

Viaggio Sicuro

Assicurazione Infortuni del conducente

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 DEL CONDUCENTE

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: **Viaggio Sicuro**

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza Viaggio Sicuro ti offre una copertura in caso di infortuni per il conducente del veicolo indicato in polizza (Autovettura/Auto-carro/Ciclomotore/Motociclo), a seguito di incidente da circolazione.

Le garanzie sono operanti anche, esclusivamente in caso di incidente stradale e/o guasto avvenuto durante la circolazione, per gli infortuni subiti dal conducente del veicolo, in fase di salita e discesa dal veicolo, durante le operazioni di carico e scarico bagagli, in occasione di controlli o riparazioni di guasti durante il viaggio.



Che cosa è assicurato?

✓ Coperture prestate dall'assicurazione infortuni:

● **Morte per infortunio.**

La Compagnia corrisponde, in caso di decesso dell'assicurato, la somma assicurata indicata in polizza agli eredi designati. L'indennizzo per morte non è cumulabile a quello per invalidità permanente.

● **Invalidità permanente da infortunio.**

La Compagnia corrisponde un indennizzo in caso di invalidità permanente da infortunio totale o parziale. L'indennizzo è dovuto anche se l'invalidità si verifica dopo la scadenza della polizza e comunque entro due anni dal giorno dell'infortunio denunciato.

● **Rimborso Spese Mediche**

La Compagnia rimborsa - sino a concorrenza della somma assicurata - le spese documentate sostenute durante il periodo in cui l'assicurato era infortunato (ad esempio spese per i medicinali, per i trattamenti fisioterapici o rieducativi).

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



Che cosa non è assicurato?

✗ **Assicurazione Infortuni:** non sono assicurabili le persone che, alla stipula del contratto, sono affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool - stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV.



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi gli infortuni:

- ! avvenuti quando il conducente si trova in stato di ebbrezza o derivanti da uso di stupefacenti, uso e abuso di psicofarmaci;
- ! derivanti e/o causati da malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- ! derivanti dalla partecipazione a corse o gare di velocità e relative prove, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- ! causati da ernie o conseguenze di sforzi in genere, infarti;
- ! derivanti da guerra dichiarata o non, guerra civile;
- ! derivanti da insurrezioni, tumulti popolari;
- ! derivanti da proprie provocazioni od azioni delittuose;
- ! derivanti da calamità naturali
- ! provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando utilizzate in caso di guerra o insurrezioni.



Dove vale la copertura?

✓ L'assicurazione Infortuni vale per il Mondo intero.



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 per iscritto alla Compagnia 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) e comprende le imposte previste dalla normativa vigente.

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 dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, se hai pagato il premio, 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 dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.



Come posso disdire la polizza?

Dal momento che la polizza ha soltanto durata annuale (più eventuale rateo iniziale) senza tacito rinnovo, qualora a scadenza non desideri proseguire nella copertura assicurativa non sei tenuto a comunicare nulla alla Compagnia.

Il recesso è 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 del Conducente

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni

(DIP Aggiuntivo Danni)

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

helvetia 
La tua Assicurazione svizzera

Viaggio Sicuro

Data ultimo aggiornamento: 1 Aprile 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

Come indicato nel DIP, le garanzie offerte in caso di infortuni sono **Morte**, **Invalidità permanente** e **Rimborso spese mediche**.

Tali garanzie non sono acquistabili singolarmente, in quanto raggruppate in due combinazioni standard: **Combinazione 1** e **Combinazione 2**, che hanno massimali diversi l'una dall'altra.

Per ciascuna combinazione sono previste tre diverse opzioni: **A-Autovettura**, **B-Autocarro**, **C-Ciclomotore/Motociclo**.

Sono compresi gli infortuni:

- conseguenti a malore o stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, da uso non terapeutico di psicofarmaci oppure da uso di sostanze stupefacenti o di allucinogeni;
- causati da colpa grave del Conducente.

