

# Helvetia Protezione Persona - Modulo Infortuni Full - Assicurazione Infortuni e Malattia

IL PRESENTE DOCUMENTO CONTIENE

Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni)

Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni)

Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei Termini

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.**, Italia – Iscritta al Reg. Imprese Ass. n. 1.00062

Prodotto: **Helvetia Protezione Persona – Modulo Infortuni Full**

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

**Che tipo di assicurazione è?**

La polizza "Helvetia Protezione Persona - Modulo Infortuni Full" è la soluzione assicurativa che tutela la persona fisica dagli infortuni avvenuti nello svolgimento dell'attività professionale e/o durante le attività extra-professionali. Completano la copertura le prestazioni di assistenza alla persona, nonché la possibilità di acquistare una garanzia opzionabile volta a tutelare la persona da malattie che comportino un'invalidità permanente.

**Puoi acquistare questo prodotto soltanto se sei titolare di un conto corrente presso l'intermediario.**



**Che cosa è assicurato?**

**SEZIONE INFORTUNI**

✓ **Morte da infortunio:** in caso di decesso dell'assicurato causato da infortunio indennizzabile a termini di polizza, viene liquidata la somma assicurata ai beneficiari indicati nel modulo di polizza.

**Estensioni di garanzia sempre operanti:**

- **Morte presunta:** nel caso in cui non venga ritrovato il corpo dell'Assicurato e si presuma sia avvenuto il decesso (necessaria presentazione della domanda per dichiarazione morte presunta) viene liquidata la somma assicurata per morte.

- **Coma irreversibile:** in caso di coma dichiarato irreversibile dall'autorità medica competente, e conseguente a infortunio indennizzabile a termini di polizza, viene liquidata la somma assicurata per morte.

- **Comorienza genitori:** in caso di morte di entrambi i genitori, purché i beneficiari siano figli minorenni e/o portatori di invalidità permanente di grado non inferiore al 66% della totale, viene liquidato l'indennizzo assicurato per morte aumentato del 50%.

✓ **Invalidità permanente da infortunio:** in caso di invalidità permanente causata da infortunio indennizzabile a termini di polizza, è riconosciuto all'assicurato un indennizzo proporzionale al grado di invalidità accertata, con criteri di liquidazione coerenti con la franchigia operante.

✓ **Danni estetici:** rimborso spese per interventi chirurgici, cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico derivante da infortunio.

**Personalizzazioni del rischio:** puoi scegliere di includere una o più garanzie aggiuntive, tra le seguenti:

• **Inabilità temporanea da infortunio:** indennità giornaliera per ogni giorno di inabilità temporanea al lavoro, purché derivante da infortunio indennizzabile a termini di polizza.

• **Rimborso spese mediche da infortunio:** rimborso delle spese mediche per onorari del personale che effettua l'intervento chirurgico, rette di degenza in strutture pubbliche o private, medicinali, trasferimenti sanitari all'istituto di cura, trattamenti fisioterapici, cure odontoiatriche, visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici; purché dette spese derivino da un infortunio indennizzabile a termini di polizza.

• **Diaria da ricovero per infortunio:** indennità giornaliera per ogni giorno di degenza a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza.

• **Indennità per frattura:** indennità forfettaria corrisposta in caso di una o più fratture osee conseguenti ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, purché clinicamente riscontrate mediante indagine strumentale.

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate indicate nel modulo di polizza e dei sottolimiti indicati nelle condizioni di assicurazione.



**Che cosa non è assicurato?**

**Non è assicurabile:**

✗ l'agente di polizia (di ogni ordine e grado) e il personale amministrativo di polizia, l'agente di polizia locale e il personale amministrativo di polizia locale, il carabiniere e il personale amministrativo dell'Arma dei Carabinieri, l'agente della guardia di finanza e il personale amministrativo, il militare e il personale amministrativo dei corpi armati dello Stato, l'investigatore privato e la guardia giurata, il sub professionista, il palombaro, il sommozzatore, il minatore o chi svolge lavori in miniera, lo speleologo, guida alpina, istruttore di alpinismo, il personale ed equipaggio aereo o marittimo, l'atleta o lo sportivo professionista (chi pratica sport a livello professionistico), lo stuntman, la controfigura, il pilota o collaudatore di veicoli o natanti a motore, aeromobili e mezzi subacquei, chi svolge attività circense, chi svolge attività a contatto con esplosivi e isotopi radioattivi;

✗ la persona non residente in Italia;

✗ la persona affetta da alcolismo, tossicodipendenza e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), le persone con infezione da H.I.V. o sindromi correlate con o senza AIDS;

✗ la persona che ha compiuto 80 anni alla data di decorrenza della polizza;

✗ la persona che in corso di contratto compie 80 anni: in tal caso la copertura cessa alla prima scadenza annuale;

**Relativamente alla sola garanzia Invalidità Permanente da malattia, non è assicurabile:**

✗ la persona che ha compiuto 65 anni alla data di decorrenza della polizza.

✗ la persona che ha un'età inferiore a 16 anni alla data di decorrenza della polizza.

✗ la persona che in corso di contratto compie 80 anni: in tal caso la copertura per la presente garanzia cessa alla prima scadenza annuale.

In relazione alla **Sezione Assistenza**, non sono assicurate le prestazioni erogate in situazioni in cui non vi sia un'emergenza in corso.



**Ci sono limiti di copertura?**

**SEZIONE INFORTUNI**

**L'assicurazione non comprende gli infortuni:**

! derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;

! subiti dall'assicurato durante la pratica di attività sportive esercitate in forma professionistica (Sport a livello professionistico);

! conseguenti ad abuso di alcolici e/o psicofarmaci, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;

! dovuti a stato di ebbrezza alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante.



## Che cosa è assicurato?

### SEZIONE MALATTIA

✓ **Invalità permanente da malattia:** in caso di invalidità permanente causata da malattia indennizzabile a termini di polizza, è riconosciuto all'assicurato un indennizzo proporzionale al grado di invalidità accertata, con logiche di liquidazione coerenti con la franchigia operante.

L'assicurazione è prestata entro il limite della somma assicurata indicata nel modulo di polizza.

### SEZIONE ASSISTENZA

Prestazioni e servizi di assistenza erogati a seguito di infortunio, tramite una centrale operativa esterna.

- ✓ **assistenza medica d'urgenza**
- ✓ **assistenza domiciliare sanitaria**
- ✓ **assistenza domiciliare non sanitaria**
- ✓ **teleconsultazione**
- ✓ **second opinion con diagnosi correlata avanzata**
- ✓ **assistenza sanitaria all'estero**

L'assicurazione è prestata entro i limiti e sottolimiti (di ciascuna prestazione) indicati nelle condizioni di assicurazione.



## Ci sono limiti di copertura?

### SEZIONE MALATTIA

**Sono escluse le invalidità permanenti da malattia, provocate o derivanti, direttamente o indirettamente da:**

- ! malattie mentali e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- ! malattie tropicali;
- ! malattie professionali come definite dal DPR 30/6/65 n. 1124.

### SEZIONE ASSISTENZA

**Sono escluse le prestazioni di assistenza per eventi provocati o dipendenti da:**

- ! atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
- ! infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'assicurato;
- ! ogni evento derivante da situazioni pregresse già note all'assicurato.



## Dove vale la copertura?

### SEZIONE INFORTUNI E MALATTIA

✓ **L'assicurazione è valida per il mondo intero.**

### SEZIONE ASSISTENZA

- ✓ **Le prestazioni di assistenza medica d'urgenza, di assistenza domiciliare sanitaria, di assistenza domiciliare non sanitaria, di teleconsultazione e di second opinion con diagnosi correlata avanzata sono operanti nella Repubblica Italiana, nella Repubblica di San Marino e nello Stato della Città del Vaticano, salvo quanto diversamente previsto in ciascuna prestazione.**
- ✓ **Le prestazioni di assistenza sanitaria all'estero in caso di infortunio operano in tutti i Paesi del Mondo (esclusa l'Italia, la Repubblica di San Marino e lo Stato Città del Vaticano).**



## Che obblighi ho?

Hai il dovere di:

- fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare;
- comunicare all'Intermediario o alla Compagnia, con raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC), eventuali cambiamenti che possano comportare un aggravamento di rischio.

In caso di sinistro devi:

- informare l'Intermediario o la Compagnia dell'accaduto nei tempi e nei modi indicati da quest'ultima;
- 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 alla data di decorrenza della copertura assicurativa e successivamente con la periodicità stabilita in polizza (frazionamento prescelto).

Frazionamento del premio: il premio annuale può essere pagato in più rate (mensili o semestrali), ma è dovuto per intero.

Il pagamento del premio avviene mediante addebito diretto su conto corrente intrattenuto presso una filiale dell'intermediario.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato nel modulo di polizza:

- fatti salvi i termini di carenza previsti per la garanzia aggiuntiva Invalidità Permanente da Malattia, se presente;
- se il premio o la prima rata di premio è stata pagata;

altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

L'assicurazione termina alle ore 24.00 del giorno indicato in polizza come data di scadenza.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente, salvo il raggiungimento dei limiti di età previsti per ciascuna sezione di polizza.



## Come posso disdire la polizza?

Il Contraente può esercitare il diritto di disdetta mediante lettera raccomandata A/R o PEC, da inoltrare almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della polizza.

Inoltre, dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto al pagamento dell'indennizzo o del risarcimento, puoi recedere dal contratto, inviando una comunicazione alla Compagnia mediante raccomandata A/R o PEC. Il recesso ha efficacia dopo trenta giorni dalla data di invio della comunicazione.

# Assicurazione infortuni

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

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.



Helvetia Protezione Persona – Modulo Infortuni Full

Data: 31 maggio 2023 – Il presente DIP Aggiuntivo è l'ultima versione disponibile

**Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa. Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.**

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

P. IVA 07530080154 e Cod. Fisc. 02446390581 - 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 97,452 milioni di euro di cui 15,600 milioni di euro costituiscono la parte relativa al capitale sociale e 75,935 milioni di euro si riferiscono alle riserve patrimoniali.

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

Di seguito si dà evidenza dei requisiti patrimoniali e dei fondi ammissibili alla loro copertura, calcolati secondo la Formula Standard, in vigore al 31.12.2022 .

Informazioni relative al margine di solvibilità Solvency II al 31.12.2022	
Solvency Capital Requirement (SCR)	53.969.653
Minimum Capital Requirement (MCR)	20.407.986
Fondi Propri ammissibili a copertura del SCR	102.156.446
Fondi Propri ammissibili a copertura del MCR	102.156.446
Solvency Capital Ratio*	189,28%

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

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

La Compagnia si impegna nei limiti delle somme assicurate e dei relativi massimali concordati.

### SEZIONE INFORTUNI

Oltre a quanto indicato nel DIP, sono considerati infortuni:

- ✓ l'assideramento o congelamento;
- ✓ i colpi di sole o di calore;
- ✓ l'asfissia meccanica (esclusa l'asfissia morbosa), ivi compreso l'annegamento;
- ✓ le lesioni da sforzo (escluse le rotture tendinee sottocutanee e le ernie)
- ✓ le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi (esclusa la malaria, malattie tropicali e la sindrome di Lyme), nonché le ustioni provocate da animali o vegetali.

Sono inoltre compresi gli infortuni causati:

- ✓ da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave dell'assicurato;
- ✓ da tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o rapine, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- ✓ da atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ✓ da avvelenamento per ingestione o assorbimento di sostanze;
- ✓ da folgorazione;
- ✓ da pratica di attività sportive a carattere ricreativo, compresa la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali, con i relativi allenamenti;
- ✓ da malessere o malore e dagli stati di incoscienza non dovuti a condizioni patologiche.

Oltre a quanto sopra descritto, si riportano di seguito altri rischi inclusi nella copertura:

- ✓ **Rischio Volo:** sono inclusi in copertura gli infortuni subiti dall'assicurato in qualità di: 1) passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile condotti da piloti professionisti; 2) passeggero di velivoli plurimotori di ditte o privati condotti da piloti professionisti.
- ✓ **Rischio Guerra:** la copertura è estesa agli infortuni subiti dall'assicurato in conseguenza dello stato di guerra del Paese in cui si trova, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova in tale stato estero e purché l'infortunio si verifichi entro 14 giorni dall'inizio delle ostilità.
- ✓ **Movimenti tellurici:** rientrano nella copertura gli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

A seguito di infortunio indennizzabile a termini di contratto, operano le seguenti garanzie:

#### ✓ **MORTE DA INFORTUNIO**

Oltre a quanto già indicato nel DIP, si precisa che l'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello di invalidità permanente da infortunio, tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'assicurato muore, gli eredi dell'assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato all'assicurato per invalidità permanente.

Estensioni di garanzia sempre operanti:

- ✓ **Morte presunta:** oltre a quanto già indicato nelle DIP, si precisa che nel caso in cui dopo il pagamento dell'indennizzo risulti che l'assicurato non era morto o non lo era a seguito di infortunio indennizzabile, la Compagnia avrà diritto alla restituzione della somma liquidata.
- ✓ **Coma irreversibile:** oltre a quanto già indicato nelle DIP, si precisa che nel caso in cui dopo il pagamento dell'indennizzo, l'assicurato uscisse dal coma, la Compagnia avrà diritto alla restituzione della somma liquidata.
- ✓ **Commorienza genitori:** non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP.
- ✓ **Esposizione agli elementi:** la Compagnia, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle condizioni di assicurazione, corrisponde la somma assicurata per il caso morte anche se gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte.

