atomo e simili, da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- Sono inoltre esclusi dalla garanzia: 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 agli infortuni derivanti da guerra anche se non dichiarata, guerra civile e insurrezioni a carattere generale, l'assicurazione non opera:

- per eventi verificatisi sul territorio italiano, della Repubblica di San Marino o dello stato della Città del Vaticano;
- allo scoppio di guerra (dichiarata o meno) 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.

Dalla garanzia "Rotture tendinee – colpo di frusta" sono escluse le rotture tendinee parziali.

Garanzia "Spese di cura"

- Dal rimborso delle spese per terapie fisiche sono escluse le cure termali e similari.
- Dal rimborso di onorari di medici specialisti sono esclusi gli onorari specifici relativi alla valutazione e/o attestazione del grado di danno biologico permanente residuo richieste dall'Assicurato;

Alla garanzia "Danno biologico grave" non si applica la franchigia relativa per danno biologico e la garanzia Spese di cura.



Ci sono limiti di copertura?

Non ci sono ulteriori limiti rispetto a quanto indicato nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a una 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?

Costi di intermediazione: la quota parte di provvigioni corrisposta agli intermediari ammonta al 24,48%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

| | |
|---|---|
| All'impresa assicuratrice | Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri - devono essere presentati per iscritto alla Compagnia presso: Helvetia Italia Assicurazioni - Ufficio Reclami - Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano; E-mail: reclami@helvetiaitalia.it . Eventuali reclami riguardanti il comportamento della banca distributrice e dei dipendenti e collaboratori di quest'ultima potranno essere inoltrati direttamente alla banca distributrice. La Società o la banca distributrice, ciascuna per la propria competenza, inviano la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. |
| All'IVASS | In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it , anche con il modello ivi disponibile. |
| PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali: | |
| Arbitro Assicurativo | Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. |
| Mediazione (obbligatoria) | Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (L. 9/8/2013, n. 98) |
| Negoziazione assistita | Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. |
| Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie | <ul style="list-style-type: none">• Arbitrato (facoltativo): in caso di dissenso tra l'assicurato e la compagnia circa la determinazione dell'ammontare del danno, i periti, nominati da ciascuna delle Parti, si accordano per nominare un terzo perito, detto Arbitro, per raggiungere una decisione.• Procedura FIN-NET: per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/fin-net_en, chiedendo l'attivazione della Procedura. Tramite il sito della Compagnia (www.helvetia.it) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie. |

REGIME FISCALE

| | |
|---|--|
| Trattamento fiscale applicabile al contratto | Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Questo contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni in vigore in Italia. È detraibile il premio della garanzia morte. |
|---|--|

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.

Sicuramente Famiglia

Assicurazione infortuni

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Mod. SF004 - Ed. 11/2025

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono state redatte secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del tavolo tecnico ANIA del 06/02/2018 - Associazione Consumatori - Associazione Intermediari Assicurativi

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Gruppo Helvetia

GUIDA ALLA CONSULTAZIONE

Gentile Cliente, benvenuto nel mondo di **Sicuramente Famiglia**, la polizza che tutela le persone fisiche, dagli infortuni.

Le garanzie previste e sempre operanti sono:



Tutela Legale



Assistenza



Infortuni

Il documento delle Condizioni di Assicurazioni è stato elaborato e strutturato per rendere più chiara ed immediata la sua lettura. Lo stile e gli elementi di struttura sono stati resi omogenei per guidare la ricerca delle informazioni fondamentali.

Di seguito troverà la guida che la aiuterà nella consultazione.

1. TESTI E PAROLE EVIDENZIATE CON CARATTERE DI PARTICOLARE RILIEVO

- MAIUSCOLO: titoli di sezioni e articoli;
- **grassetto**: Condizioni di Assicurazione che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie e oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato, aspetti rilevanti, sottotitoli, parole di riferimento;
- [►]: richiami a norme e articoli di legge.

2. GLOSSARIO

Nel glossario troverà le definizioni di alcuni termini utilizzati nelle Condizioni di Assicurazione. Nel testo questi termini sono resi visibili attraverso l'utilizzo del *corsivo*. Questa modalità permette di distinguerli dagli altri termini in uso.

3. BOX DI CONSULTAZIONE A TITOLO PURAMENTE ESEMPLIFICATIVO

- all'interno delle sezioni troverà alcuni box richiamati da specifici elementi grafici, inseriti con l'obiettivo di dare la risposta ad alcune possibili domande;
- il testo contenuto nel box non ha valore contrattuale.



**FOCUS ED
APPROFONDIMENTI**

4. ELEMENTO GRAFICO DEDICATO



elemento che permette l'individuazione di informazioni importanti e di punti di attenzione.