Solo in caso di incidente stradale o guasto avvenuto durante la circolazione, l'assicurazione è estesa anche agli infortuni occorsi al Conducente:

- in fase di salita e discesa dal veicolo indicato in polizza;
- durante le operazioni di carico e scarico bagagli;
- in occasione di controlli o riparazioni di guasti durante il viaggio.

La garanzia è operativa anche in caso di **Morte presunta** (art. 21, pagina 4).

Oltre a quanto indicato nel DIP, la garanzia **Spese di cura** (Rimborso spese mediche) rimborsa le spese sostenute per:

- onorari dei medici chirurghi;
- accertamenti diagnostici;
- terapie fisiche, spese farmaceutiche e relativi tickets;
- trasporto in ospedale o clinica con autoambulanza;
- retta di degenza.



Che cosa NON è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP, l'assicurazione non è operante:

- per gli infortuni subiti da tutte le persone trasportate diverse dal Conducente;
- se il Conducente non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;
- se il trasporto non è effettuato in conformità alle disposizioni vigenti e alle indicazioni della carta di circolazione;
- per le persone che usano il veicolo arbitrariamente, o contro la volontà di chi ne dispone legittimamente.

Con riferimento alla garanzia **Spese di cura** (Rimborso spese mediche), sono escluse:

- le spese relative a cure termali e similari
- le spese per le cure odontoiatriche, delle parodontopatie e delle protesi dentarie quando non siano rese necessarie da infortunio.



Ci sono limiti di copertura?

L'assicurazione è ridotta se al momento dell'infortunio si trova nel veicolo un numero di persone (compreso il Conducente) superiore a quello dei posti autorizzati secondo la carta di circolazione. In tal caso la riduzione delle prestazioni assicurative avverrà secondo la proporzione esistente tra il numero dei posti autorizzati e il numero delle persone effettivamente trasportate.

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

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

Sezione Infortuni

Garanzia	Limiti di indennizzo/Franchigia
Invalidità permanente	Solo opzioni B-Autocarro e C-Ciclomotore/Motociclo : franchigia assoluta 3%
Spese di cura - Retta di degenza	massimo € 100 al giorno



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a una clientela costituita da persone in possesso di Patente di guida per la conduzione di Autovettura/Autocarro/Ciclomotore/Motociclo e offre una copertura per gli infortuni a seguito di incidente stradale e/o guasto avvenuto durante la circolazione, per gli infortuni subiti dal conducente del veicolo in fase di salita e discesa dal veicolo, durante le operazioni di carico e scarico bagagli, in occasione di controlli o riparazioni di guasti durante il viaggio.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte di provvigioni corrisposta in media agli Intermediari ammonta al 24,63%.

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 . Competono alla Società anche i reclami che riguardano i soggetti coinvolti nel ciclo operativo della Società stessa, compresi gli Agenti e relativi dipendenti o collaboratori. La Società invia la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo, prorogati fino ad un massimo di 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi dipendenti o collaboratori).
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
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.

<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<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. <p>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.</p>
---	---

REGIME FISCALE

<p>Trattamento fiscale applicabile al contratto</p>	<p>Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Questo contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni in vigore in Italia. Sono detraibili i premi delle garanzie morte e invalidità permanente.</p>
--	--

Cos'è il diritto all'oblio oncologico?

<p>Diritto all'oblio oncologico</p>	<p>Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.helvetia.com/it/web/it/oblio-oncologico.html</p>
<p>Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico</p>	<p>Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.</p>
<p>Effetti dell'oblio oncologico per le imprese</p>	<p>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</p>

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

Viaggio Sicuro

Assicurazione infortuni del conducente

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Mod. VS004 - 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 **Viaggio Sicuro**, la polizza che tutela le persone fisiche, dagli **infortuni** subiti in qualità di conducente del veicolo indicato in polizza.