#### ✓ **INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO**

Oltre a quanto già indicato nel DIP, si precisa che l'indennizzo per invalidità permanente viene liquidato anche dopo la scadenza di polizza, purché l'infortunio sia avvenuto nel periodo di validità di polizza e l'invalidità permanente sia la conseguenza diretta dell'infortunio stesso e si sia verificata entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Estensioni di garanzia sempre operanti:

- ✓ **Ernie traumatiche da sforzo:** l'assicurazione è estesa alle ernie traumatiche o da sforzo conseguenti a infortunio con limiti di indennizzo normati all'interno delle condizioni di assicurazione. La copertura assicurativa opera dal 181° giorno dalla decorrenza o dal pagamento del premio se successivo.
- ✓ **Esposizione agli elementi:** la Compagnia, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle condizioni di assicurazione, corrisponde la somma assicurata per il caso morte anche se gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte.
- ✓ **DANNI ESTETICI:** oltre a quanto già indicato nelle DIP, si precisa che la garanzia è operante esclusivamente se il medesimo sinistro non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente da infortunio.

**Il Contraente, in funzione della capacità reddituale e patrimoniale dell'Assicurato, potrà scegliere o meno tra il piano assicurativo Easy o il piano assicurativo Top.**

**Piano assicurativo Easy**

ETA' ANAGRAFICA	GARANZIA	SOMMA ASSICURABILE	
		MINIMA	MASSIMA
Da 0 a 80 anni	Morte da infortunio	35.000 euro	500.000 euro
	Invalità permanente da infortunio	35.000 euro	500.000 euro

**Piano assicurativo Top**

ETA' ANAGRAFICA	GARANZIA	SOMMA ASSICURABILE	
		MINIMA	MASSIMA
Da 0 a 80 anni	Morte da infortunio	500.000,01 euro	1.500.000 euro
	Invalità permanente da infortunio	500.000 euro	Veditab. suc.

**SOMMA MASSIMA ASSICURABILE per INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO**

ETA' ANAGRAFICA	CLASSE DI RISCHIO			
	1	2	3	4
Da 0 a 15 anni	€ 500.000			
Da 16 anni a 74 anni	€ 1.500.000		€ 1.000.000	
Da 75 anni a 80 anni	€ 500.000			

**SEZIONE ASSISTENZA**

Oltre a quanto già indicato nelle DIP, si aggiunge quanto segue:

- ✓ **assistenza medica d'urgenza:** è previsto un consulto medico telefonico.
- ✓ **assistenza domiciliare sanitaria:** è previsto il reperimento e consegna farmaci, prelievo campioni per esami del sangue, la consegna esito accertamenti diagnostici, l'assistenza infermieristica/socioassistenziale, l'invio fisioterapista, reperimento di presidi medico-chirurgici.
- ✓ **assistenza domiciliare non sanitaria:** è previsto il trasferimento per cure riabilitative/fisioterapiche, l'invio di insegnante per supporto scolastico ai figli dell'assicurato.
- ✓ **teleconsultazione:** è prevista una videoconsultazione e una prescrizione medica (se necessaria).
- ✓ **second opinion con diagnosi correlata avanzata:** è prevista una second opinion medica, e un servizio prenotazione appuntamento con organizzazione dell'alloggio e trasposto dell'assicurato (se necessario).
- ✓ **network convenzionato:** è previsto un servizio di informazioni di carattere medico/sanitario e tariffe preferenziali compatibilmente con le specialità richieste.
- ✓ **assistenza sanitaria all'estero in caso di infortunio:** è previsto il trasferimento/rimpatrio sanitario, il rimpatrio della salma, il prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'assicurato, il viaggio di un familiare in caso di ricovero dell'assicurato, il rientro/assistenza dei figli minori privi di tutela, l'anticipo di denaro per spese mediche di prima necessità, l'interprete a disposizione, il viaggio di familiare in caso di decesso dell'assicurato, la traduzione della cartella clinica/verbale di pronto soccorso.

**Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?**

**OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO**

La scelta tra le diverse franchigie opzionabili per la garanzia invalidità permanente da infortunio e per la garanzia invalidità permanente da malattia (se attiva in polizza), può comportare una diminuzione del premio.

**OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO****SEZIONE INFORTUNI**

**La polizza prevede le seguenti opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo:**

La scelta tra le diverse franchigie opzionabili per la garanzia invalidità permanente da infortunio e per la garanzia invalidità permanente da malattia (se attiva in polizza), può comportare un aumento del premio.

**INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO (acquistabile solo da lavoratori autonomi e liberi professionisti)**

Oltre a quanto già indicato nelle DIP, si precisa che l'inabilità deve essere sempre certificata da verbale di pronto soccorso o da prescrizione medica attestante la lesione e la relativa prognosi. I giorni di inabilità accertata e documentata (dedotti i giorni di franchigia) sono forfettariamente considerati:

- nella misura del 60% come Inabilità Temporanea Totale;
- nella misura del 40% come Inabilità Temporanea Parziale, quest'ultima quantificabile al 50% dell'importo giornaliero indicato nel modulo di polizza.

Sono assicurabili le seguenti somme:

ETA' ANAGRAFICA	SOMMA ASSICURABILE	
	MINIMA	MASSIMA
Da 0 a 80 anni	10 euro	100 euro

<p><b>RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO</b></p>	<p>Oltre a quanto già indicato nel DIP, si riporta di seguito un maggiore dettaglio dei rimborsi previsti e delle singole condizioni di operatività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• onorari di medici, chirurghi ed ogni altro soggetto medico o paramedico partecipante all'intervento chirurgico;</li> <li>• rette di degenza in strutture ospedaliere pubbliche o private;</li> <li>• medicinali;</li> <li>• trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario all'istituto di cura;</li> <li>• trattamenti fisioterapici purché effettuati nei 6 mesi successivi all'infortunio (a condizione che l'infortunio sia corredato da verbale di Pronto Soccorso) o dal giorno delle dimissioni dell'eventuale ricovero o dell'eventuale intervento chirurgico;</li> <li>• cure odontoiatriche rese necessarie da infortunio comprovato da referto di Pronto Soccorso, purché effettuate nei 6 mesi successivi all'infortunio;</li> <li>• visite specialistiche nonché esami e accertamenti diagnostici, purché effettuati nei 6 mesi successivi all'infortunio, e a condizione che sia corredato da referto di Pronto Soccorso attestante l'infortunio subito.</li> </ul> <p>Le spese relative ai trattamenti di cui alla lettera e) nonché alle visite specialistiche e agli accertamenti di cui alla lettera g) sono rimborsate a condizione che gli stessi siano stati prescritti da medico specialista nella materia cui si riferiscono.</p> <p>Sono assicurabili le seguenti somme:</p> <table border="1" data-bbox="694 869 1452 958"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ETA' ANAGRAFICA</th> <th colspan="2">SOMMA ASSICURABILE</th> </tr> <tr> <th>MINIMA</th> <th>MASSIMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Da 0 a 80 anni</td> <td>1.000 euro</td> <td>15.000 euro</td> </tr> </tbody> </table>	ETA' ANAGRAFICA	SOMMA ASSICURABILE		MINIMA	MASSIMA	Da 0 a 80 anni	1.000 euro	15.000 euro										
ETA' ANAGRAFICA	SOMMA ASSICURABILE																		
	MINIMA	MASSIMA																	
Da 0 a 80 anni	1.000 euro	15.000 euro																	
<p><b>DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO</b></p>	<p>Oltre a quanto già indicato nelle DIP, si precisa che la prestazione verrà liquidata a cura ultima e previa presentazione in originale di una dichiarazione rilasciata dall'istituto di cura attestante il motivo e la durata del ricovero.</p> <p><u>Estensione di garanzia sempre operante:</u></p> <p><b>Diaria supplementare:</b> indennità giornaliera per ogni giorno di inabilità post ricovero certificato da prescrizione medica, fino a un massimo di 20 giorni per sinistro.</p> <p>Sono assicurabili le seguenti somme:</p> <table border="1" data-bbox="694 1261 1452 1350"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ETA' ANAGRAFICA</th> <th colspan="2">SOMMA ASSICURABILE</th> </tr> <tr> <th>MINIMA</th> <th>MASSIMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Da 0 a 80 anni</td> <td>10 euro</td> <td>200 euro</td> </tr> </tbody> </table>	ETA' ANAGRAFICA	SOMMA ASSICURABILE		MINIMA	MASSIMA	Da 0 a 80 anni	10 euro	200 euro										
ETA' ANAGRAFICA	SOMMA ASSICURABILE																		
	MINIMA	MASSIMA																	
Da 0 a 80 anni	10 euro	200 euro																	
<p><b>INDENNITÀ PER FRATTURA</b></p>	<p>Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP.</p>																		
<p>SEZIONE MALATTIA</p>																			
<p><b>INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA</b></p>	<p>Oltre a quanto già indicato nelle DIP, si precisa che l'assicurazione è prestata per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto della polizza, fermo il periodo di carenza di 90 giorni (dalla data di decorrenza o pagamento del premio, se successivo), e comunque non oltre la data di cessazione dell'assicurazione.</p> <p><b><u>Il Contraente, in funzione della capacità reddituale e patrimoniale dell'assicurato, potrà scegliere o meno tra il piano assicurativo Easy o il piano assicurativo Top.</u></b></p> <p><b><u>Piano assicurativo Easy</u></b></p> <table border="1" data-bbox="694 1805 1452 1895"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ETA' ANAGRAFICA</th> <th colspan="2">SOMMA ASSICURABILE</th> </tr> <tr> <th>MINIMA</th> <th>MASSIMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Da 16 a 65 anni</td> <td>35.000 euro</td> <td>300.000 euro</td> </tr> </tbody> </table> <p><b><u>Piano assicurativo Top</u></b></p> <table border="1" data-bbox="694 1951 1452 2072"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ETA' ANAGRAFICA</th> <th colspan="2">SOMMA ASSICURABILE</th> </tr> <tr> <th>MINIMA</th> <th>MASSIMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Da 16 a 65 anni</td> <td rowspan="2">35.000 euro</td> <td>1.000.000 euro</td> </tr> <tr> <td>Da 61 a 65 anni</td> <td>300.000 euro</td> </tr> </tbody> </table>	ETA' ANAGRAFICA	SOMMA ASSICURABILE		MINIMA	MASSIMA	Da 16 a 65 anni	35.000 euro	300.000 euro	ETA' ANAGRAFICA	SOMMA ASSICURABILE		MINIMA	MASSIMA	Da 16 a 65 anni	35.000 euro	1.000.000 euro	Da 61 a 65 anni	300.000 euro
ETA' ANAGRAFICA	SOMMA ASSICURABILE																		
	MINIMA	MASSIMA																	
Da 16 a 65 anni	35.000 euro	300.000 euro																	
ETA' ANAGRAFICA	SOMMA ASSICURABILE																		
	MINIMA	MASSIMA																	
Da 16 a 65 anni	35.000 euro	1.000.000 euro																	
Da 61 a 65 anni		300.000 euro																	





## Che cosa NON è assicurato?

### Rischi esclusi

Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP.



## Ci sono limiti di copertura?

### SEZIONE INFORTUNI

Oltre a quanto indicato nel DIP, sono esclusi gli infortuni:

- ! causati da guida di qualsiasi veicolo, aeromobile o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- ! causati da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile;
- ! causati da eventi direttamente connessi ad insurrezioni a carattere generale;
- ! 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.);
- ! conseguenza di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ! che siano conseguenza diretta e indiretta di malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- ! causati dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- ! connessi all'arruolamento volontario, al richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- ! che siano conseguenza diretta e indiretta di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o rapine;
- ! che siano conseguenza diretta e indiretta di atti di temerarietà;
- ! conseguenti a partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo e non esaustivo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo etc.);
- ! subiti dall'assicurato in qualità di passeggero di velivoli aerei ed elicotteri;
- ! derivanti da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- ! derivanti da suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- ! avvenuti antecedentemente la validità della copertura;
- ! malattie professionali come definite dal DPR 30/6/65 n. 1124;
- ! pratica di qualsiasi sport che costituisca per l'assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata, e degli sport esclusi.

Si intendono inoltre esclusi gli infortuni che si verifichino in occasione della pratica dei seguenti sport, svolti o meno sotto l'egida di federazioni o associazioni sportive:

- ! pugilato;
- ! atletica pesante;
- ! lotta e arti marziali nelle loro varie forme;
- ! alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai oltre il 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), e se inferiori al 3° grado se effettuate in solitaria, arrampicata libera;
- ! sci e snowboard fuori pista (ma s'intende compreso lo sci e lo snowboard fuori pista solo se effettuati ai margini delle piste da sci battute);
- ! salto dal trampolino con sci o idrosci;
- ! sci estremo e sci acrobatico, snowboard estremo ed acrobatico, sci alpinismo;
- ! bob e slittino da gara;
- ! biathlon e triathlon (ironman);
- ! immersione con autorespiratore;
- ! paracadutismo e sport aerei in genere (compresi deltaplano, ultraleggeri e parapendio);
- ! football americano, rugby;
- ! hockey su ghiaccio, su pista e su prato;
- ! rafting;
- ! regate oceaniche e traversate in alto mare effettuate in solitaria;
- ! free climbing;
- ! jumping e bungee jumping;
- ! parkour;
- ! downhill;
- ! kite-surf;
- ! snow-kite;
- ! skeleton;
- ! torrentismo, canyoning e speleologia;
- ! guidoslitta (bobsleigh);
- ! hydro speed;
- ! canoa e kajak che comporti discesa di rapide;
- ! sport motoristici in genere (autoveicoli, motoveicoli e natanti a motore o motonautici, go-kart).