INDICE

| | |
|--|-----------|
| GLOSSARIO | 5 |
| NORME COMUNI | 7 |
| ART. 1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO | 7 |
| ART. 1.2 - ALTRE ASSICURAZIONI | 7 |
| ART. 1.3 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO | 8 |
| ART. 1.4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE | 8 |
| ART. 1.5 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO | 8 |
| ART. 1.6 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO | 8 |
| ART. 1.7 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO | 8 |
| ART. 1.8 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE | 9 |
| ART. 1.9 - ONERI FISCALI..... | 9 |
| ART. 1.10 - FORO COMPETENTE | 9 |
| ART. 1.11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE | 9 |
| ART. 1.12 - MISURE RESTRITTIVE (INOPERATIVITÀ A SEGUITO DI SANZIONI - SANCTIONS LIMITATIONS EXCLUSION CLAUSE) | 9 |
| ART. 1.13 - SISTEMI ALTERNATIVI PER LA RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE, FORO COMPETENTE | 9 |
| ART. 1.14 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI | 10 |
| ART. 1.15 - PROVA..... | 10 |
| ART. 1.16 - TERMINE DI PRESCRIZIONE | 10 |
| ART. 1.17 - RINUNCIA DELLA COMPAGNIA ALL'AZIONE DI RIVALSA..... | 10 |
| ART. 1.18 - DIRITTO DI RIPENSAMENTO (SOLO PER LE POLIZZE COLLOCATE TRAMITE VENDITA A DISTANZA) | 10 |
| SEZIONE A - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE | 11 |
| COSA È ASSICURATO | 11 |
| ART. 2.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE..... | 11 |
| ART. 2.2 - AMBITO DELL'ASSICURAZIONE | 11 |
| COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA | 12 |
| ART. 2.3 - ESCLUSIONI..... | 12 |
| CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ | 12 |
| ART. 2.4 - LIMITI TERRITORIALI..... | 12 |
| TABELLA RIEPILOGATIVA DI SCOPERTI, FRANCHIGIE E LIMITI | 12 |
| SEZIONE B - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA | 13 |
| COSA È ASSICURATO | 13 |
| ART. 3.1 - HELVETIA ITALIA ASSISTANCE - PRESTAZIONI..... | 13 |
| COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA | 15 |
| ART. 3.2 - ESCLUSIONI ED EFFETTI GIURIDICI | 15 |
| CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ | 16 |
| ART. 3.3 - LIMITI TERRITORIALI..... | 16 |



| | |
|---|-----------|
| TABELLA RIEPILOGATIVA DI SCOPERTI, FRANCHIGIE E LIMITI | 16 |
| SEZIONE C - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI | 17 |
| COSA È ASSICURATO | 17 |
| ART. 4.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE..... | 17 |
| ART. 4.2 - GARANZIE OPERANTI..... | 18 |
| ART. 4.3 - ESTENSIONE DI GARANZIA | 20 |
| COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA | 20 |
| ART. 4.4 - LIMITI DI ETA' | 20 |
| ART. 4.5 - PERSONE NON ASSICURABILI | 20 |
| ART. 4.6 - ESCLUSIONI..... | 20 |
| CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ..... | 21 |
| ART. 4.7 - VALIDITA' TERRITORIALE..... | 21 |
| ART. 4.8 - CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE..... | 21 |
| ART. 4.9 - LIMITE PER EVENTO..... | 21 |
| ART. 4.10 - BENEFICIARI..... | 21 |
| ART. 4.11 - PERSONE ASSICURABILI E CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO | 22 |
| ART. 4.12 - SOMMA ASSICURATA - MASSIMALE | 24 |
| ART. 4.13 - CUMULO DI INDENNITA' | 24 |
| TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI..... | 24 |
| COSA FARE IN CASO DI SINISTRO | 26 |
| SEZIONE TUTELA LEGALE | 26 |
| CHE OBBLIGHI HO | 26 |
| ART. 5.1 - DENUNCIA DEL SINISTRO E LIBERA SCELTA DEL LEGALE | 26 |
| QUALI NORME REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI | 26 |
| ART. 5.2 - INSORGENZA DEL SINISTRO - OPERATIVITA' DELLA GARANZIA..... | 26 |
| ART. 5.3 - GESTIONE DEL SINISTRO | 27 |
| ART. 5.4 - DISACCORDO SULLA GESTIONE DEL SINISTRO..... | 27 |
| ART. 5.5 - DISACCORDO SULLA GESTIONE DEL SINISTRO..... | 27 |
| SEZIONE ASSISTENZA | 28 |
| CHE OBBLIGHI HO | 28 |
| ART. 5.6 - ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA IN CASO DI SINISTRO | 28 |
| SEZIONE INFORTUNI | 28 |
| CHE OBBLIGHI HO | 28 |
| ART. 5.7 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO..... | 28 |
| QUALI NORME REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI..... | 29 |
| ART. 5.8 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ PER DANNO BIOLOGICO..... | 29 |
| ART. 5.9 - CONTROVERSIE - ARBITRATO | 29 |
| ART. 5.10 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO E DI INDENNIZZO IN CASO DI DANNO BIOLOGICO | 30 |
| ART. 5.11 - ANTICIPO INDENNIZZI PER DANNO BIOLOGICO | 30 |
| ART. 5.12 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER DANNO BIOLOGICO IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO..... | 30 |
| ART. 5.13 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI INDENNIZZO IN CASO DI SPESE DI CURA DA INFORTUNIO | 30 |
| ART. 5.14 - MODALITA' DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO PER TUTTE LE GARANZIE INFORTUNI..... | 31 |
| NORME DI LEGGE RICHIAMATE NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE..... | 32 |
| CONTATTI UTILI | 35 |