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 CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	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 - DIMINUIZIONE DEL RISCHIO	8
ART. 1.7 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO	9
ART. 1.8 - DURATA DEL CONTRATTO E RINNOVO DELLA COPERTURA	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 - RINUNCIA DELLA COMPAGNIA ALL'AZIONE DI RIVALSA	9
ART. 1.13 - TERMINE DI PRESCRIZIONE	9
ART. 1.14 - MISURE RESTRITTIVE (INOPERATIVITÀ A SEGUITO DI SANZIONI - SANCTIONS LIMITATIONS EXCLUSION CLAUSE).....	10
ART. 1.15 - DIRITTO DI RIPENSAMENTO (SOLO PER LE POLIZZE COLLOCATE TRAMITE <i>VENDITA A Distanza</i>).....	10
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE VIAGGIO SICURO	11
COSA È ASSICURATO	11
ART. 2.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	11
ART. 2.2 - MORTE DA INFORTUNIO	11
ART. 2.3 - ESTENSIONI DI GARANZIE SEMPRE OPERANTI PER MORTE DA INFORTUNIO	12
ART. 2.4 - INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	12
ART. 2.5 - FRANCHIGIA ASSOLUTA INVALIDITA' PERMANENTE.....	12
ART. 2.6 - SPESE DI CURA DA INFORTUNIO.....	12
COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA	13
ART. 2.7 - PERSONE NON ASSICURABILI.....	13
ART. 2.8 - ESCLUSIONI	13
ART. 2.9 - ALIENAZIONE DEL VEICOLO ASSICURATO	13
CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ.....	14
ART. 2.10 - VALIDITA' TERRITORIALE	14
TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI.....	14
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	15
CHE OBBLIGHI HO	15
ART. 3.1 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO	15
ART. 3.2 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO E INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE	16
ART. 3.3 - ANTICIPO INDENNIZZI PER IL CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE.....	16
ART. 3.4 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO.....	16
ART. 3.5 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI INDENNIZZO IN CASO DI SPESE DI CURA ...	17
QUALI NORME REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI.....	17
ART. 3.6 - CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITA'.....	17



ART. 3.7 - MODALITA' DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	18
ART. 3.8 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE.....	18
ALLEGATO "A" - TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE (EX TABELLA INAIL, ALL. N.1 DPR 30 GIUGNO 1965 N.1124).....	19
NORME DI LEGGE RICHIAMATE NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	21
CONTATTI UTILI	24



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.**

Conducente: colui che è preposto alla guida del veicolo durante la circolazione.

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



I

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

Infortunio: l'evento connesso con la circolazione del veicolo dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Invalidità permanente: perdita definitiva della capacità dell'*Assicurato* allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione, che può verificarsi in misura totale o parziale.

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*.

R

Recesso: scioglimento del vincolo contrattuale dovuto all'iniziativa di una sola delle *parti*.

S

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.

Ubbriachezza: la condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcol risulti essere pari o superiore al limite di 1,5 grammi per litro.

V

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





NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE



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

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:

- quando è titolare di altra *assicurazione* quale intestatario di carte di credito e/o di conti correnti bancari;
- quando è coperto da altre assicurazioni sottoscritte dal datore di lavoro in adempimento a quanto previsto da 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 un anno 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 trentesimo 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'indirizzio;
- 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* ha efficacia alla di scadenza dell'*annualità* in corso, oppure, qualora venga comunicato con un preavviso inferiore a 60 giorni rispetto a tale data, dalla data di scadenza *annua* successiva.

Tuttavia, come condizione di maggior favore, il *recesso* esercitato dal *Contraente*, può avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tal caso la *Compagnia* rimborsa al *Contraente*, entro 30 giorni dalla cessazione dell'*assicurazione*, la parte di *premio*, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'*assicurazione* ed il termine del *periodo di assicurazione* per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.

ART. 1.8 - DURATA DEL CONTRATTO E RINNOVO DELLA COPERTURA

Il contratto ha durata annuale, più eventuale frazione di anno (che costituisce il periodo iniziale).