Relativamente alla pratica di attività sportive svolte sotto l'egida di federazioni o associazioni sportive si intendono esclusi gli *infortuni* che si verifichino in occasione della pratica delle seguenti attività sportive:

- ! calcio,
- ! calcetto,
- ! pallacanestro,
- ! sci alpino (slalom e/o discesa) e snowboard,
- ! ginnastica (artistica e trampolino),
- ! ciclismo,
- ! pattinaggio su ghiaccio e/o pista,
- ! sport equestri in genere.

Sono inoltre esclusi dalla copertura:

- ! gli infarti da qualunque causa provocati;
- ! le conseguenze dirette e indirette derivanti da situazioni pregresse alla data di decorrenza;
- ! le operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio

#### **Rischio volo**

Sono esclusi gli infortuni subiti durante i voli:

- ! su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'assicurato stesso;
- ! in qualità di pilota o personale di bordo di qualsiasi velivolo, sia pubblico che privato;
- ! in caso di infortunio in qualità di passeggero di velivoli plurimotori di ditte o privati condotti da piloti professionisti, sono esclusi dalla copertura le trasvolate oceaniche.

#### **Rischio Guerra**

Sono esclusi gli infortuni:

- ! verificatisi nei paesi in stato di guerra dichiarata o per i quali per i quali il Ministero degli Esteri e della Cooperazione Internazionale sconsigliato il viaggio negli appositi siti istituzionali già prima della partenza dell'assicurato.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, le franchigie e l'eventuale scoperto relativi alla presente copertura.

GARANZIE BASE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
<b>Morte da infortunio</b>	non previsto	non previsto	non previsto
<b>Invalità permanente da infortunio</b>	non previsto	<p><b>Piano assicurativo Easy</b></p> <p><b>Opzione a)</b></p> <p><b>Franchigia con tabella speciale di supervalutazione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Franchigia 5% fino a 5 punti percentuali di invalidità.</li> <li>- La franchigia del 5% diventa assorbibile a partire da 10 punti percentuali fino a 14 punti percentuali di invalidità.</li> <li>- Nessuna franchigia a partire da 15 punti percentuali.</li> <li>- Supervalutazione da 31 punti percentuali di invalidità permanente accertata.</li> <li>- Invalidità permanente liquidata al 100% a 66 punti percentuali di invalidità accertati.</li> <li>- Supervalutazione oltre i 100 punti percentuali per invalidità permanenti accertate da 67.</li> </ul> <p><b>Opzione b)</b></p> <p><b>Franchigia a fasce di capitali e in caso di incidenti stradali.</b></p> <p>a) sulla parte di somma fino a euro 200.000, l'indennizzo per invalidità permanente viene liquidato senza applicazione di alcuna franchigia.</p> <p>b) sulla parte di somma eccedente euro 200.000, non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 3%. Ne consegue che, se l'invalidità permanente supera la percentuale del 3% della totale, sempre nel rispetto dei limiti sopra indicati, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente detta percentuale.</p> <p>È prevista una franchigia assoluta del 3% in caso di incidenti stradali in qualità di conducente o trasportato.</p>	non previsto

		<p><b>Opzione c)</b>  <b>Franchigia 3% relativa al 10%</b>  Non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 3% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente. In caso di invalidità permanente superiore al 10% della totale, la franchigia di cui sopra si intende annullata.</p> <p><b>Piano assicurativo TOP</b>  <b>Franchigia modulata 5%</b>  Non è liquidato alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente è di grado superiore al 5%, liquida la differenza tra l'invalidità permanente accertata e la franchigia stessa fino ad un grado di invalidità del 14%. Per invalidità permanenti comprese tra il 15% e il 30% l'invalidità permanente liquidata corrisponde a quella accertata, mentre per invalidità accertate superiori al 30% l'invalidità liquidata è superiore a quella accertata; a partire da un'invalidità permanente pari o superiori al 65%, è liquidata l'intera somma assicurata.</p>	
ESTENSIONI GARANZIE BASE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
Ernie traumatiche o da sforzo	non previsto	non previsto	<p>a) nel caso di ernia addominale operata in corso di copertura viene riconosciuto <b>un indennizzo pari al 2% della somma assicurata per invalidità permanente.</b></p> <p>b) nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico viene riconosciuto un indennizzo <b>fino ad un massimo del 5% della somma assicurata</b> per invalidità permanente.</p> <p>c) nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto <b>un indennizzo pari al 2% della somma assicurata per invalidità permanente.</b></p>
Danni estetici	non previsto	non previsto	<b>2.000 euro</b> per evento.

#### **GARANZIE AGGIUNTIVE**

In aggiunta alle esclusioni sopra indicate, riportiamo di seguito quelle specifiche per ciascuna garanzia aggiuntiva, se previste.

#### **RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNI**

Sono escluse dal rimborso:

- ! le spese per l'acquisto degli apparecchi protesici in genere, salvo quelli applicati durante l'intervento.
- ! le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

#### **DIARIA DA RICOVERO**

Sono esclusi i ricoveri:

- ! determinati da cure e da interventi per l'eliminazione di difetti fisici, per applicazione di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di infortunio), per le cure e protesi dentarie;
- ! in stabilimenti termali, case di soggiorno e di convalescenza.

Con riferimento al piano assicurativo Top, si considerano non assicurabili i soggetti che alla data di decorrenza dell'assicurazione abbiamo un indice di massa corporea non rientrante nel range sotto indicato, individuato in base al genere e all'età dell'assicurato.

Età in anni compiuti alla decorrenza della polizza	Maschi	Femmine
16	17.0 - 27.5	16.8 - 28.8
17	17.6 - 28.2	17.2 - 29.6
18+	18.0 - 34.9	18.0 - 34.9

**Nel caso di un unico evento che provochi contemporaneamente l'infortunio di più persone assicurate con la Compagnia, l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia stessa non può superare l'importo di euro 12.000.000.**

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, le franchigie e l'eventuale scoperto relativi alle singole garanzie aggiuntive:

GARANZIE AGGIUNTIVE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITE DI INDENNIZZO
<b>Inabilità temporanea da infortunio</b>	non previsto	<b>5 giorni</b>	I giorni di inabilità accertata e documentata (dedotti i giorni di franchigia) sono forfettariamente considerati: - <b>60%</b> come Inabilità Temporanea Totale; - <b>40%</b> come Inabilità Temporanea Parziale, quest'ultima quantificabile al <b>50% dell'importo giornaliero</b> indicato nel modulo di polizza.
<b>Rimborso spese mediche da infortunio</b>	non previsto	<b>50 euro per evento</b>	- trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario all'istituto di cura <b>fino alla concorrenza del 5% della somma assicurata</b> indicata sul modulo di polizza; - trattamenti fisioterapici con il <b>massimo del 40% della somma assicurata</b> indicata sul modulo di polizza; - cure odontoiatriche con il <b>massimo del 40% della somma assicurata</b> indicata sul modulo di polizza e <b>fino a concorrenza di euro 2.000.</b> - visite specialistiche nonché esami e accertamenti diagnostici con il <b>massimo del 40% della somma assicurata</b> indicata sul modulo di polizza.
<b>Diaria da ricovero per infortunio</b>	non previsto	non previsto	<b>120 giorni</b> per ogni periodo di assicurazione
<b>Diaria supplementare</b>	non previsto	non previsto	<b>20 giorni</b> per evento
<b>Indennità per frattura</b>	non previsto	non previsto	a) in caso di una o più fratture ossee verrà liquidata <b>un'unica somma forfettaria di euro 2.500 per ogni evento, per ogni periodo di assicurazione.</b> b) in caso di rottura tendinea è liquidata <b>un'unica somma forfettaria di euro 1.500 per ogni evento, per ogni periodo di assicurazione.</b> c) In caso di rottura fratture alle dita delle mani e/o dei piedi verrà corrisposto <b>500 euro per ciascun dito fratturato</b> , entro il <b>limite massimo di euro 2.500 per periodo di assicurazione.</b>

## SEZIONE MALATTIA

### **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**

L'assicurazione non è operante per le invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione, nonché per quanto imputabile a difetti fisici, malformazioni, condizioni fisiche patologiche preesistenti.

Oltre a quanto indicato nel DIP, sono escluse le invalidità permanenti da malattie, provocate o derivanti, direttamente o indirettamente da:

- ! delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- ! atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- ! le malattie conseguenti e/o correlate all'abuso di alcolici, o all'uso non terapeutico di psicofarmaci, allucinogeni o stupefacenti, salvo somministrazione terapeutica;
- ! le terapie e i trattamenti della fecondità, della sterilità, dell'impotenza maschile;

- ! sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate all'infezione da HIV;
- ! trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- ! conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- ! malattie provocate da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni).

Si considerano altresì non assicurabili i soggetti che alla data di decorrenza dell'assicurazione abbiamo un indice di massa corporea non rientrante nel range sottoindicato, individuato in base al genere e all'età dell'Assicurato.

Età in anni compiuti alla decorrenza della polizza	Maschi	Femmine
16	17.0 - 27.5	16.8 - 28.8
17	17.6 - 28.2	17.2 - 29.6
18+	18.0 - 34.9	18.0 - 34.9

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, le franchigie e l'eventuale scoperto relativi alle singole garanzie aggiuntive:

GARANZIE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
<b>Invalità permanente da malattia</b>	non previsto	<p><b>Opzione a)</b></p> <p><b>Franchigia 25%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non è liquidato alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 25% della totale.</li> <li>- Da 26 punti di percentuali l'invalidità liquidata è pari alla percentuale individuata nella tabella presente nelle condizioni di assicurazioni.</li> <li>- A partire da 51 punti percentuali l'invalidità liquidata è superiore a quella accertata.</li> <li>- L'Invalidità è liquidata al 100% a partire da 75 punti di invalidità accertata.</li> </ul> <p><b>Opzione b)</b></p> <p><b>Franchigia 60%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non è liquidato alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 60% della totale.</li> <li>- A partire da 61 punti percentuali l'invalidità liquidata è superiore a quella accertata.</li> <li>- L'Invalidità è liquidata al 100% a partire da 75 punti di invalidità accertata.</li> </ul>	non previsto

### **SEZIONE ASSISTENZA**

Oltre a quanto indicato nel DIP, le prestazioni di assistenza non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:

- ! eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- ! sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- ! dolo dell'assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
- ! abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- ! gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
- ! eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
- ! viaggi intrapresi dall'assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.

La Compagnia non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla centrale operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.

Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali. Sono escluse le spese di ricerca dell'assicurato in mare, lago, montagna o deserto.

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla centrale operativa oppure da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione. In ogni caso, le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla centrale operativa non saranno rimborsate.

In alcune prestazioni di assistenza sono previsti delle esclusioni specifiche indicate nelle condizioni di assicurazione.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, le franchigie e l'eventuale scoperto relativi alle singole garanzie aggiuntive:

GARANZIE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
<b>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA D'URGENZA</b>			
Consulto medico telefonico	non previsto	non previsto	non previsto
<b>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA</b>			
Reperimento e consegna farmaci	non previsto	non previsto	Fino a <b>30 giorni</b> successivi alla data di dimissione o in assenza di ricovero dalla data di infortunio.
Prelievo campioni	non previsto	non previsto	non previsto
Consegna esito esami	non previsto	non previsto	non previsto
Assistenza infermieristica	non previsto	non previsto	<b>500 euro</b> per periodo di assicurazione. <b>Fino a 10 giorni</b> successivi alle dimissioni.
Invio fisioterapista	non previsto	non previsto	<b>800 euro</b> per periodo di assicurazione.
Reperimento di presidi medico-chirurgici	non previsto	non previsto	<b>250 euro</b> per sinistro. Fino a un massimo di <b>60 giorni per sinistro</b> .
<b>ASSISTENZA DOMICILIARE NON SANITARIA</b>			
Trasferimento per cure riabilitative / fisioterapiche	non previsto	non previsto	<b>30 euro per ogni servizio</b> (da e per il luogo di cura). Fino a un massimo di <b>6 trasferimenti</b> .
Invio di un insegnante per supporto scolastico	non previsto	non previsto	<b>3 giorni</b> per sinistro e <b>4 ore</b> per giorno.
<b>TELECONSULTAZIONE</b>			
Videoconsultazione	non previsto	non previsto	non previsto
Prescrizione medica	non previsto	non previsto	non previsto

GARANZIE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
<b>SECOND OPINION CON DIAGNOSI CORRELATA AVANZATA</b>			
Diagnosi correlata avanzata	non previsto	non previsto	Massimo <b>3</b> specialisti.
<b>NETWORK CONVENZIONATO</b>			
Card Network Convenzionato	non previsto	non previsto	non previsto
<b>ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO IN CASO DI INFORTUNIO</b>			
Trasferimento/ Rimpatrio sanitario	non previsto	non previsto	Aereo sanitario entro il <b>limite di 30.000 euro per sinistro</b>
Rimpatrio salma	non previsto	non previsto	Spese di trasporto e feretro (compreso acquisto) entro il <b>limite di 8.000 euro.</b>
Prolungamento del soggiorno dei familiari per ricovero dell' <i>Assicurato</i>	non previsto	non previsto	<b>80 euro</b> per notte (limitatamente alle spese di pernottamento e prima colazione) e per persona, con il massimo di <b>500 euro</b> per sinistro.
Viaggio di un familiare in caso di ricovero	non previsto	non previsto	non previsto
Rientro/assistenza dei figli minori privi di tutela	non previsto	non previsto	non previsto
Anticipo denaro spese mediche di prima necessità	non previsto	non previsto	<b>2.500 euro</b> per sinistro.
Interprete a disposizione	non previsto	non previsto	Fino a un massimo di <b>4 ore lavorative</b> per sinistro. Limite di rimborso per spese di interprete (non convenzionato) di <b>500 euro</b> per sinistro e per periodo di assicurazione.
Viaggio di un familiare in caso di decesso dell' <i>Assicurato</i>	non previsto	non previsto	Limite di <b>800 euro</b> per periodo di assicurazione.
Traduzione cartella clinica/verbale di pronto soccorso	non previsto	non previsto	non previsto



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

### SEZIONE INFORTUNI

#### Denuncia di sinistro:

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

- fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro;
- darne avviso all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia entro 15 giorni dalla data di accadimento del sinistro. La denuncia può essere inviata alla Compagnia all'indirizzo:

Via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano

oppure può essere inviata tramite e-mail o pec ai seguenti indirizzi:

- a. [infoclienti@helvetiaitalia.it](mailto:infoclienti@helvetiaitalia.it);
- b. [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto:helvetiaitalia@pec.helvetia.it);

Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali dell'Intermediario, sul sito internet della Compagnia [www.helvetia.it](http://www.helvetia.it), oppure chiamando il numero verde (dall'Italia) **800.909.650** oppure il numero **+39 0253511** per chiamate dall'estero.