GLOSSARIO



Qui di seguito sono riportati i **principali termini utilizzati** nel **Set informativo** con il loro **significato**.

Nel testo delle **Condizioni di Assicurazione** gli stessi termini sono evidenziati in carattere *corsivo*.

Alcuni termini sono comuni a tutte le sezioni e garanzie, altri riguardano sezioni o garanzie specifiche o la sola sezione assistenza.

A

Anno (annuale): periodo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile).

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto *dall'assicurazione*.

Assicurazione: il contratto di *assicurazione*.

B

Beneficiario: soggetto che viene designato a ricevere la somma assicurata in caso di morte dell'*Assicurato*.

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

C

Compagnia: l'impresa assicuratrice, **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A**

Contraente: il soggetto che stipula l'*assicurazione*, nell'interesse proprio e/o di altri.

F

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

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



H

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

I

Indennizzo: la somma dovuta dalla *Compagnia* in caso di *sinistro*, per i danni direttamente subiti dall'*Assicurato*.

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.

Istituto di cura (sezione Assistenza): 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;**

M

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

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

P

Parti: il *Contraente/Assicurato* e la *Compagnia*.

Polizza: l'insieme dei documenti che comprovano l'*assicurazione*, costituiti dalla scheda di *polizza* e dalle condizioni di *assicurazione*.

Premio: la somma dovuta dal *Contraente* alla *Compagnia*.

Prestazioni (sezione Assistenza): sono le assistenze prestate dalla *Struttura Organizzativa* all'*Assicurato*.

R

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*.

S

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

Semestre (semestrale): periodo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

Settimana (o settimanale): periodo la cui durata è pari a 7 giorni.

Sinistro: il verificarsi di un evento per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Struttura Organizzativa (sezione Assistenza): la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - Via del Mulino, 4 - 20057 Assago (MI), 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 *Compagnia*, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'*Assicurato* ed organizza ed eroga, con costi a carico della *Compagnia* stessa, le *prestazioni* di assistenza previste in *polizza*.

V

Vendita a distanza: il collocamento di contratti assicurativi senza la presenza fisica e simultanea dell'intermediario o della *Compagnia* e del *Contraente*.



NORME COMUNI



Le norme indicate dagli articoli che seguono regolano tutte le Condizioni di *assicurazione* della polizza **Sicuramente famiglia**.

ART. 1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

La *Compagnia* presta la copertura assicurativa in base alle circostanze del rischio dichiarate dal *Contraente* e/o dall'*Assicurato* al momento della stipula dell'*assicurazione*.

Le dichiarazioni dell'*Assicurato* riportate nella scheda di polizza devono essere veritiere e corrette al fine di un'esatta valutazione del rischio da parte della *Compagnia*.



L'*Assicurato/Contraente* deve fornire alla *Compagnia* tutte le informazioni che possono influire sulla valutazione del rischio. La violazione di questo obbligo può comportare conseguenze negative.

Infatti, le dichiarazioni inesatte o reticenti fatte con dolo o colpa grave su circostanze che l'*Assicurato/Contraente* conosce o che, facendo uso della normale diligenza, potrebbe conoscere, sono causa di annullamento del contratto e comportano la perdita totale del diritto all'*indennizzo* [► Art. 1892 del Codice civile].

Se, invece, le dichiarazioni inesatte o reticenti sono state effettuate senza dolo o colpa grave, ovvero in riferimento a circostanze sconosciute e che non potevano essere accertate con la normale diligenza, la *Compagnia* ha il diritto di recedere dal contratto [► Art. 1893 del Codice civile].

In questi casi la *Compagnia* ha il diritto di trattenere tutti i premi già incassati, il *premio* relativo al periodo di *assicurazione* in corso e, nel caso di dolo o colpa grave, il *premio* dovuto per il primo anno.