Il contratto non prevede il tacito rinnovo; esso cessa pertanto automaticamente alla sua naturale scadenza, senza alcun obbligo di disdetta da ambo le Parti.

La *Compagnia* continuerà in ogni caso a prestare la copertura assicurativa in corso fino al 15° (quindicesimo) giorno successivo alla scadenza contrattuale.

Fermo quanto sopra, al *Contraente* è riservata la facoltà, entro un mese dalla scadenza originaria o rinnovata del contratto, di prorogare l'*Assicurazione* – alle medesime condizioni di *premio* e di contratto già in corso - per un ulteriore anno mediante il pagamento del *premio*, e così successivamente.

Il contratto s'intende rinnovato per un anno a far data dalla scadenza (originaria o rinnovata) dell'*annualità* assicurativa immediatamente precedente.

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 - 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. 1.13 - 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. 1.14 - 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. 1.15 - 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. 1.4 - 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.





NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE VIAGGIO SICURO

COSA È ASSICURATO

ART. 2.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione opera, nei limiti previsti dalla combinazione prescelta e risultante nel frontespizio di *polizza*, per gli infortuni subiti dal *Conducente* del veicolo indicato, in conseguenza di un incidente di circolazione occorso al veicolo medesimo.

Sono compresi gli infortuni:

- conseguenti a malore o stato di incoscienza, sempreché non determinati da abuso di alcolici o da uso non terapeutico di psicofarmaci oppure da uso di sostanze stupefacenti o di allucinogeni;
- causati da colpa grave del *Conducente*.

Esclusivamente in caso di incidente stradale e/o guasto avvenuto durante la circolazione, l'assicurazione è estesa anche agli infortuni occorsi al *Conducente*:

- in fase di salita e discesa dal veicolo indicato nella scheda di *polizza*;
- durante le operazioni di carico e scarico bagagli;
- in occasione di controlli o riparazioni di guasti durante il viaggio

GARANZIE SEMPRE OPERANTI

ART. 2.2 - MORTE DA INFORTUNIO

Se l'*infortunio* ha come conseguenza la morte, la *Compagnia* corrisponde la somma assicurata ai *beneficiari* designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi dell'*Assicurato* in parti uguali o, in caso di successione testamentaria, in base alle quote attribuite agli eredi nel testamento.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente da infortunio.

Pertanto, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Compagnia corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente. L'indennizzo ai beneficiari è dovuto anche se la morte dell'*Assicurato* avviene successivamente alla scadenza della *polizza* e comunque entro 2 anni dal giorno dell'*infortunio*, purché l'*infortunio* da cui è conseguita la morte sia avvenuto durante la validità del contratto.



ART. 2.3 - ESTENSIONI DI GARANZIE SEMPRE OPERANTI PER MORTE DA INFORTUNIO

Morte presunta

Quando l'*Assicurato* è scomparso a seguito di *infortunio* indennizzabile ai sensi di *polizza*, l'Autorità Giudiziaria ne ha dichiarato la morte presunta e di tale evento è stata fatta registrazione negli atti dello stato civile (ai sensi dell'Art. 60, comma 3) e dell'art. 62 del Codice Civile o dell'Art. 211 del Codice della Navigazione), la *Compagnia* liquiderà ai *beneficiari* la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'*indennizzo* è provata l'esistenza in vita dell'*Assicurato* o che l'*Assicurato* non era morto a seguito di *infortunio* indennizzabile, la *Compagnia* ha diritto di agire nei confronti sia dei *beneficiari* sia dell'*Assicurato* stesso per la restituzione della somma corrisposta.

L'*Assicurato* può fare valere i propri diritti per le lesioni eventualmente subite se indennizzabili ai sensi di *polizza* soltanto dopo che i *beneficiari* abbiano restituito la somma che gli era stata liquidata.

ART. 2.4 - INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO



Cos'è l'invalidità permanente?