Il sinistro può essere denunciato anche accedendo all'area riservata dedicata MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata;

- 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;
- in caso di assicurazione presso diversi assicuratori, darne avviso a ciascuno di essi;
- nel caso di Diaria da ricovero da infortunio (se attivata in polizza), la domanda di liquidazione, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Compagnia, a pena di decadenza della garanzia, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

In caso di morte da infortunio dell'assicurato, il beneficiario/i beneficiari identificati nel modulo di 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;
- scheda di morte ISTAT
- 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 del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

#### Obblighi in attesa della liquidazione del sinistro

In attesa della liquidazione del sinistro, il Contraente, l'assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea o in caso di ulteriore convalescenza post ricovero da infortunio (se tali garanzie sono attive nel modulo di polizza), i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e l'indennizzo verrà riconosciuto a guarigione clinica ultimata. In assenza di certificati, la liquidazione dell'indennità viene effettuata considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore.
- 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 alla garanzia "Rimborso spese mediche da infortunio" (se attivata nel modulo di polizza).
- 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.

Cosa fare in caso di sinistro?



## SEZIONE MALATTIA

L'assicurato, o altra persona in sua vece, deve:

- denunciare la malattia all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia entro 15 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia diagnosticata, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata. La denuncia può essere inviata alla Compagnia all'indirizzo:

Via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano

oppure può essere inviata tramite e-mail o pec ai seguenti indirizzi:

- a. [infoclienti@helvetiaitalia.it](mailto:infoclienti@helvetiaitalia.it);
- b. [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto:helvetiaitalia@pec.helvetia.it);

Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali dell'Intermediario, sul sito internet della Compagnia [www.helvetia.it](http://www.helvetia.it), oppure chiamando il numero verde (dall'Italia) **800.909.650** oppure il numero **+39 0253511** per chiamate dall'estero.

Il sinistro può essere denunciato anche accedendo all'area riservata dedicata MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata;

- inviare alla Compagnia la certificazione medica sulla natura della malattia.

### Obblighi in attesa della liquidazione del sinistro.

In attesa della liquidazione del sinistro, il Contraente o l'assicurato devono:

- inviare periodicamente alla Compagnia le informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti;
- sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia e fornire alla stessa ogni informazione del caso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- fornire alla Compagnia, in caso di guarigione clinica della malattia denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico;
- nei casi diversi dal punto che precede, richiedere alla Compagnia di procedere all'accertamento dei postumi secondo le modalità riportate nelle condizioni di assicurazione.

## SEZIONE ASSISTENZA ALLA PERSONA

In caso di sinistro l'assicurato dovrà contattare telefonicamente, al momento dell'insorgere della necessità e comunque non oltre 3 giorni, la centrale operativa:

- numero verde per chiamate dall'Italia da rete fissa: **800 612595**;
- numero per chiamate dall'estero o cellulare: **+39 06 42115763**.

La centrale operativa è disponibile 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno.

Per tutte le prestazioni di assistenza l'assicurato dovrà comunicare:

- cognome e nome;
- luogo dal quale chiama e recapito telefonico al quale essere contattato;
- la prestazione richiesta.

### Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro relativo alla "Second Opinion".

L'assicurato o il familiare o persona terza, da loro delegata, deve:

- contattare la centrale operativa, dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00 (esclusi i giorni festivi) ai numeri sopra riportati. La centrale operativa, verificata la regolarità della richiesta, provvederà all'apertura del dossier comunicando le modalità di svolgimento della prestazione ed invierà il "questionario dati anamnestici";
- spedire alla Società, al seguente indirizzo:  
Casella Postale 20138  
Via Eroi di Cefalonia  
00128 Spinaceto - Roma
- una copia di un documento di identità valido;
- la documentazione clinica completa, il proprio numero di polizza e il numero del sinistro (fornito dall'operatore della centrale operativa al momento della denuncia);
- la raccolta dei dati anamnestici sotto scritta dal suo medico curante;
- l'autorizzazione a contattare il suo medico curante;
- l'autorizzazione alla Società circa il trattamento dei dati forniti.


**Assistenza diretta/in convenzione:** non prevista.


**Gestione da parte di altre imprese:** la gestione dei sinistri relativi alle garanzie di Assistenza è stata affidata dalla Compagnia ad INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma.

- Numero verde: 800 612595 (da rete fissa dall'Italia).
- Telefono: +39 06 42115763 (dall'estero o cellulare).

**Prescrizione:** i diritti derivanti dal presente contratto si prescrivono entro **due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952, secondo comma, Codice Civile.

<p><b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b></p>	<p><b>SEZIONE INFORTUNI</b>  <b>Stato di salute e dichiarazioni precontrattuali</b>          Prima della sottoscrizione della polizza è prevista la compilazione di un questionario infortuni</p> <p><b>SEZIONE MALATTIA</b>  <b>Stato di salute e dichiarazioni precontrattuali</b>          Prima della sottoscrizione della polizza è prevista la compilazione di un questionario malattia, differenziato in base alle somme assicurate.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionario sanitario online per somme assicurate inferiori o uguali a € 300.000;</li> <li>• Questionario anamnestico per somme assicurate maggiori di € 300.000.</li> </ul> <p>Le dichiarazioni inesatte o reticenti, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione.</p>
<p><b>Obblighi dell'impresa</b></p>	<p>Verificata l'operatività dell'assicurazione, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Compagnia comunica l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni e dispone il pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza.</p> <p><b>INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO</b>  <b>Anticipo indennizzo:</b> l'assicurato mediante apposita richiesta e previa presentazione di idonea documentazione medico legale, potrà ottenere a titolo di acconto un importo pari al 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo con il massimo di euro 150.000,00 qualunque sia l'ammontare del sinistro.</p> <p>Per procedere con la liquidazione è necessario che vengano soddisfatte tutte le seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- siano trascorsi almeno 90 giorni dalla data di presentazione della denuncia;</li> <li>- la percentuale di invalidità permanente stimata dalla Compagnia sia superiore al 50%;</li> <li>- non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro.</li> </ul>

 <b>Quando e come devo pagare?</b>	
<p><b>Premio</b></p>	<p>Il premio è determinato per periodi di assicurazione di un anno, ed è quindi interamente dovuto anche se ne è stato concesso il frazionamento in più rate.</p> <p>È prevista la possibilità di corrispondere il premio dovuto in rate annuali, semestrali e mensili, senza costi aggiuntivi per il Contraente.</p> <p>Il premio della garanzia invalidità permanente da malattia è determinato anche in funzione dell'età dell'assicurato. Pertanto, ad ogni scadenza annuale il premio della presente garanzia può essere adeguato applicando i coefficienti indicati nelle condizioni di assicurazione.</p> <p>Il premio di polizza corrisposto comprende le imposte previste dalla normativa vigente.</p> <p>Il pagamento del premio avviene esclusivamente mediante addebito automatico su conto corrente intrattenuto presso una filiale della Banca distributrice del prodotto, previa sottoscrizione da parte del Contraente di autorizzazione irrevocabile all'addebito per l'intera durata contrattuale.</p>
<p><b>Rimborso</b></p>	<p>In caso di recesso esercitato entro il sessantesimo giorno dal pagamento di un sinistro o dal rifiuto al pagamento, la Compagnia provvede al rimborso della parte di premio relativa al periodo che intercorre tra la data di efficacia del recesso (trascorsi 30 giorni dalla data della raccomandata A/R o PEC inviata per comunicare il recesso) e la data di scadenza dell'assicurazione, al netto delle imposte.</p>

 <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>	
<p><b>Durata</b></p>	<p>L'assicurazione ha durata annuale con tacito rinnovo.</p> <p>In mancanza di disdetta del Contraente o della Compagnia, mediante lettera raccomandata A/R o PEC, spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale di polizza, la copertura si rinnova di anno in anno alle medesime condizioni o con le modifiche contrattuali normate all'interno delle condizioni di assicurazione.</p> <p><b>Carenza:</b> l'assicurazione, nei seguenti casi, prevede dei periodi di non copertura:</p> <p><b>SEZIONE INFORTUNI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ernie traumatiche e/o da sforzo:</b> la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di decorrenza o dal pagamento del premio, se successivo.</li> </ul> <p><b>SEZIONE MALATTIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Invalidità permanente da malattia:</b> la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di decorrenza o dal pagamento del premio, se successivo.</li> </ul>
<p><b>Sospensione</b></p>	<p>Non è prevista la facoltà per il cliente di richiedere la sospensione delle garanzie di polizza</p>



## Come posso disdire la polizza?

<b>Ripensamento dopo la stipula</b>	Non è previsto il diritto di ripensamento.
<b>Risoluzione</b>	Recesso in caso di sinistro: dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto al pagamento dell'indennizzo, il Contraente può recedere dal contratto, inviando una comunicazione alla Compagnia mediante raccomandata A/R o PEC. Il recesso ha efficacia dopo 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.



## A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato ad una tipologia di clientela che intende proteggersi dalle possibili conseguenze di un infortunio avvenuto durante le attività professionali e/o le attività extraprofessionali, e che desidera altresì tutelarsi in caso di invalidità permanenti da malattia e usufruire di prestazioni di assistenza in occasione di tali eventi.



## Quali costi devo sostenere?

La quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 30,0% .

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

<b>All'impresa assicuratrice</b>	Eventuali reclami inerenti al rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto alla Società presso la funzione aziendale in caricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti: Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano - Email: <a href="mailto:reclami@helvetia.it">reclami@helvetia.it</a> 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.
<b>All'IVASS</b>	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> .
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione (obbligatoria)</b>	Mediazione: interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98).
<b>Negoziazione assistita (facoltativa)</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbitrato (facoltativo): in caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro relativo alle garanzie invalidità permanente da infortunio e invalidità permanente da malattia, le parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato.</li> <li>Procedura FIN-NET: per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">http://www.ec.europa.eu/fin-net</a>, chiedendo l'attivazione della Procedura.</li> </ul> <p>Tramite il sito della Compagnia (<a href="http://www.helvetia.it">www.helvetia.it</a>) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

**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.**

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

# Helvetia Protezione Persona

- Modulo Infortuni Full -

Assicurazione Infortuni e malattia

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Mod. CGA\_IPNR007 - Edizione 12/2022

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 **Helvetia Protezione Persona – Modulo Infortuni Full**, la polizza che tutela le persone fisiche dagli infortuni avvenuti sia durante lo svolgimento dell'attività professionale sia durante le attività extra-professionali, nonché in caso di malattia che comporti una invalidità permanente. Completano la copertura le prestazioni di assistenza alla persona.

**Le garanzie previste sono:**



**Infortuni**



**Invalidità Permanente da Malattia (garanzia aggiuntiva)**



**Assistenza**

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;
- **colore grigio**: condizioni di assicurazione che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie e oneri a carico del *Contraente* o dell'*Assicurato*, punti rilevanti, sottotitoli, parole di riferimento;
- [ ► ]: richiami a norme e articoli di legge.

## 2. GLOSSARIO

Nelle Condizioni di Assicurazione i termini che hanno un significato "particolare" sono resi visibili attraverso l'utilizzo del *corsivo*. Questa modalità permette di distinguerli dai restanti 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 anticipare 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 informazioni importanti punti di attenzione.