ART. 1.2 - ALTRE ASSICURAZIONI



Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'*Assicurato* deve darne comunicazione per iscritto a ciascuna Impresa assicuratrice. In caso di *sinistro*, l'*Assicurato* deve darne avviso a tutte le imprese assicuratrici e può richiedere a ciascuna di esse l'*indennizzo* dovuto secondo la rispettiva *polizza* autonomamente considerata. Se l'*Assicurato* omette dolosamente di effettuare le comunicazioni di cui sopra, la *Compagnia* non è tenuta a corrispondere alcun *indennizzo* [► Art. 1910 del Codice civile].

L'*Assicurato* è esonerato dal comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni infortuni solo nei seguenti casi:

- 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. 1.3 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

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

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

Il pagamento del *premio* avviene:

- alla decorrenza indicata nella *scheda di polizza*;
- successivamente, in base alla periodicità del pagamento indicata nella *scheda di polizza*.



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; le scadenze successive non vengono modificate.

I *premi* devono essere pagati all'intermediario al quale è assegnata la *polizza* oppure alla *Compagnia*. La *Compagnia* ha diritto al pagamento dei premi scaduti [► art. 1901 del Codice Civile].

ART. 1.4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 1.5 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO



Ad ogni aggravamento del *rischio*, il *Contraente* o l'*Assicurato* devono darne comunicazione all'intermediario o alla *Compagnia* mediante raccomandata A/R o PEC.

Gli aggravamenti di *rischio* non noti o non accettati dalla *Compagnia* possono comportare:

- la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo;
- la cessazione dell'*assicurazione* [► art. 1898 del Codice civile]

L'*Assicurato* ha l'obbligo di avvisare immediatamente la *Compagnia* a mezzo raccomandata A/R o PEC se nel corso del contratto si modifichi lo stato di cose considerato al momento in cui il contratto ha avuto inizio e la modifica sia tale da aumentare la probabilità che l'evento dannoso si verifichi (cd. aggravamento del rischio). La violazione di questo obbligo, previsto dall'art. 1898 del Codice civile, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*.



Cosa comporta una mancata e non completa comunicazione da parte del contraente o dell'assicurato?

Le informazioni che il *contraente* o l'*assicurato* comunicano alla *compagnia*, sia all'atto della sottoscrizione che durante la validità del contratto, devono essere sempre complete, esaustive e veritiere.

Questo per permettere alla *compagnia* di essere consapevole del rischio che sta assumendo, poiché su queste informazioni vengono calibrate le condizioni e anche il *premio*.

Nel caso in cui le informazioni risultino parziali, incomplete o differenti rispetto all'effettivo rischio sottoscritto, la *compagnia* ha il diritto a non indennizzare o indennizzare solo in parte l'eventuale sinistro generato.

ART. 1.6 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO



Nel caso di diminuzione del rischio, cioè nel caso in cui nel corso del contratto la probabilità che l'evento dannoso si verifichi diminuisca, il *Contraente* o l'*Assicurato* deve dare comunicazione all'intermediario o alla *Compagnia* mediante lettera raccomandata A/R o PEC.

La *Compagnia* è tenuta a ridurre il *premio* o le rate di *premio* successive alla comunicazione dell'*Assicurato* o *Contraente* [► art. 1897 del Codice civile].

ART. 1.7 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Le *parti* hanno diritto di recedere dopo ogni *sinistro* e fino al sessantesimo giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'*indennizzo*.



La comunicazione del recesso deve essere effettuata mediante raccomandata A/R o PEC.

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

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

La *Compagnia*, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di *premio*, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 1.8 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto, quest'ultimo è prorogato per 365giorni/366(se anno bisestile) e così successivamente salvo quanto disposto dall'articolo 1.7 - "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 15 giorni previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

ART. 1.9 - ONERI FISCALI

Le imposte e gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione* sono a carico del **Contraente**, secondo le norme di legge.

ART. 1.10 - FORO COMPETENTE

Il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio dell'*Assicurato* o del *Contraente*.

ART. 1.11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è regolato dal contratto, l'*assicurazione* è disciplinata dalla vigente legge italiana.

ART. 1.12 - MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)

La *Compagnia* non è tenuta a prestare l'*assicurazione* nel caso in cui la copertura assicurativa possa esporla 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. 1.13 - 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. 1.14 - 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. 1.15 - PROVA

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

ART. 1.16 - TERMINE DI PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dal contratto di *assicurazione* si prescrivono in due **anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda [►Art. 2952 del Codice civile].

Il diritto dell'assicuratore al pagamento delle rate di *premio* si prescrive in un **anno** dalle singole scadenze [►Art. 2952 del Codice civile].

ART. 1.17 - RINUNCIA DELLA COMPAGNIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

In caso di *infortunio* la *compagnia* rinuncia a favore dell'*Assicurato* e dei suoi aventi causa a rivalersi nei confronti degli eventuali responsabili, un diritto che le competerebbe in virtù dell'art. 1916 del Codice civile.