È la perdita completa o parziale della capacità di lavorare, qualsiasi sia la professione esercitata al momento dell'*infortunio*. È una forma grave di danno fisico causata da *infortunio*. Perché un danno si possa considerare permanente deve essere irrimediabile (non più suscettibile di miglioramento) e condizionare per sempre la vita dell'*assicurato*.

Quando da un *infortunio* deriva una *invalidità permanente*, la *Compagnia* liquida un *indennizzo* calcolato sulla somma assicurata, determinato in proporzione al grado di *invalidità* accertato secondo i criteri e le percentuali indicate nell'Allegato A (ex tabella INAIL all. n.1 dpr 30 giugno 1965 n.1124). L'*indennizzo* viene effettuato al netto della *franchigia* indicata nella scheda di *polizza*, in base quanto previsto nel successivo art. 2.5 "Franchigia Assoluta Invalidità Permanente".

L'*indennizzo* per *invalidità permanente* viene liquidato anche dopo la scadenza della *polizza*, purché l'*infortunio* sia avvenuto nel periodo di validità della *polizza* e l'*invalidità permanente* sia la conseguenza diretta dell'*infortunio* stesso e si sia verificata entro 2 anni dal giorno dell'*infortunio*.

ART. 2.5 - FRANCHIGIA ASSOLUTA INVALIDITA' PERMANENTE

Limitatamente alle opzioni B-Autocarro e C-Ciclomotore/Motociclo, non è dovuto alcun *indennizzo* fino al 3% dell'*invalidità permanente* totale. In caso di *invalidità permanente* superiore a tale percentuale, l'*indennizzo* è liquidato solo per la parte eccedente.



Per facilitare la comprensione dell'applicazione della *franchigia*, riportiamo di seguito un esempio.

Somma assicurata: 100.000 euro

Operante *franchigia* assoluta 3%

Invalidità permanente da *infortunio* accertata: 15%

$(100.000 \times (15\% - 3\% \text{ di } \textit{franchigia})) = 12 / 100 = 12.000 \text{ euro}$

La *compagnia* liquida la percentuale di *invalidità permanente* accertata, con applicazione della *franchigia* del 3%, per un importo di 12.000 euro.

ART. 2.6 - SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

La *Compagnia* rimborsa **sino alla concorrenza della somma assicurata indicata nella scheda di *polizza***, le spese rese necessarie da un evento indennizzabile come *infortunio* e sostenute per:



- a) onorari dei medici chirurghi;
- b) accertamenti diagnostici;
- c) terapie fisiche (**escluse cure termali e similari**), spese farmaceutiche e relativi tickets;
- d) trasporto in ospedale o clinica con autoambulanza;
- e) retta di degenza, **per un importo giornaliero non superiore ad € 100.**

Restano comunque escluse dal rimborso le spese per le cure odontoiatriche, delle paraodontopatie e delle protesi dentarie quando non siano rese necessarie da infortunio.

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 un anno dalla data del sinistro.

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

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

ART. 2.7 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili:

- a. le persone affette da alcolismo e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), epilessia, sieropositività da H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sindromi organiche-cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi, Morbo di Parkinson, tutte le demenze e Alzheimer, malattie demielinizzanti (a scopo esemplificativo SLA, sclerosi multipla e simili), esiti di poliomielite;
- b. le persone residenti all'estero comprese le persone residenti nella Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

ART. 2.8 - ESCLUSIONI

Sono esclusi tutti gli infortuni derivanti da:

- a. avvenuti quando il *Conducente* si trova in stato di *ubriachezza* o sotto l'effetto di stupefacenti ed allucinogeni;
- b. derivanti dalla partecipazione a corse o gare e relative prove;
- c. derivanti da guerre, insurrezioni, tumulti popolari, calamità naturali, nonché da proprie provocazioni o azioni delittuose;
- d. derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

L'assicurazione non è operante:

- e. per gli *infortuni* subiti da tutte le persone trasportate diverse dal *Conducente*;
- f. se il *Conducente* non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;
- g. se il trasporto non è effettuato in conformità alle disposizioni vigenti e alle indicazioni della carta di circolazione;
- h. per le persone che usano il veicolo arbitrariamente, o contro la volontà di chi ne dispone legittimamente.