# SOMMARIO

GLOSSARIO .....	6
NORME COMUNI .....	11
Art.1.1 CONDIZIONI PER LA STIPULA E IL RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE .....	11
Art.1.2 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO.....	11
Art.1.3 DURATA, PROROGA E DISDETTA DELL'ASSICURAZIONE .....	12
Art.1.4 PROFESSIONI NON ASSICURABILI .....	12
Art.1.5 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE.....	12
Art.1.6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO .....	12
Art.1.7 AGGRAVAMENTO DI RISCHIO (Valido solo per le garanzie Infortuni) .....	13
Art.1.8 DIMINUIZIONE DEL RISCHIO (Valido solo per le garanzie Infortuni).....	13
Art.1.9 ALTRE ASSICURAZIONI .....	13
Art.1.10 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI .....	13
Art.1.11 DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO.....	13
Art.1.12 FORO COMPETENTE.....	14
Art.1.13 ONERI FISCALI .....	14
Art.1.14 MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni – Sanctions Limitations Exclusion Clause) .....	14
Art.1.15 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE .....	14
SEZIONE INFORTUNI.....	15
Art. 2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	15
Art. 2.2 RISCHIO VOLO .....	16
Art. 2.3 RISCHIO GUERRA.....	16
Art. 2.4 MOVIMENTI TELLURICI .....	16
Art. 2.5 MORTE DA INFORTUNIO.....	16
Art. 2.6 INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO .....	18
Art. 2.7 DANNI ESTETICI.....	19
Art. 2.8 PERSONE NON ASSICURABILI.....	19
Art. 2.9 ESCLUSIONI GENERALI .....	20

Art. 2.10	INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO .....	21
Art. 2.11	RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO .....	22
Art. 2.12	DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO .....	23
Art. 2.13	INDENNITÀ PER FRATTURA .....	24
Art. 2.14	FRANCHIGIE INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO .....	25
Art. 2.15	VALIDITÀ TERRITORIALE .....	29
Art. 2.16	MODIFICA DELLA PROFESSIONE .....	29
Art. 2.17	MODIFICA DEI BENEFICIARI .....	31
Art. 2.18	LIMITE PER CUMULO INDENNIZZI .....	31
SEZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.....		34
Art. 3.1	INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA .....	34
Art. 3.2	PERSONE NON ASSICURABILI.....	34
Art. 3.3	TERMINI DI CARENZA .....	35
Art. 3.4	ESCLUSIONI .....	36
Art. 3.5	FRANCHIGIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA .....	36
Art. 3.6	CALCOLO DEL PREMIO.....	38
Art. 3.7	VALIDITA' TERRITORIALE .....	38
Art. 3.8	STATO TABAGICO .....	38
SEZIONE ASSISTENZA (sempre operante).....		40
Art. 4.1	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	40
Art. 4.2	PRESTAZIONI DI ASSISTENZA.....	40
Art. 4.3	ESCLUSIONI GENERALI.....	46
Art. 4.4	TERRITORIALITA' .....	47
Art. 4.5	MODALITA' OPERATIVE DELLA POLIZZA.....	47
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO.....		50
SEZIONE INFORTUNI.....		50
Art. 5.1.	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO .....	50
Art. 5.2.	OBBLIGHI IN ATTESA DELLA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO .....	51
Art. 5.3.	OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITA' DI INDENNIZZO PER CIASCUNA GARANZIA 51	51
Art. 5.4.	CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ .....	53
Art. 5.5.	CUMULO DI INDENNITA'.....	54
Art. 5.6.	PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO .....	54
Art. 5.7.	CONTROVERSIE - ARBITRO IRRITUALE .....	54
SEZIONE MALATTIA.....		55
Art. 5.8.	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO .....	55
Art. 5.9.	OBBLIGHI IN ATTESA DELLA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO.....	55
Art. 5.10.	OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITA' DI INDENNIZZO .....	55
Art. 5.11.	CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ .....	56
Art. 5.12.	NON CUMULABILITÀ DELLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA CON L'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO .....	56





Art. 5.13. MODALITA' DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO .....	57
Art. 5.14. CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE.....	57
SEZIONE ASSISTENZA.....	58
Art. 5.15. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA.....	58
Art. 5.16. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO SECOND OPINION .....	58
Art. 5.17. OBBLIGHI DELLA CENTRALE OPERATIVA PER CONTO DELLA COMPAGNIA .....	58
APPENDICE A – Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente (ex tabella INAIL, all. n.1 DPR 30 giugno 1965 n.1124).....	59
ALLEGATO “A” - Classificazione delle attività professionali per classi di rischio.....	62
NORME DI LEGGE RICHIAMATE NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE .....	72
NUMERI UTILI .....	75





# GLOSSARIO



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

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

**Accertamenti Diagnostici:** le analisi di laboratorio, le indagini cliniche e strumentali di alta specializzazione e diagnostica (con esclusione delle *visite specialistiche*), che possono essere effettuate anche in *ambulatorio / centro medico*, volte a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di un *infortunio*.

**Alcolismo:** *malattia cronica* caratterizzata da alterazioni comportamentali, fisiche e psichiche causate dal consumo continuativo o periodico di quantità elevate di alcol.

**Ambulatorio:** La struttura o il *centro medico* attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

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

**Annualità assicurativa:** In caso di polizza di durata pari o superiore a un *anno*, il primo periodo inizia alle ore 24.00 della data di decorrenza indicato nel *modulo di polizza* e termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato nel *modulo di polizza*. I periodi successivi hanno durata pari a un *anno*.

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

**Assicurazione:** il contratto di assicurazione.

**Assistenza (definizione valida per la sola sezione assistenza):** l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'*assicurato* che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un *sinistro*, tramite la *Centrale Operativa*.

**Attività Extraprofessionale:** ogni attività esercitata non professionalmente purché inerente alla vita comune e di relazione, al disbrigo delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempo e alle comuni manifestazioni della vita di ogni giorno, nonché alla pratica di hobby anche se a carattere continuativo.



**Attività Professionale/i:** l'attività lavorativa svolta dall'*Assicurato* in modo continuativo e abituale con la quale produce un reddito o percepisce una retribuzione.

## B

**Beneficiario:** in caso di *Infortunio* con decesso dell'*Assicurato*, i soggetti a cui la *Compagnia* deve liquidare l'*indennizzo*.

## C

**Cartella Clinica:** documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, compilato durante la degenza, diurna o con pernottamento in *istituto di cura*, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, *interventi chirurgici* eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

**Centrale Operativa (definizione valida per la sola sezione assistenza):** la struttura di Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'*Italia* - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma costituita da risorse umane e attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'*Assicurato*, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della *Compagnia*, le prestazioni di assistenza previste in *polizza*.

**Centro Medico:** struttura, *ambulatorio* o poliambulatorio anche non adibiti al *ricovero*, *day hospital / day surgery*, non finalizzati al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alle normative vigenti, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, *trattamenti fisioterapici e rieducativi*) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

**Compagnia:** Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., la *Compagnia* che presta le coperture assicurative.

**Condizioni di Assicurazione:** l'insieme dei termini e delle condizioni che regolano l'*assicurazione*.

**Contraente:** il soggetto, persona fisica, titolare di un conto corrente con la Banca distributrice del prodotto, che stipula il contratto di assicurazione con la *Compagnia* nell'interesse proprio e/o di altre persone e che paga il relativo *premio*.

**Convalescenza:** il periodo di tempo successivo alla dimissione dall'*Istituto di cura*, necessario per la guarigione clinica oppure per la stabilizzazione dei postumi risultante da prescrizione medica.

## D

**Day Hospital:** la degenza, senza pernottamento, in *istituto di cura* autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche documentate da *cartella clinica*.

**Day Surgery:** la degenza, senza pernottamento, in *istituto di cura* autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga prestazioni chirurgiche eseguite da medici chirurgici specialisti documentate da *cartella clinica*.

**Difetto fisico (termine contenuto nel questionario infortuni online):** deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite o acquisite durante lo sviluppo fisiologico.

**Disdetta:** comunicazione che il *Contraente* deve inviare alla *Compagnia*, o viceversa, entro un termine di preavviso fissato dal contratto, per evitare il tacito rinnovo dell'*assicurazione*.

**Documentazione sanitaria:** si compone della *cartella clinica* e della documentazione medica e di fatture, notule e/o ricevute in originale.

**Domicilio:** il luogo, nel Paese di origine, dove l'*Assicurato* ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.



## E

**Estero (definizione valida per la sola sezione assistenza):** tutti i Paesi del Mondo esclusa l'*Italia*, la Repubblica di San Marino e lo Stato Città del Vaticano.

## F

**Famigliare (definizione valida per la sola sezione assistenza):** la persona legata da vincolo di parentela con l'*Assicurato* (coniuge, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini, nipoti) e da persone con lui stabilmente conviventi così come risultante dallo stato di famiglia.

**Farmaci psicotropi:** farmaco che modifica lo stato psichico dell'individuo tendendo a normalizzarlo.

**Filiale:** l'agenzia della Banca presso la quale è aperto il conto corrente del *Contraente*.

**Franchigia:** l'importo contrattualmente stabilito che, in caso di *sinistro*, rimane a carico dell'*Assicurato*.

**Frattura/e:** l'interruzione parziale o totale della continuità di un osso.

## I

**Inabilità temporanea:** la perdita temporanea, a seguito di *infortunio*, in misura totale o parziale, della capacità dell'*Assicurato* di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate nel *modulo di polizza*.

**Indennità giornaliera:** *indennizzo* forfettario giornaliero corrisposto all'*Assicurato*.

**Indennizzo:** la *somma assicurata* dovuta dalla *Compagnia* in caso di *sinistro* a riparazione del danno subito.

**Indice di Massa Corporea (IMC):** indicatore calcolato dividendo il peso, espresso in chilogrammi, per il quadrato dell'altezza, espressa in centimetri metri, secondo la seguente formula:

$$IMC = \frac{\text{peso}}{\left(\frac{\text{altezza}}{100}\right)^2}$$

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

**Intermediario:** qualsiasi intermediario assicurativo o intermediario assicurativo a titolo accessorio che svolge le attività consistenti nel fornire consulenza in materia di contratti di assicurazione, proporre contratti di assicurazione o compiere altri atti preparatori relativi alla loro conclusione, oppure collaborare – segnatamente in caso di sinistri – alla loro gestione ed esecuzione.

**Intervento chirurgico:** atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

**Invalidità permanente:** perdita definitiva e irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità dell'*Assicurato* a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata.

**Istituto di Cura:** istituto universitario, ospedale, casa di cura, regolarmente autorizzati all'erogazione della assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri di benessere.

**Italia:** il territorio della Repubblica Italiana.

## M

**Malattia/e:** ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da *infortunio*. La gravidanza non è considerata *malattia*.

**Malattia cronica:** *malattia* che presenta sintomi costanti nel tempo ed i cui effetti si sono stabilizzati senza possibilità di nessuna cura risolutiva.



**Malattie/Invalidità coesistenti:** *malattie* o invalidità presenti nel soggetto assicurato, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla *malattia* denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

**Malattie/Invalidità concorrenti:** *malattie* o invalidità presenti nel soggetto assicurato, che determinano una influenza peggiorativa sulla *malattia* denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

**Malformazione (termine presente nel modulo di polizza):** deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

**Massimale (definizione valida per la sola sezione assistenza):** l'importo che rappresenta il massimo esborso a cui è tenuta la *Compagnia* in caso di *sinistro*.

**Modulo di polizza:** è il documento, sottoscritto dalle *Parti*, che riporta tutti i dati necessari per la gestione del contratto di assicurazione (ad esempio, data di decorrenza e scadenza, indicazione dell'*Assicurato*, indicazione dei beneficiari in caso di morte, il *premio* dovuto, le garanzie operanti e le *somme assicurate*).

## P

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

**Periodo di assicurazione:** il periodo di efficacia dell'*assicurazione* indicato sul *modulo di polizza* e, ogni volta che la *polizza* venga tacitamente rinnovata, il periodo successivo di 12 mesi.

**Piano assicurativo:** si distingue in piano "Easy" e piano "Top". I piani assicurativi si differenziano per l'entità delle somme assicurabili e per le franchigie relative alla garanzia Invalidità Permanente da infortunio.

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

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

**Psicofarmaci:** farmaci contenenti sostanze psicoattive che agiscono sul Sistema Nervoso Centrale.

## Q

**Questionario Anamnestico:** il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie riguardanti l'*Assicurato* e che forma parte integrante del contratto. Esso deve essere compilato in maniera precisa e veritiera, e sottoscritto dal medico curante e dall'*Assicurato* stesso (o, se minore, da chi ne abbia la responsabilità genitoriale) e trasmesso alla *Compagnia* unitamente alla *polizza* [► artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile], per consentire la valutazione obiettiva del *rischio* da parte della *Compagnia* stessa. La compilazione del *Questionario Anamnestico* è prevista solo per la garanzia aggiuntiva "Invalidità Permanente da Malattia" per somme assicurate superiori a euro 300.000.

**Questionario Infortuni online:** questionario assuntivo sottoscritto dall'*Assicurato* (o, se minore, da chi ne abbia la responsabilità genitoriale). Esso deve essere compilato in maniera precisa e veritiera, e sottoscritto dal medico curante e dall'*Assicurato* stesso (o, se minore, da chi ne abbia la responsabilità genitoriale) [► artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile], per consentire la valutazione obiettiva del *rischio* da parte della *Compagnia* stessa.

**Questionario Sanitario online:** il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie riguardanti l'*Assicurato* e che forma parte integrante del contratto. Esso deve essere compilato in maniera precisa e veritiera, e sottoscritto dall'*Assicurato* stesso (o, se minore, da chi ne abbia la responsabilità genitoriale) [► artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile], per consentire la valutazione obiettiva del *rischio* da parte della *Compagnia* stessa. La compilazione del *Questionario Sanitario online* è prevista solo per la garanzia aggiuntiva "Invalidità Permanente da Malattia" per somme assicurate inferiori o uguali a euro 300.000.

## R

**Recesso (diritto di):** scioglimento del vincolo contrattuale.

**Residenza:** il luogo dove l'*Assicurato* ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.



**Ricovero:** la degenza in *istituto di cura* che comporti almeno un pernottamento.

**Rischio:** la possibilità che si verifichi il *sinistro*.

### S

**Sci acrobatico:** attività sciistica svolta attraverso l'esecuzione di salti, difficoltà di percorso e varie figure coreografiche.

**Sci estremo:** sci eseguito su lunghe e ripide piste in terreni pericolosi con pendenze superiori ai 45° o con passaggi impervi, comprese tutte le attività eseguite fuori pista.

**Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso, futuro e incerto, per il quale è prestata l'*assicurazione*.

**Somma assicurata:** l'importo indicato nel *modulo di polizza* che rappresenta il massimo esborso della *Compagnia*.

**Sport a livello professionistico:** attività sportiva esercitata a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e qualificata come tale dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Per "esercizio a titolo oneroso" si intende la pratica dello sport con qualsiasi tipo di remunerazione e/o di contributo di qualunque natura – a carattere ricorrente – che costituisca fonte di reddito.

Non è considerato sport professionistico l'attività sportiva a fronte della quale viene percepito il rimborso delle spese effettivamente sostenute nonché, se presente, una remunerazione in premi o in denaro purché la stessa non costituisca fonte di reddito esclusiva, né ricorrente e/o continuativa, e comunque sia da considerare del tutto marginale ad altra fonte di reddito principale e sia perciò erogata a titolo gratuito, senza obblighi contrattuali da parte di chiunque ed esclusivamente "una tantum".

**Stato di ebbrezza:** la condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcol risulti essere pari o superiore al limite di 0,8 grammi per litro di sangue.

### T

**Termini di carenza:** periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza della *polizza* durante il quale le garanzie non sono operanti.

**Terrorismo:** qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione, o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico, se tale azione non può essere definita come atto di guerra, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o meno), guerra civile, ribellione, insurrezione, colpo di Stato o confisca, nazionalizzazione, requisizione e distruzione o danno alla proprietà, causato da o per ordine di Governi o Autorità pubbliche o locali o come atto avvenuto nel contesto di scioperi, sommosse, tumulti popolari o come atto vandalico.

**Trattamenti fisioterapici e rieducativi:** prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in *Italia*, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da *infortunio* indennizzabili a termine di *polizza*. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

### V

**Visite specialistiche:** le visite che vengono effettuate da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce.





## NORME COMUNI



Le norme indicate ed espresse dai seguenti articoli regolano tutte le sezioni delle Condizioni di Assicurazione della polizza **Helvetia Protezione Persona – Modulo Infortuni Full**.

### Art.1.1 CONDIZIONI PER LA STIPULA E IL RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE

Le presenti *condizioni di assicurazione* si applicano esclusivamente ai titolari di conto corrente presso la Banca distributrice del prodotto.

Pertanto, in caso di estinzione del rapporto con la Banca presso la quale è appoggiato il conto corrente sul quale è addebitato il *premio dell'assicurazione*, l'*assicurazione* viene risolta di diritto con effetto dalla prima scadenza di rata successiva alla chiusura del rapporto, senza necessità di *disdetta* e senza l'applicazione del termine di tolleranza [► art.1901, 2° comma, del Codice civile].

Resta salva la possibilità per il *Contraente* di richiedere che il *premio dell'assicurazione* venga addebitato su un conto corrente differente aperto sempre presso la Banca distributrice del prodotto.

### Art.1.2 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'*assicurazione* decorrere dalle ore 24:00 del giorno indicato *nel modulo di polizza*:

- fatti salvi i *termini di carenza* previsti per la garanzia aggiuntiva Invalidità Permanente da Malattia, se presente;
  - se il *premio* o la prima rata di *premio* è stata pagata;
- altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Il pagamento del *premio* avviene esclusivamente mediante addebito automatico su conto corrente intrattenuto presso una *filiale* della Banca distributrice del prodotto, previa sottoscrizione da parte del *Contraente* di autorizzazione irrevocabile all'addebito per l'intera durata contrattuale.

Il *premio* sarà addebitato secondo il frazionamento indicato nel *modulo di polizza*. Il *premio* è sempre determinato per il *periodo di assicurazione* in corso al momento del pagamento, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in rate semestrali o mensili.

Il pagamento del *premio* avviene:

- alla decorrenza indicata sul *modulo di polizza*;
- successivamente, in base alla periodicità del pagamento indicata nel *modulo di polizza*.

Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce, a tutti gli effetti, regolare quietanza.

Nel caso in cui il pagamento del *premio* o della rata non possa andare a buon fine a causa dell'assenza sul conto corrente di fondi disponibili sufficienti, l'*assicurazione* viene sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e viene riattivata dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della *Compagnia* al pagamento dei *premi* scaduti e non versati [► art.1901 del Codice civile].



### Art.1.3 DURATA, PROROGA E DISDETTA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha durata *annuale* ed è prestata **esclusivamente nella forma CON tacito rinnovo**.

Il *periodo di assicurazione* coincide con quello indicato nel *modulo di polizza*.

In mancanza di *disdetta* data dal *Contraente* o dalla *Compagnia*, mediante lettera raccomandata A/R o PEC spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un *anno* si rinnova tacitamente di un *anno* e così successivamente di *anno* in *anno*, salvo quanto indicato ai successivi artt. 2.8 e 3.2. "Persone non assicurabili".



#### La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza?

La polizza prevede il tacito rinnovo annuale. Pertanto, in mancanza di disdetta da una delle Parti, alla scadenza indicata in polizza questa si rinnoverà automaticamente di anno in anno, salvo la cessazione automatica alla prima scadenza annua dopo il compimento del limite di età previsto per la sezione infortuni e malattia.



#### Cosa devo fare per dare disdetta alla Polizza?

Devi inviare una lettera raccomandata A/R o PEC almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della Polizza (ad esempio, se la polizza scade il 30 giugno devi inviare la lettera o la PEC entro la fine di maggio dell'anno di riferimento).

### Art.1.4 PROFESSIONI NON ASSICURABILI

Non è assicurabile la persona che svolge le seguenti attività professionali:

- a. l'agente di polizia (di ogni ordine e grado) e il personale amministrativo di polizia, l'agente di polizia locale e il personale amministrativo di polizia locale, il carabiniere e il personale amministrativo dell'Arma dei Carabinieri, l'agente della guardia di finanza e il personale amministrativo, il militare e il personale amministrativo dei corpi armati dello Stato;
- b. l'investigatore privato e la guardia giurata;
- c. il sub professionista, il palombaro, il sommozzatore, il minatore o chi svolge lavori in miniera, lo speleologo, guida alpina, istruttore di alpinismo;
- d. il personale ed equipaggio aereo o marittimo;
- e. l'atleta o lo sportivo professionista (chi pratica **sport a livello professionistico**);
- f. lo stuntman, la controfigura, il pilota o collaudatore di veicoli o natanti a motore, aeromobili e mezzi subacquei;
- g. chi svolge attività circense;
- h. chi svolge attività a contatto con esplosivi e isotopi radioattivi.

### Art.1.5 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

### Art.1.6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

La *Compagnia* presta la copertura assicurativa in base alle circostanze del *rischio* dichiarate dal *Contraente* al momento della stipula della *polizza*.

Le dichiarazioni dell'Assicurato riportate nel *modulo di polizza*, fornite mediante compilazione del questionario infortuni (questionario infortuni online) e dell'eventuale questionario malattia (questionario anamnestico o questionario sanitario) in caso di attivazione della garanzia Invalidità Permanente da Malattia, devono essere veritiere e corrette al fine di un'esatta valutazione del *rischio* da parte della *Compagnia*.



Le dichiarazioni inesatte o reticenti, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del *rischio* da parte della *Compagnia*, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*Indennizzo*, nonché la cessazione dell'*assicurazione* [► artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile].

Qualora sopravvenga una modifica:

- delle dichiarazioni rese all'interno del *questionario infortuni* e nel *modulo di polizza*;
- della professione o delle professioni riportate nel *modulo di polizza*;





- dello stato di salute dell'Assicurato dichiarate nel *questionario sanitario online* o nel *questionario anamnestico* (a seconda del *piano assicurativo* prescelto), ove sia previsto.

prima della data di decorrenza o dell'autorizzazione direzionale il *Contraente* è tenuto ad informare la *Compagnia*, la quale si riserva il diritto di rivedere le prestazioni e/o il *premio* ovvero di rifiutare il *rischio*.

### Art.1.7 AGGRAVAMENTO DI RISCHIO (Valido solo per le garanzie Infortuni)



Ad ogni aggravamento del *rischio*, il *Contraente* o l'*Assicurato* deve dare 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'indirizzo;
- la cessazione dell'*assicurazione* [► art. 1898 del Codice Civile]



#### Cosa comporta una mancata e non completa comunicazione da parte del Contraente?

Le informazioni che il *Contraente* o l'*Assicurato* comunica 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.1.8 DIMINUZIONE DEL RISCHIO (Valido solo per le garanzie Infortuni)

Nel caso di diminuzione del *rischio*, 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].

La *Compagnia* rinuncia al relativo diritto di recesso.

### Art.1.9 ALTRE ASSICURAZIONI

Il *Contraente* è esonerato dall'obbligo di denunciare l'esistenza di altre assicurazioni al momento della stipula della *polizza*.

In caso di *sinistro* resta fermo l'obbligo dell'*Assicurato* di comunicare alla *Compagnia* la coesistenza di altre assicurazioni e di denunciare il *sinistro* a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri [►art. 1910 del Codice civile] e può richiedere a ciascuna di esse l'*indennizzo* dovuto secondo la rispettiva polizza autonomamente considerata, fatta eccezione per quanto indicato al successivo art. 5.3.3 "Rimborso spese mediche da *infortunio*". Ciò vale anche nel caso in cui lo stesso *rischio* sia coperto da contratti stipulati dall'*Assicurato* con Enti, Casse, Fondi Sanitari Integrativi.

### Art.1.10 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Se la presente *assicurazione* è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dall'*assicurazione* devono essere adempiuti dal *Contraente*, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'*Assicurato* [► art.1891 del Codice civile]. È inoltre onere del *Contraente* trasmettere agli *Assicurati* ogni documento inerente alle informazioni precontrattuali, contrattuali in vigenza di polizza e le *condizioni di assicurazione*.

### Art.1.11 DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Il *Contraente* può recedere dall'*assicurazione* dopo ogni *sinistro*, denunciato nelle modalità previste dalle *condizioni di assicurazione*, fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'*indennizzo*.

La relativa **comunicazione deve essere effettuata mediante raccomandata A/R o PEC** e ha efficacia dopo **30 giorni** dalla data di invio della stessa.

La *Compagnia* rimborsa la parte di *premio*, relativa al periodo che intercorre da tale data alla scadenza dell'*assicurazione*, al netto degli oneri fiscali, **entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso**.





### Qual è la differenza tra "recesso" e "disdetta"?

Recesso e disdetta sono spesso termini confusi tra di loro. Sono tuttavia eventi differenti, anche se entrambi legati alla cessazione di un contratto.

Il **recesso** è il diritto di una delle Parti di sciogliere anticipatamente un contratto ancora in corso, prima cioè della sua scadenza naturale. Per questo contratto tale diritto può essere esercitato esclusivamente dal Contraente.

La **disdetta** è invece la facoltà di impedire il rinnovo di un contratto.

Parliamo ad esempio di recesso quando si vuole interrompere il contratto in caso di polizze collocate tramite vendita a distanza, di polizze di durata poliennale o in caso di sinistro.

Parliamo di disdetta quando si vuole evitare il rinnovo automatico del contratto alla sua scadenza.

### Art.1.12 FORO COMPETENTE

Foro competente è quello dove l'Assicurato risiede o dove ha il suo *domicilio*.

### Art.1.13 ONERI FISCALI

Imposte e altri oneri fiscali, presenti e futuri, relativi all'assicurazione sono a carico del *Contraente*.

### Art.1.14 MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni – Sanctions Limitations Exclusion Clause)

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

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

### Art.1.15 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è regolato dalle *condizioni di assicurazione*, l'assicurazione è disciplinata dalla vigente legge italiana.





## SEZIONE INFORTUNI

### COSA È ASSICURATO

#### Art. 2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli *infortuni* che l'Assicurato subisca durante lo svolgimento della/e *attività professionale/i* (principale e secondaria) indicate nel *modulo di polizza* e di ogni altra *attività extraprofessionale*, nei limiti delle *somme assicurate*, delle garanzie e delle condizioni richiamate nel *modulo di polizza*, fermo restando quanto escluso o limitato nelle *condizioni di assicurazione*.



#### Cosa si intende per infortunio?

L'infortunio è un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili. Un esempio di Infortunio può essere la caduta dalle scale dovuta a disattenzione o a una spinta.

La rottura di un tendine non conseguente a un trauma ma causata da prolungata attività sportiva nonché un infarto, anche se è dovuto a improvviso spavento, non sono infortuni. Entrambi gli eventi rappresentati negli esempi indicati non rientrano nella copertura del presente modulo.

Sono considerati *infortuni* anche:

- a. l'assideramento o congelamento;
- b. i colpi di sole o di calore;
- c. l'asfissia meccanica (esclusa l'asfissia morbosa), ivi compreso l'annegamento;
- d. le lesioni da *sforzo* (escluse le rotture tendinee sottocutanee - ad eccezione di quanto normato all'art. 2.13 - Indennità per *frattura* e le ernie – salvo quanto normato all'art. 2.6.2.1 - Ernie traumatiche o da sforzo);
- e. le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi (esclusa la malaria, malattie tropicali e la sindrome di Lyme), nonché le ustioni provocate da animali o vegetali.

Sono inoltre compresi gli *infortuni* causati:

- 1) da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave dell'Assicurato;
- 2) da tumulti popolari, atti di *terrorismo*, aggressioni o rapine, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- 3) da atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- 4) da avvelenamento per ingestione o assorbimento di sostanze;
- 5) da folgorazione;
- 6) da pratica di attività sportive a carattere ricreativo, compresa la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali, con i relativi allenamenti;
- 7) da malessere o malore e dagli stati di incoscienza non dovuti a condizioni patologiche



**Art. 2.2 RISCHIO VOLO**

Sono inclusi in copertura gli *infortuni* che l'*Assicurato* subisca in qualità di:

- 1) passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile condotti da piloti professionisti,
- 2) passeggero di velivoli plurimotori di ditte o privati condotti da piloti professionisti.