ART. 1.18 - DIRITTO DI RIPENSAMENTO (solo per le polizze collocate tramite vendita a distanza)

Il *Contraente* può recedere dall'*assicurazione* **entro 14 giorni** dalla stipula della *polizza*, senza penali e senza doverne indicare il motivo.

Il *recesso* può essere esercitato mediante **comunicazione scritta** contenente gli elementi identificativi della *polizza*, inviata con:

- raccomandata A/R;
- posta elettronica certificata (PEC);
- format disponibile sul sito della *Compagnia* all'indirizzo www.helvetia.it.

Il *recesso* ha efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione.

In caso di *recesso*, la *Compagnia* rimborsa al *Contraente* il *premio* versato **diminuito**:

- della **parte di premio utilizzata** per il periodo di efficacia dell'*assicurazione*;
- degli **oneri fiscali previsti** (eventualmente) **dalla legge**.

Il *Contraente* **NON** può recedere se è stato denunciato un *sinistro* prima dell'esercizio del diritto di ripensamento.

Per i *sinistri* avvenuti entro la data di esercizio del diritto di ripensamento e denunciati dopo quest'ultima, la *Compagnia* ha il **diritto di recuperare** il *premio* restituito al *Contraente*.

**Che cos'è il Diritto di Ripensamento?**

Il Codice del consumo (art. 52 e successivi del D.lgs. n.206/2005) stabilisce che per i servizi acquistati a distanza è possibile **recedere entro 14 giorni dalla data di acquisto, senza dover fornire alcuna motivazione e senza dover sostenere alcuna penale**, per tutelare i casi in cui il servizio non sia più ritenuto adeguato alle esigenze dal consumatore (cosiddetto "Diritto di Ripensamento").

Il diritto di ripensamento vale anche per le polizze assicurative sottoscritte a distanza (art. 67 duodecies del Codice del consumo).

Per comunicare, alla *Compagnia* o all'Intermediario, la volontà di esercitare questo diritto puoi utilizzare le modalità elencate all'interno dell'art. 1.18 - Diritto di Ripensamento.

I riferimenti sono riportati nell'allegato "Contatti utili".

Trasmettendo tale comunicazione nessuna copertura assicurativa sarà più operativa delle ore 24.00 del giorno di invio e la *Compagnia* rimborserà il premio pagato e non goduto al netto degli oneri previsti dalla legge.

Nessuna penale è prevista per l'esercizio del diritto di ripensamento.





SEZIONE A - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE



La Sezione "Tutela legale" è sempre operante e richiamata in *polizza*.



La gestione dei sinistri relativi alla garanzia di Tutela Legale è stata affidata dalla Compagnia a **D.A.S. - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.**, in seguito denominata D.A.S.

L'Assicurato può rivolgersi direttamente ad D.A.S. per la tutela dei propri interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nei casi indicati.

COSA È ASSICURATO

ART. 2.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La *Compagnia* assicura, **sino alla concorrenza di euro 10.000 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 *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.

ART. 2.2 - 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.

Ad integrazione di quanto sopra, la *Compagnia* 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.

COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA

ART. 2.3 - 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 90 giorni successivi al *sinistro*.

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 2.4 - 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.

TABELLA RIEPILOGATIVA DI SCOPERTI, FRANCHIGIE E LIMITI

| GARANZIE BASE | SCOPERTI | FRANCHIGIE | LIMITI DI INDENNIZZO |
|---------------|----------|------------|-----------------------|
| Tutela legale | - | - | € 10.000 per sinistro |



SEZIONE B - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA



La Sezione "Assistenza" è sempre operante e richiamata in **polizza**.



La gestione dei sinistri relativi alle garanzie di Assistenza è stata affidata dalla *Compagnia* ad EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

Per la fornitura delle prestazioni l'assicurato deve rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla Struttura Organizzativa di EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

COSA È ASSICURATO

ART. 3.1 - 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 *Compagnia*. 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 *Compagnia* 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 **Compagnia** l'onorario fino ad un massimo di euro 300 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 **Compagnia** l'onorario fino ad un massimo di euro 300 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 Compagnia 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 Compagnia a carico il relativo costo fino ad un massimo di euro 300 per sinistro.**

ART. 3.1.1 - 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 *Compagnia* 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 *Compagnia* ha il diritto di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dall'Assicurato.

Sono escluse dalla *prestazioni*:

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

La *Compagnia* 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 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 *Compagnia* 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 *Compagnia* 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 *Compagnia* a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di euro 3.000 per *sinistro*. Se tale prestazione comportasse un esborso superiore a tale importo, la prestazione diventerebbe 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.

COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA

ART. 3.2 - ESCLUSIONI ED EFFETTI GIURIDICI

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 60 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, sommosse 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 *Compagnia* non è tenuta a fornire indennizzi o *prestazioni* alternative di alcun genere a titolo di compensazione;
6. il diritto alle assistenze fornite dalla *Compagnia* 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.

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 3.3 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero, con l'intesa che eventuali indennizzi liquidabili a termine di *polizza* saranno comunque corrisposti in euro.

TABELLA RIEPILOGATIVA DI SCOPERTI, FRANCHIGIE E LIMITI

| GARANZIE BASE | SCOPERTI | FRANCHIGIE | LIMITI DI INDENNIZZO |
|---|----------|------------|---|
| 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 per sinistro |
| Invio di un fisioterapista a domicilio | - | - | Fino a € 300 per sinistro |
| Consegna spesa a domicilio | - | - | Per più di cinque giorni di infortunio e nei primi quindici di convalescenza Fino a € 300 per sinistro per un periodo superiore a cinque giorni di infortunio |
| Collaboratrice familiare | - | - | - |
| Rientro sanitario | - | - | - |
| Rientro con un familiare | - | - | - |
| Anticipo spese mediche (prestazione valida solo all'estero) | - | - | Fino a € 1.000 per sinistro |
| Viaggio di un familiare | - | - | Per periodi di ricovero del familiare superiori a 7 giorni |
| Accompagnamento di minori di quindici anni | - | - | - |
| Rientro salma | - | - | Fino a € 3.000 per sinistro |





SEZIONE C - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI



La Sezione "Infortuni" è sempre operante e richiamata in *polizza*.

COSA È ASSICURATO

ART. 4.1 - 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 4.6 "Esclusioni" 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. 4.2 - GARANZIE OPERANTI



Le seguenti garanzie sono operanti solo se espressamente richiamate in polizza e se è stato pagato il relativo premio.

ART. 4.2.1 - DANNO BIOLOGICO (garanzia obbligatoria ed alternativa alla garanzia "Danno Biologico Grave", valida soltanto se espressamente richiamata in polizza)

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 5.8 "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. 4.2.1.1 - DANNO BIOLOGICO TOTALE

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

ART. 4.2.1.2 - FRANCHIGIA RELATIVA PER DANNO BIOLOGICO

1. Danno biologico inferiore o pari al 3% - applicazione della *franchigia*: **la Compagnia non liquidava alcun indennizzo per danno biologico permanente residuo di grado inferiore o pari al 3%;**
2. Danno biologico superiore al 3%: **la Compagnia liquidava 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. 4.2.1.3 - 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. 4.2.1.4 - SPESE DI CURA (con scoperto e/o franchigia)

La *Compagnia* rimborsa, sino alla concorrenza di un *massimale* pari ad 1/100 della somma assicurata, **con il limite massimo di euro 1.500**, 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 a euro 250**.

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 4.2.1.2: **si applica uno scoperto del 50% con il minimo di euro 100**;
2. per rimborsi conseguenti ad infortuni che non prevedono l'applicazione della *franchigia*, di cui all'articolo 4.2.1.2: **si applica una franchigia di euro 100**;
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 alla somma non corrisposta da detti enti.

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

ART. 4.2.2 - DANNO BIOLOGICO GRAVE (garanzia obbligatoria ed alternativa alla garanzia "Danno Biologico", valida soltanto se espressamente richiamata in polizza)

Per la presente garanzia valgono le norme della garanzia "DANNO BIOLOGICO" (art. 4.2.1) ad eccezione di:

- "Franchigia relativa per danno biologico" (art. 4.2.1.2);
- "Spese di cura" (art. 4.2.1.4);

che non si applicano alla presente garanzia.

ART. 4.2.2.1 - FRANCHIGIA RELATIVA PER DANNO BIOLOGICO GRAVE

1. Danno biologico inferiore o pari al 20% - applicazione della *franchigia*: la *Compagnia* non liquida alcun *indennizzo* per danno biologico permanente residuo di grado inferiore o pari al 20%;
2. Danno biologico superiore al 20%: 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.

ART. 4.2.3 - MORTE

Se l'*infortunio* ha come conseguenza la morte, la *Compagnia* corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'*Assicurato* in parti uguali. **L'*indennizzo* per il caso di morte non è cumulabile con quello 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. 4.2.3.1 - 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 *Compagnia* corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. **Se dopo il pagamento dell'indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Compagnia ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.**

ART. 4.3 - ESTENSIONE DI GARANZIA

ART. 4.3.1 - 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.**

La presente estensione non si applica alla garanzia Danno biologico grave.

COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA

ART. 4.4 - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni. Tuttavia, le persone che raggiungono tale età durante il periodo di *assicurazione*, restano comunque assicurate sino alla successiva scadenza annuale del contratto.