L'Assicurazione è ridotta:

- i. se al momento dell'*infortunio* si trova nel veicolo un numero di persone (compreso il *Conducente*) superiore a quello dei posti autorizzati secondo la carta di circolazione. In tal caso la riduzione delle prestazioni assicurative avverrà secondo la proporzione esistente tra il numero dei posti autorizzati e il numero delle persone effettivamente trasportate.

ART. 2.9 - ALIENAZIONE DEL VEICOLO ASSICURATO

1. Venduto e sostituito



La *polizza* continua per il nuovo veicolo, la sostituzione deve essere comunicata immediatamente e la *polizza* sarà adattata alle eventuali modificazioni. Fermo quanto previsto all'art. 1.5 "Aggravamento del rischio" se il *Contraente* omette tale comunicazione la *polizza* sarà considerata valida per la nuova vettura solo nel caso in cui il *Contraente* stesso possa dimostrare, mediante la continuità della assicurazione R.C.A. presso la presente *Compagnia*, che la mancata comunicazione è dovuta a dimenticanza o disguido.

2. Venduto e temporaneamente non sostituito

La *polizza*, a richiesta del *Contraente*, sarà sospesa per un periodo massimo di 180 giorni. Trascorso tale periodo la *polizza* cesserà con le modalità previste al punto seguente.

3. Venduto o demolito e non sostituito

La *polizza* cessa. In caso di cessazione dell'*assicurazione* in corso, la *Compagnia* rimborsa all'*Assicurato* entro 30 giorni dalla cessazione stessa, la parte di *premio*, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di *assicurazione* per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 2.10 - VALIDITA' TERRITORIALE

L'*assicurazione* vale per il mondo intero.

TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
Morte da infortunio	non previsto	non previsto	somma assicurata indicata in polizza
Invalità permanente da infortunio	non previsto	Franchigia Assoluta 3% Non è liquidato alcun indennizzo per l'invalidità permanente fino al 3%. In caso di invalidità permanente superiore a tale percentuale l'indennizzo è liquidato solo per la parte eccedente.	somma assicurata indicata in polizza
Spese di cura da infortunio	non previsto	non previsto	- 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.





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.

CHE OBBLIGHI HO

ART. 3.1 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO



In caso di *sinistro* l'*Assicurato* o i suoi aventi diritto, **entro 3 giorni dal verificarsi del *sinistro* ovvero dal giorno in cui siano stati obiettivamente in grado di farlo, devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla *Compagnia*.**

Il *sinistro* può essere denunciato anche accedendo all'area internet riservata MyHelvetia, selezionando in sequenza la *polizza* a cui si riferisce la denuncia e utilizzando quindi la funzione dedicata.

L'*Assicurato* o i suoi aventi diritto per ottenere l'*indennizzo* o il rimborso delle spese sostenute devono:

- fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche e seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità di riprendere il lavoro [► Art. 1914 Codice Civile];
- corredare la denuncia del sinistro con certificato medico; la denuncia deve inoltre contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento;
- documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici;
- 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;
- produrre gli originali di notule, distinte, ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate relativamente la garanzia "Spese di cura";
- 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).in caso di assicurazione presso diversi Assicuratori, darne avviso a ciascuno di essi [► art. 1910 Codice Civile].





L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari o aventi diritto devono acconsentire 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 la **Compagnia** ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.



In caso di morte da **infortunio** dell'Assicurato, il beneficiario identificato o, in mancanza di designazione, gli eredi legittimi 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, se necessario;
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio da cui risulti l'eventuale esistenza di testamenti e l'identificazione degli eredi;
- nel caso in cui ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i beneficiari, 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.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione richiesta sono a carico dell'Assicurato.