Rientra nella copertura assicurativa l'*infortunio* subito dall'*Assicurato*, in qualità di passeggero, in conseguenza di un forzato dirottamento dei mezzi precedentemente indicati ai punti 1) e 2) del presente articolo.

**Art.2.2.1 Esclusioni**

Sono esclusi gli *infortuni* subiti durante voli:

- a) su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del *Contraente* o dell'*Assicurato* stesso.
- b) in qualità di pilota o personale di bordo di qualsiasi velivolo, sia pubblico che privato.

Relativamente al punto 2) dell'articolo sono esclusi dalla copertura le trasvolate oceaniche.

**Art. 2.3 RISCHIO GUERRA**

La copertura assicurativa è estesa agli *infortuni* subiti dall'*Assicurato* in conseguenza dello stato di guerra del Paese in cui si trova, se ed in quanto l'*Assicurato* risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova in tale stato estero e purché l'*infortunio* si verifichi entro 14 giorni dall'inizio delle ostilità.

**Art.2.3.1 Esclusioni**

Sono esclusi gli *infortuni* verificatisi nei paesi in stato di guerra dichiarata o per i quali il Ministero degli Esteri e della Cooperazione Internazionale abbia sconsigliato il viaggio negli appositi siti istituzionali già prima della partenza dell'*Assicurato*.

**Art. 2.4 MOVIMENTI TELLURICI**

Rientrano nella copertura assicurativa gli *infortuni* derivanti da movimenti tellurici.

**GARANZIE SEMPRE OPERANTI****Art. 2.5 MORTE DA INFORTUNIO****2.5.1 Oggetto della garanzia**

Se l'*Assicurato* muore a seguito di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, la *Compagnia* liquida la *somma assicurata* ai *beneficiari* indicati nel *modulo di polizza* nel limite delle percentuali di beneficio spettanti.

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. 2.5.2 Estensioni di garanzia sempre operanti****Art. 2.5.2.1 Morte Presunta**

Qualora a seguito di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, il corpo dell'*Assicurato* non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la *Compagnia* liquiderà la *somma assicurata* ai beneficiari indicati nel *modulo di polizza* nel limite delle percentuali di beneficio spettanti.

La liquidazione dell'*indennizzo* avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (Art. 60 comma 3 e art. 62 del Codice Civile).

Resta inteso che se dopo il pagamento dell'*indennizzo* risulti che l'*Assicurato* non era morto o non lo era a seguito di *infortunio* indennizzabile, la *Compagnia* avrà diritto alla restituzione della somma liquidata. A restituzione avvenuta, l'*Assicurato* potrà far valere i propri diritti per l'*invalidità permanente* eventualmente subita.

**Art. 2.5.2.2 Coma irreversibile**

Nel caso in cui, a seguito di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, l'*Assicurato* cada in stato di coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 120 giorni e che venga dichiarato "coma irreversibile" dall'autorità medica competente, la *Compagnia* liquiderà ai beneficiari indicati nel *modulo di polizza* nel limite delle percentuali di beneficio spettanti.

Qualora, dopo il pagamento dell'*indennizzo*, l'*Assicurato* uscisse dal coma, la *Compagnia* avrà diritto alla restituzione della somma liquidata.

A restituzione avvenuta, l'*Assicurato* potrà far valere i propri diritti per l'*invalidità permanente* eventualmente subita.



**Art. 2.5.2.3 Commorienza dei genitori**

Qualora a seguito di *infortunio* indennizzabile ai sensi di *polizza* consegua la morte (anche non contestuale) dell'*Assicurato* e dell'altro genitore – assicurato o meno con la *Compagnia* – e gli stessi lascino figli minorenni e/o portatori di *invalidità permanente* di grado non inferiore al 66% della totale, la *Compagnia* indennizzerà a questi ultimi la *somma assicurata* per il caso morte aumentata del 50%, purché i suddetti figli siano indicati come beneficiari nel *modulo di polizza*.

In ogni caso l'*indennizzo* complessivo non potrà superare l'importo di euro 1.500.000.

**L'estensione non è operante per il "rischio volo" di cui all'art. 2.2.**



**Per facilitare la comprensione della somma liquidata in caso di operatività dell'estensione di garanzia, riportiamo di seguito alcuni esempi.**

*Esempio 1)*

Sinistro: morte di entrambi i genitori per rapina, avvenuta mentre l'assicurato e la moglie si trovano in una gioielleria per alcuni acquisti.

Somma assicurata caso morte: 200.000 euro.

Beneficiari indicati nel modulo di polizza: i 2 figli minori dell'assicurato

Calcolo della somma da liquidare ai 2 figli minori:

$(200.000 \times 50) / 100 = 100.000$  euro (aumento somma assicurata)

**La Compagnia liquiderà: 200.000 (somma assicurata) + 100.000 euro = 300.000 euro**



*Esempio 2)*

Sinistro: a seguito di un guasto ai freni dell'autobus cui si trovano l'assicurato e la moglie precipita, entrambi muoiono sul colpo.

Somma assicurata caso morte: 1.200.000 euro

Beneficiari indicati nel modulo di polizza: figlio unico maggiorenne portatore di un'invalidità permanente del 70% della totale.

$(1.200.000 \times 50) / 100 = 600.000$  euro (aumento somma assicurata)

$1.200.000$  (somma assicurata) +  $600.000 = 1.800.000$  euro

La Compagnia non liquiderà l'intera somma calcolata di 1.800.000 euro, in quanto le condizioni di polizza prevedono che l'importo massimo liquidabile è 1.500.000 euro.

**La Compagnia liquiderà 1.500.000 euro**

**Art. 2.5.2.4 Esposizione agli elementi**

La *Compagnia*, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle *condizioni di assicurazione*, corrisponde la *somma assicurata* per il caso morte anche se gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'*infortunio* ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'*Assicurato* si trovi in condizioni tali da subire la morte.



**Art. 2.6 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.

**Art. 2.6.1 Oggetto della garanzia**

Qualora a seguito di *infortunio* indennizzabile ai sensi di *polizza* consegua una *Invalidità permanente*, la *Compagnia* liquida un *indennizzo* proporzionale alla *somma assicurata*, determinato come da criteri specificati al paragrafo successivo in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali indicate nell'Appendice A (vedi allegati alle *condizioni di assicurazione*) – "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di *Invalidità permanente* (ex Tabella INAIL, Allegato n. 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124)".

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

**Art. 2.6.2 Estensioni di garanzia sempre operanti****Art. 2.6.2.1 Ernie traumatiche o da sforzo**

L'*assicurazione* è estesa alle ernie traumatiche o da sforzo conseguenti a *infortunio*.

In particolare, è previsto che:

- nel caso di ernia addominale operata in corso di copertura viene riconosciuto un *indennizzo* pari al 2% della *somma assicurata* per *invalidità permanente*;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico viene riconosciuto un *indennizzo* fino ad un massimo del 5% della *somma assicurata* per *invalidità permanente*;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un *indennizzo* pari al 2% della *somma assicurata* per *invalidità permanente*.

La copertura assicurativa opera dal 181° giorno dalla decorrenza o dal pagamento del *premio* se successivo.

Qualora insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, si fa riferimento a quanto normato all'articolo 5.7 – Controversie - Arbitro irrituale.

**Per facilitare la comprensione dell'indennizzo, riportiamo di seguito un esempio.**

Somma assicurata invalidità permanente da infortunio: 50.000 euro

Sinistro: infortunio da cui deriva un'ernia addominale non operabile secondo parere medico.

Franchigia Invalidità permanente da infortunio operante: "Tabella speciale supervalutazione", che prevede la non indennizzabilità per invalidità accertate fino a 5 punti percentuali.

Invalidità permanente da infortunio accertata: 3%; la franchigia di cui sopra NON si applica.  
(50.000 x 3) / 100 = 1.500 euro

**La Compagnia liquiderà 1.500 euro.**



**Art. 2.6.2.2 Esposizione agli elementi**

La *Compagnia*, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle *condizioni di assicurazione*, corrisponde la *somma assicurata* per il caso *invalidità permanente* anche se gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'*infortunio* ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'*Assicurato* si trovi in condizioni tali da subire un'*invalidità permanente*.

## ESTENSIONI OPERANTI PER LE GARANZIE ATTIVATE IN POLIZZA (senza premio aggiuntivo)

**Art. 2.7 DANNI ESTETICI**

Si conviene che, in caso di *infortunio* non escluso dalle *condizioni di assicurazione*, con conseguenze di carattere estetico (purché comprovate da referto di Pronto Soccorso o di Ospedale), che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di *invalidità permanente*, la *Compagnia* rimborserà fino ad un massimo di euro 2.000 per evento le spese documentate sostenute dall'*Assicurato* per:

- cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico che sia conseguenza diretta dell'*infortunio*;
- interventi di chirurgia plastica ed estetica limitatamente ai danni estetici che siano conseguenza diretta dell'*infortunio*.

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

**Art. 2.8 PERSONE NON ASSICURABILI**

Non è assicurabile:

- chi ha già compiuto 80 anni;
- chi non è residente in *Italia*;
- la persona affetta da *alcolismo*, tossicodipendenza e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - *psicofarmaci* e *farmaci psicotropi* assunti non a scopo terapeutico), le persone con infezione da H.I.V. o sindromi correlate con o senza AIDS.

Qualora l'*Assicurato* compia l'80° anno di età durante l'*annualità assicurativa*, la copertura cessa alla prima scadenza annuale utile.

Con riferimento al piano assicurativo Top, si considerano non assicurabili i soggetti che alla data di decorrenza dell'assicurazione abbiamo un indice di massa corporea non rientrante nel range sotto indicato, individuato in base al genere e all'età dell'*Assicurato*.

Età in anni compiuti alla decorrenza della polizza	Maschi	Femmine
16	17.0 - 27.5	16.8 - 28.8
17	17.6 - 28.2	17.2 - 29.6
18+	18.0 - 34.9	18.0 - 34.9

**2.8.1 Inassicurabilità Sopravvenuta**

Il *Contraente* o l'*Assicurato* deve comunicare tempestivamente alla *Compagnia* la sopravvenuta inassicurabilità. Premesso che la *Compagnia*, qualora al momento della stipulazione della *polizza* fosse stata a conoscenza che l'*Assicurato* rientrasse in una delle casistiche indicate al precedente art. 2.8 – Persone non assicurabili, non avrebbe acconsentito a prestare l'*assicurazione*, resta precisato 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 del 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 quota parte di *premio*, al netto delle imposte già pagate, relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del *periodo di assicurazione* per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.



**Art. 2.9 ESCLUSIONI GENERALI**

Sono esclusi dalla presente *assicurazione* gli *infortuni*:

- a) causati da guida di qualsiasi veicolo, aeromobile o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, 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) causati da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, salvo quanto previsto dall'art. 2.3;
- c) causati da eventi direttamente connessi ad insurrezioni a carattere generale;
- 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.);
- e) conseguenza di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore anche in qualità di passeggero, salvo che si tratti di regolarità pura;
- g) conseguenti ad abuso di alcolici e/o *psicofarmaci*, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di *psicofarmaci* e/o di sostanze stupefacenti;
- h) causati dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- i) dovuti a *stato di ebbrezza* alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- j) connessi all'arruolamento volontario, al richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- k) che siano conseguenza diretta e indiretta di malattie mentali e/o disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicità;
- l) che siano conseguenza diretta e indiretta di tumulti popolari, *atti di terrorismo*, aggressioni o rapine, fatta eccezione per quanto stabilito all'art. 2.1 Oggetto dell'assicurazione al punto 2);
- m) che siano conseguenza diretta e indiretta di atti di temerarietà, fatta eccezione per quanto stabilito all'art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione al punto 3);
- n) conseguenti a partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo e non esaustivo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, *sci estremo* etc.);
- o) derivanti da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- p) derivanti da suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- q) avvenuti antecedentemente alla validità della copertura;
- r) derivanti da malattie professionali come definite dal DPR 30/6/65 n. 1124;
- s) pratica di qualsiasi sport che costituisca per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata, e degli sport esclusi al presente articolo.

Sono in ogni caso esclusi dalla copertura gli *infortuni* subiti dall'Assicurato durante la pratica di attività sportive esercitate in forma professionistica (**Sport a livello professionistico**)

Si intendono inoltre esclusi gli *infortuni* che si verifichino in occasione della pratica dei seguenti sport, svolti o meno sotto l'egida di federazioni o associazioni sportive:

1. pugilato;
2. atletica pesante;
3. lotta e arti marziali nelle loro varie forme;
4. alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai oltre il 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), e se inferiori al 3° grado se effettuate in solitaria;
5. arrampicata libera;
6. sci e snowboard fuori pista (ma s'intende compreso lo sci e lo snowboard fuori pista solo se effettuati ai margini delle piste da sci battute);
7. salto dal trampolino con sci o idrosci;
8. *sci estremo* e *sci acrobatico*, snowboard estremo ed acrobatico, sci alpinismo;
9. bob e slittino da gara;
10. biathlon e triathlon (ironman);
11. rugby;
12. immersione con autorespiratore;
13. paracadutismo e sport aerei in genere (compresi deltaplano, ultraleggeri e parapendio);
14. football americano;
15. hockey su ghiaccio, su pista e su prato;
16. rafting;
17. regate oceaniche e traversate in alto mare effettuate in solitaria;
18. free climbing;
19. jumping e bungee jumping;
20. parkour;
21. downhill;





22. kite-surf;
23. snow-kite;
24. skeleton;
25. torrentismo e canyoning;
26. speleologia;
27. guidoslitta (bobsleigh);
28. hydrospeed;
29. canoa e kajak che comporti discesa di rapide;
30. sport motoristici in genere (autoveicoli, motoveicoli e natanti a motore o motonautici, go-kart).