ART. 4.5 - 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 *Compagnia*, qualora al momento della stipulazione del contratto, fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza non terapeutica da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, psicofarmaci, allucinogeni), da sieropositività HIV o da epilessia, non avrebbe proceduto all'emissione del contratto, resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 Codice Civile, senza obbligo della *Compagnia* di corrispondere l'eventuale *indennizzo*.

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

ART. 4.6 - ESCLUSIONI

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 guidoslitta;



- 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 4.1 "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.

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 4.7 - VALIDITA' TERRITORIALE

L'*assicurazione* vale per il mondo intero con l'intesa che eventuali indennizzi liquidabili a termine di *polizza* saranno comunque corrisposti in euro.

ART. 4.8 - CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITA' 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. 4.9 - 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 *Compagnia* non potrà superare euro 2.000.000 per evento. Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano il limite sopra indicato, gli *indennizzi* spettanti a ciascun *Assicurato* saranno ridotti in proporzione.

ART. 4.10 - 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 *Compagnia*.



ART. 4.11 - 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 | B | Carrozzeri di Autoveicoli | C |
| Immobiliari/Teatrali/Marittimi | | | |
| 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 | Corniciai | 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 |



| Classificazione di rischio (professione) | classe di rischio | Classificazione di rischio (professione) | classe di rischio |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Falegnami | C | Fisioterapisti | B |
| Farmacisti | B | Floricoltori | C |
| Fattorini | C | Fotografi in studio | A |
| 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 |
| Giornalai | A | Ottici/Optometrismi | B |
| Giornalisti(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 | Tappezziere | C |
| Marmisti anche su impalcature e ponti | D | Tintori | B |
| Massaggiatori (non Sportivi) | A | Tipografi | C |
| Massaggiatori Sportivi | B | Tornitori | 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. 4.12 - SOMMA ASSICURATA - MASSIMALE

La somma entro la quale la *Compagnia*, 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. 4.13 - CUMULO DI INDENNITA'

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.

TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

| GARANZIE | SCOPERTI | FRANCHIGIE | LIMITI DI INDENNIZZO |
|--|---|--|--|
| 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 biologico 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. | - trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario all'istituto di cura entro il limite del 10% della somma assicurata indicata nella scheda di polizza; - visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali trattamenti fisioterapici entro il limite del 20% della somma assicurata indicata nella scheda di polizza. |
| Spese di cura | Scoperto del 50% con il minimo di euro 100 in caso di danno biologico inferiore o pari al 3%. | In caso di danno biologico superiore al 3%, franchigia di euro 100; 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 applicata alla somma non corrisposta da detti enti. | - Massimale pari ad 1/100 della somma assicurata, con il limite massimo di euro 1.500 . - 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. - Con riferimento alle terapie fisiche, sono escluse le cure termali e similari. Con riferimento alle rette di degenza, l'importo giornaliero massimo è di euro 250 . |



| GARANZIE | SCOPERTI | FRANCHIGIE | LIMITI DI INDENNIZZO |
|--|----------|---|----------------------|
| 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 | - |





COSA FARE IN CASO DI SINISTRO



Di seguito sono riportate per tutte le sezioni delle Condizioni di *Assicurazione*:

- le indicazioni utili per la denuncia di sinistro
- gli obblighi in caso di sinistro
- le norme che regolano la liquidazione dei sinistri

SEZIONE TUTELA LEGALE

CHE OBBLIGHI HO

ART. 5.1 - DENUNCIA DEL SINISTRO E LIBERA SCELTA DEL LEGALE

L'*Assicurato* deve tempestivamente denunciare il caso assicurativo a D.A.S. tramite la *Compagnia*, 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 *Compagnia* 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**. 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 *Compagnia* e con D.A.S.

QUALI NORME REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

ART. 5.2 - INSORGENZA DEL SINISTRO - OPERATIVITA' 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. 5.3 - 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 *Compagnia* trasmette la pratica al legale designato ai sensi dell'articolo 5.1 "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 *Compagnia*, 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 *Compagnia*, non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, che comporti oneri a carico della *Compagnia*. Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza - con conseguente impossibilità per l'*Assicurato* di preventiva richiesta di benessere - 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. 5.4 - 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. 5.5 - DISACCORDO SULLA GESTIONE DEL SINISTRO

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

CHE OBBLIGHI HO

ART. 5.6 - 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, indifferente 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. - Via del Mulino, 4 - 20057 Assago (MI);
- 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 fornirle 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

CHE OBBLIGHI HO

ART. 5.7 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO



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

- a. 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;
- b. darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla *Compagnia* entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile;
- c. 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;
- d. 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;
- e. sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla *Compagnia*, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- f. produrre gli originali di notule, distinte, ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate relativamente la garanzia "spese di cura da *infortunio*";
- g. fornire, in ogni caso, alla *Compagnia* il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).