L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**indennizzo** [► Art. 1915 del Codice Civile].

ART. 3.2 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO E INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Il grado di **invalidità permanente** è valutato con le modalità previste dall'art. 3.6 "Criteri di indennizzabilità" della presente Sezione 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. 3.3 - ANTICIPO INDENNIZZI PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

In caso di **infortunio** indennizzabile a termini di **polizza**, su richiesta dell'Assicurato e previa presentazione di idonea documentazione medico legale, la **Compagnia** liquida a titolo di acconto un importo pari al 50% del presumibile ammontare dell'**indennizzo** con il massimo di euro 30.000.

Condizione essenziale per l'operatività di questa garanzia è che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla data di presentazione della denuncia e che la percentuale di invalidità permanente stimata dalla Compagnia sia superiore al 25%.

L'acconto è erogato a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del **sinistro** e 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. 3.4 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO

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

Tuttavia, se l'Assicurato decede, per cause indipendenti dall'**infortunio** denunciato, prima che l'**indennizzo** sia stato pagato, la **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 3.1 - **Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro.**

Alla *Compagnia* deve essere fornito in ogni caso 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, alla *Compagnia* devono essere forniti, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio da cui risulti l'eventuale esistenza di un testamento 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 autorizza la liquidazione ed esonera 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 per qualsiasi indagine e su formale richiesta della *Compagnia*, gli eredi o aventi causa devono autorizzare l'autopsia dell'Assicurato, con l'assistenza di un medico scelto dalla *Compagnia* e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa; a tal fine gli eredi o aventi causa devono 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 e dallo svolgimento delle indagini di cui al presente articolo.

ART. 3.5 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITA' DI INDENNIZZO IN CASO DI SPESE DI CURA

Fermo quanto previsto all'art. 2.6 - Spese di cura da *infortunio*, il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato viene effettuato con le modalità previste dal precedente art. 3.1 - **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.

QUALI NORME REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

ART. 3.6 - CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITA'

La *Compagnia* corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili 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 integra e sana.

Il grado di *invalidità permanente* è accertato secondo le percentuali indicate nella "Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di *invalidità permanente*" (Allegato A) e secondo i seguenti criteri:

- a) in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di *invalidità permanente* sono diminuite tenendo conto di quelle preesistenti;
- b) nei casi di menomazioni uditive o visive le percentuali di *invalidità* tengono conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi;



- c) quando l'*Assicurato* è mancino le percentuali previste per l'arto superiore destro si applicano all'arto superiore sinistro e viceversa;
- d) la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di **minorazione anziché di perdita totale, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità persa;**
- e) **in caso di menomazioni di più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non può superare il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso;**
- f) **in caso di perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o arti, la somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione non può superare il valore massimo del 100%;**
- g) **nei casi di *Invalidità permanente* non specificati** nella "Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di invalidità permanente" (Allegato A), **l'indennizzo è stabilito** in riferimento ai valori previsti dalla tabella stessa e ai criteri sopra indicati, **tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa**, indipendentemente dalla specifica Attività professionale esercitata dall'*Assicurato*.

ART. 3.7 - MODALITA' DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

La *Compagnia*, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione del *sinistro* e compiuti gli accertamenti del caso, corrisponde l'*indennizzo* o comunica all'*Assicurato* i motivi del rifiuto del pagamento del *sinistro*.

La *Compagnia* dispone 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 fatta in Italia.

ART. 3.8 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le eventuali controversie di natura medica sulla indennizzabilità del *sinistro*, sul grado di *Invalidità permanente*, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, possono essere demandate per iscritto dalle *Parti*, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, più vicino al luogo di residenza dell'*Assicurato* che sia sede di Istituto di medicina legale. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e paga il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

È data facoltà al collegio medico, quando ne riscontri l'opportunità, di rinviare l'accertamento definitivo dell'*invalidità permanente* ad epoca da definirsi dal Collegio stesso; in questo caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'*indennizzo*.