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

L'accertamento dei postumi 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 *Compagnia* dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità de *sinistro* nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

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

QUALI NORME REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

ART. 5.8 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ PER DANNO BIOLOGICO

La *Compagnia* 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 *Compagnia* non liquiderà alcuna percentuale di danno biologico permanente che risulti superiore al 100% sommando anche le percentuali già liquidate.

ART. 5.9 - CONTROVERSIE - ARBITRATO

In caso di disaccordo tra l'Assicurato e la *Compagnia* (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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.



ART. 5.10 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA 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. 5.8 "Criteri di indennizzabilità per danno biologico" delle Norme che regolano l'*assicurazione* Infortuni e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.

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

ART. 5.11 - ANTICIPO INDENNIZZI 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 *Compagnia* potrà liquidare a titolo di acconto un importo pari al 50% del presumibile ammontare dell'*indennizzo* con il massimo di € 30.000.

Condizione essenziale è che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla data di presentazione della denuncia e che la percentuale di danno biologico stimata dalla *Compagnia* 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 *Compagnia* 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. 5.12 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER DANNO BIOLOGICO IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO

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

- l'importo già concordato
oppure, in mancanza

- l'importo offerto
oppure, se non vi è stata ancora l'offerta

- l'importo oggettivamente determinabile dalla *Compagnia* con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente articolo 5.7 - Obblighi dell'*Assicurato* in caso di *sinistro* – Denuncia del *sinistro*, **fornendo, in ogni caso, alla *Compagnia* il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti** (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), **corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.**

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

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

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

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

ART. 5.13 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI INDENNIZZO IN CASO DI SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

Fermo quanto previsto dall'art. 4.2.1.4 "Spese di cura da *infortunio*", il rimborso delle spese mediche sostenute dall'*Assicurato* viene effettuato con le modalità previste dal precedente art. 5.7 "Obblighi dell'*Assicurato* in caso di *sinistro* - Denuncia del *sinistro*"



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

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

La *Compagnia* si impegna a comunicare all'*Assicurato* l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

ART. 5.14 - MODALITA' DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO PER TUTTE LE GARANZIE INFORTUNI

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



NORME DI LEGGE RICHIAMATE NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CODICE CIVILE

| NUMERO E TESTO DEGLI ARTICOLI RICHIAMATI: | DOVE: |
|---|--|
| <p>Art. 60 Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:</p> <p>1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;</p> <p>2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;</p> <p>3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.</p> | <p>• NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI</p> |
| <p>Art. 1892 Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.</p> | <p>• NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE</p> |



| NUMERO E TESTO DEGLI ARTICOLI RICHIAMATI: | DOVE: |
|---|--|
| <p>Art. 1897 Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.</p> | <p>• NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE</p> |
| <p>Art. 1898 Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato [1892, 1926]. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.</p> | <p>• TUTTE LE SEZIONI</p> |
| <p>Art. 1901 Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.</p> | <p>• NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE</p> |
| <p>Art. 1915 L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.</p> | <p>• COSA FARE IN CASO DI SINISTRO</p> |
| <p>Art. 1916 L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.</p> | <p>• NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE</p> |



| NUMERO E TESTO DEGLI ARTICOLI RICHIAMATI: | DOVE: |
|--|--|
| <p>Art. 2952 Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.</p> | <p>• NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE</p> |





CONTATTI UTILI

Per informazioni e comunicazioni in merito alla *polizza* l'*Assicurato* può contattare:

- **L'INTERMEDIARIO** a cui è assegnata la *polizza*
- **HELVETIA** (Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.)
Via G. B. Cassinis, 21 - 20139 Milano
Telefono: +39 0253511
E-mail: infoclienti@helvetiaitalia.it
E-mail PEC: helvetiaitalia@pec.helvetia.it

Per la denuncia di un *sinistro* riferito alla Sezione Tutela legale, l'*Assicurato* può contrattare:

- **L'INTERMEDIARIO** a cui è assegnata la *polizza*
- **D.A.S. - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.**
- Telefono: 045 8378901
- fax al numero: + 39 045 8351023
- **Servizio ConsulDAS** – Numero verde 800 341143 dal:
 - lunedì al giovedì, dalle ore 8.00 alle ore 17.00;
 - il venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 13.00;

Per la richiesta di fornitura di una *prestazione* riferita alla Sezione Assistenza, l'*Assicurato* deve contattare:

- **STRUTTURA ORGANIZZATIVA di EUROP ASSISTANCE** (Europ Assistance Italia S.p.A.)
telefonando dall'Italia: numero verde 800 361370
telefonando dall'estero: numero di Milano + 39 0258286892



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

Inscr. Albo Imprese di Ass. n. 1.00062

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