Le decisioni del Collegio 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

In alternativa, l'*Assicurato* può comunque decidere di gestire la controversia facendo ricorso all'azione giudiziaria, dopo aver esperito il procedimento di mediazione che, per le controversie in materia di assicurazioni, deve necessariamente precedere l'azione giudiziaria.



ALLEGATO "A" - Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente (ex tabella INAIL, all. n.1 DPR 30 giugno 1965 n.1124)

Per la perdita totale, anatomica o funzionale:

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambi le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30	
Di un rene con integrità del rene superstite		25	
Della milza senza alterazioni della crasi ematica		15	
Di un testicolo (non si corrisponde indennità)		0	
Dell'integrità della clavicola (esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione funzionale dei movimenti del braccio).		5	
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) in arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola.	50		40
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola.	40		30
Di un braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85		75
b) per amputazione al terzo superiore	80		70
Di un braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Di un avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Di tutte le dita della mano	65		55
Del pollice e del primo metacarpo	35		30
Del pollice	28		23
Dell'indice	15		13
Del medio		12	
Dell'anulare		8	
Del mignolo		12	
Della falange ungueale del pollice	15		12
Della falange ungueale dell'indice	7		6
Della falange ungueale del medio		5	
Della falange ungueale dell'anulare		3	
Della falange ungueale del mignolo		5	
Delle due ultime falangi dell'indice	11		9
Delle due ultime falangi del medio		8	
Delle due ultime falangi dell'anulare		6	
Delle due ultime falangi del mignolo		8	
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) con angolazione tra 110° - 75°:			
a) in semipronazione	30		25
b) in pronazione	35		30
c) in supinazione	45		40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25		20
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in flessione massima o quasi	55		50
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in estensione completa o quasi:			
a) in semipronazione	40		25
b) in pronazione	45		40
c) in supinazione	55		50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35		30
Della funzionalità dell'articolazione radio-carpica (anchilosi completa) in estensione rettilinea	18		15
se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a) in semipronazione	22		18
b) in pronazione	25		22
c) in supinazione	35		30
Della funzionalità della articolazione coxo-femorale (anchilosi completa) con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di apparecchio di protesi		80	
Di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30	
Dell'alluce e corrispondente metatarso		16	



DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Del solo alluce		7	
Di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni dito perduto è valutato il		3	
Della funzionalità dell'articolazione del ginocchio (anchilosi completa rettilinea)		35	
Della funzionalità della articolazione tibio-tarsica (anchilosi completa ad angolo retto)		20	
Di lunghezza (semplice accorciamento) di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	

NOTE:

In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto *sinistro* e quelle del *sinistro* al destro.

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva			
Visus Perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

NOTE:

- 1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- 2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- 3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
- 4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata in 16% se si tratta di *infortunio* agricolo.
- 5) In caso di afachia monolaterale:

Percentuali

- con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%
- con visus corretto di 7/10 18%
- con visus corretto di 6/10 21%
- con visus corretto di 5/10 24%
- con visus corretto di 4/10 28%
- con visus corretto di 3/10 32%
- con visus corretto inferiore a 3/10 35%

- 6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di *invalidità* previste per il lato destro varranno per il lato *sinistro* e viceversa.



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 VIAGGIO SICURO</p>
<p>Art. 62 La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte. Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50. Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.</p>	<p>• NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE VIAGGIO SICURO</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>	<ul style="list-style-type: none"> • NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE
<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>	<ul style="list-style-type: none"> • NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE
<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>	<ul style="list-style-type: none"> • NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE
<p>Art. 1910 Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE • COSA FARE IN CASO DI SINISTRO



NUMERO E TESTO DEGLI ARTICOLI RICHIAMATI:	DOVE:
<p>Art. 1914 L'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno. Le spese fatte a questo scopo dall'assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente. L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente. L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti. L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.</p>	<p>• COSA FARE IN CASO DI SINISTRO</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 COMUNI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE</p>
<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