Relativamente alla pratica di attività sportive svolte sotto l'egida di federazioni o associazioni sportive si intendono esclusi gli *infortuni* che si verifichino in occasione della pratica delle seguenti attività sportive:

- I. calcio,
- II. calcetto,
- III. pallacanestro,
- IV. sci alpino (slalom e/o discesa) e snowboard,
- V. ginnastica (artistica e trampolino),
- VI. ciclismo,
- VII. pattinaggio su ghiaccio e/o pista,
- VIII. sport equestri in genere.

Sono inoltre esclusi dalla copertura:

- gli infarti da qualunque causa provocati;
- le conseguenze dirette e indirette derivanti da situazioni pregresse alla data di decorrenza;
- le operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da *infortunio*.

## COME PERSONALIZZARE LA COPERTURA

### GARANZIE AGGIUNTIVE



**Opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo, operanti solo se espressamente richiamate nel modulo di polizza e qualora sia stato pagato il relativo premio.**



**Si precisa che per tali garanzie aggiuntive rimangono valide tutte le esclusioni generali indicate all'art. 2.9 – Esclusioni generali, se non esplicitamente derogate.**

#### Art. 2.10 INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO



La garanzia è acquistabile solo da lavoratori autonomi e liberi professionisti.



##### **Cos'è l'inabilità temporanea da infortunio?**

Per inabilità temporanea si intende l'incapacità, totale o parziale, del soggetto assicurato di svolgere la propria attività lavorativa specifica per un determinato periodo di tempo. Si tratta quindi di un danno reversibile e limitato nel tempo.

##### **Art. 2.10.1 Oggetto della garanzia**

Se l'*infortunio* indennizzabile ai termini di *polizza* ha per conseguenza l'*inabilità temporanea*, con o senza *ricovero*, la *Compagnia* liquiderà l'*indennità giornaliera* assicurata per ogni giorno di inabilità, fino ad un massimo di 365 giorni, a decorrere dal quinto giorno successivo a quello dell'*infortunio*, se l'*infortunio* stesso è stato regolarmente denunciato nei termini previsti dall'art. 5.1.



L'inabilità deve essere sempre certificata da un verbale di pronto soccorso o da prescrizione medica attestante la lesione e la relativa prognosi.

Si precisa che, nel caso in cui permanga l'inabilità dell'Assicurato, è onere di quest'ultimo inoltrare alla Compagnia i certificati medici di estensione dell'inabilità. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia inviato i successivi certificati medici di estensione del periodo di inabilità, la liquidazione dell'indennità verrà effettuata considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato dall'Assicurato, fatta salva la possibilità per la Compagnia di stabilire una data anteriore. Resta comunque inteso che la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere il parere di un medico fiduciario e/o di effettuare qualsiasi ulteriore indagine ritenuta necessaria.

Si conviene che i giorni di inabilità accertata e documentata (dedotti i giorni di franchigia) siano forfettariamente considerati:

- nella misura del 60% come Inabilità Temporanea Totale;
- nella misura del 40% come Inabilità Temporanea Parziale, quest'ultima quantificabile al 50% dell'importo giornaliero indicato nel modulo di polizza.

La Compagnia cesserà di liquidare l'indennità da *inabilità temporanea* al verificarsi di una delle casistiche di seguito riportate:

- in assenza di rinnovo della prescrizione medica, a partire dal giorno successivo a quello di scadenza del certificato medico
- in caso di morte dell'Assicurato.



#### Per facilitare la comprensione dell'indennizzo, riportiamo di seguito un esempio.

Sinistro: distorsione a seguito di caduta dalle scale di casa.

Indennità giornaliera assicurata: 100 euro

Verbale di pronto soccorso: 12 giorni di inabilità.

Franchigia: 5 giorni

$12 - 5 = 7$  giorni di indennità

Viene riconosciuta l'intera indennità giornaliera assicurata nella misura del 60% dei giorni indennizzabili, il 50% dell'importo giornaliero assicurato per il restante 40% dei giorni indennizzabili.

$(7 \times 60) / 100 = 4.2$  giorni (l'indennità giornaliera è pagata al 100%)

$7 - 4.2 = 2.8$  giorni (l'indennità giornaliera è pagata al 50%)

$(100 \times 4,2) + (50 \times 2.8) = 560$  euro

**La Compagnia liquiderà all'Assicurato 560 euro.**

## Art. 2.11 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

### Art. 2.11.1 Oggetto della garanzia

A seguito di *infortunio* indennizzabile a termini delle presenti *condizioni di assicurazione*, la Compagnia rimborsa all'Assicurato le spese effettivamente sostenute per:

- a) onorari di medici, chirurghi ed ogni altro soggetto medico o paramedico partecipante all'*intervento chirurgico*;
- b) rette di degenza in strutture ospedaliere pubbliche o private;
- c) medicinali;
- d) trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario all'*istituto di cura* fino alla concorrenza del 5% della *somma assicurata* indicata sul *modulo di polizza*;
- e) *trattamenti fisioterapici* purché effettuati nei 6 mesi successivi all'*infortunio* – a condizione che sia corredato da referto di Pronto Soccorso attestante l'*infortunio* subito – o dal giorno delle dimissioni dell'eventuale *ricovero* o dell'eventuale *intervento chirurgico*, con il massimo del 40% della *somma assicurata* indicata sul *modulo di polizza*;



- f) cure odontoiatriche rese necessarie da *infortunio* comprovato da referto di Pronto Soccorso, purché effettuate nei 6 mesi successivi all'*infortunio*, con il massimo del 40% della *somma assicurata* indicata sul *modulo di polizza* e fino a concorrenza di euro 2.000;
- g) *visite specialistiche* nonché esami e *accertamenti diagnostici*, purché effettuati nei 6 mesi successivi all'*infortunio* – e a condizione che sia corredato da referto di Pronto Soccorso attestante l'*infortunio* subito – con il massimo del 40% della *somma assicurata* indicata sul *modulo di polizza*.



**Per facilitare la comprensione del rimborso spese mediche da infortunio, riportiamo di seguito un esempio.**

*Esempio 1)*

Somma assicurata "rimborso spese mediche da infortunio": 2.000 euro

Sottolimito assicurato per "trattamenti fisioterapici da infortuni":  $(2.000 \times 40) / 100 = 800$  euro

Franchigia: 50 euro per evento

Costo totale "trattamenti fisioterapici da infortunio" sostenuto dall'Assicurato: 600 euro

**La Compagnia rimborsa all'Assicurato 550 euro (600 – 50 di franchigia)**

*Esempio 2)*

Somma assicurata "rimborso spese mediche da infortunio": 10.000 euro

Il sottolimito assicurato per "cure odontoiatriche da infortunio" è pari al minore tra il 40% del valore della somma assicurata ( $10.000 \times 40\% = 4.000$ ) e l'importo di euro 2.000; nel caso in esame il sottolimito è quindi pari a euro 2.000.

Franchigia: 50 euro per evento

Costo totale "cure odontoiatriche" sostenuto dall'Assicurato: 2.500 euro

$2.500 - 50$  franchigia = 2.450 euro (costo sostenuto dall'Assicurato al netto della franchigia)

**La Compagnia rimborsa all'Assicurato 2.000 euro.**

Le spese relative ai trattamenti di cui alla lettera e) nonché alle *visite specialistiche* e agli accertamenti di cui alla lettera g) sono rimborsate a condizione che gli stessi siano stati prescritti da medico specialista nella materia cui si riferiscono.

La *somma assicurata* indicata nel *modulo di polizza* rappresenta il massimo esborso per uno o più *sinistri* verificatisi nel corso del medesimo periodo assicurativo annuo, o minor *periodo di assicurazione*.

La garanzia è prestata previa detrazione della *franchigia* fissa di euro 50 per evento.

#### **Art.2.11.2 Esclusioni**

Sono escluse dal rimborso:

- le spese per l'acquisto degli apparecchi protesici in genere, salvo quelli applicati durante l'intervento;
- le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di *invalidità permanente*.

### **Art. 2.12 DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO**

#### **Art. 2.12.1 Oggetto della garanzia**

In caso di *ricovero* in *istituti di cura* a seguito di un *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, la *Compagnia* liquida a cura ultimata e previa presentazione in originale di una dichiarazione rilasciata dall'*istituto di cura* attestante il motivo e la durata del *ricovero*, l'indennità assicurata indicata nel *modulo di polizza* per ogni giorno di degenza, per un periodo massimo di 120 giorni per ogni *periodo assicurativo*.



La *Compagnia* potrà inoltre richiedere all'*Assicurato* di sottoporsi ad accertamenti e controlli medici, di fornire informazioni e di produrre, ove occorra, copia della *cartella clinica* completa redatta nel luogo di cura.

La denuncia, ai fini dell'efficacia della garanzia di cui al presente articolo, deve essere fatta nel termine e con le modalità previste all'art. 5.1.

## Art. 2.12.2 Estensioni di garanzia sempre operanti

### Art. 2.12.2.1 Diaria supplementare

Al termine della degenza in *istituto di cura* di cui all'art. 2.12.1, la *Compagnia* riconosce all'*Assicurato* un'*indennità giornaliera* supplementare, di pari importo all'*indennità assicurata*, per ogni giorno di inabilità certificato da prescrizione medica e fino ad un massimo di 20 giorni per evento.

### Art. 2.12.3 Esclusioni

Sono esclusi i ricoveri:

- determinati da cure e da interventi per l'eliminazione di difetti fisici, per applicazione di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di *infortunio*), per le cure e protesi dentarie;
- in stabilimenti termali, case di soggiorno e di convalescenza.

## Art. 2.13 INDENNITÀ PER FRATTURA

### Art. 2.13.1 Oggetto della garanzia

Qualora, a seguito di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, l'*Assicurato* riporti una o più *fratture* ossee, radiograficamente accertate o rottura miocapsulolegamentosa articolare clinicamente riscontrata mediante apposita indagine strumentale, la *Compagnia* corrisponderà un importo forfettario come di seguito indicato:

- in caso di una o più *fratture* ossee verrà liquidata un'unica somma forfettaria di euro 2.500 per ogni evento, per ogni *periodo di assicurazione*;
- in caso di rottura tendinea è liquidata un'unica somma forfettaria di euro 1.500 per ogni evento, per ogni *periodo di assicurazione*;
- In caso di *fratture* alle dita delle mani e/o dei piedi, la *Compagnia* corrisponderà euro 500 per ciascun dito fratturato, entro il limite massimo di euro 2.500 per *periodo di assicurazione*.



#### Per facilitare la comprensione dell'indennizzo, riportiamo di seguito un esempio.

Somma assicurata. 2.500 euro

Sinistro: infortunio con fratture multiple alle dita del piede, 3 dita fratturate.

Indennizzo previsto per ciascun dito: 500 euro

**La Compagnia liquiderà 1.500 euro** (500 x 3 = 1.500 euro)



#### Quali fratture non sono coperte dalla presente garanzia?

Non sono incluse nella copertura:

- le fratture patologiche;
- le fratture chirurgiche;
- le fratture spontanee e i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura



**Art. 2.14 FRANCHIGIE INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO**

Il *Contraente* alla sottoscrizione della *polizza* potrà scegliere, all'interno del *piano assicurativo* acquistato, una delle opzioni di franchigia di seguito indicate per la determinazione della percentuale di *invalidità permanente* da liquidare.

Si precisa che la *franchigia* operante è indicata nel *modulo di polizza*.

**Art. 2.14.1 Franchigie Opzionabili nel "Piano Assicurativo Easy"****Opzione a) - Tabella speciale di supervalutazione**

Punti percentuali di invalidità permanente accertati	Punti percentuali da liquidare
da 1 a 5	0
6	1
7	2
8	3
9	4
10	7
11	8
12	9
13	11
14	13
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	32
32	34
33	36
34	38
35	40
36	42
37	44
38	46
39	48
40	50
41	52
42	54
43	56
44	58
45	60
46	62
47	64
48	66
49	68
50	70
51	75
52	75
53	75
54	80
55	80
56	80
57	85
58	85
59	85

Punti percentuali di invalidità permanente accertati	Punti percentuali da liquidare
60	90
61	90
62	90
63	95
64	95
65	95
66	100
67	105
68	105
69	110
70	110
71	115
72	115
73	120
74	120
75	125
da 76 a 100	150





**Per facilitare la comprensione dell'applicazione della franchigia, riportiamo di seguito alcuni esempi.**

*Esempio 1)*

Somma assicurata Invalidità Permanente da infortunio: 150.000 euro

Franchigia: "Tabella speciale di supervalutazione"

Invalidità permanente accertata: 13%

Punti percentuali da liquidare in base alla tabella operante: 11%

$(150.000 \times 11) / 100 = 16.500$  euro

**La Compagnia liquiderà 16.500 euro**

*Esempio 2)*

Somma assicurata Invalidità Permanente da infortunio: 250.000 euro

Franchigia: Tabella speciale di supervalutazione

Invalidità permanente accertata: 70%

Punti percentuali da liquidare in base alla tabella: 110%

$(250.000 \times 110) / 100 = 275.000$  euro

**La Compagnia liquiderà 275.000 euro**

### Opzione b) - Franchigia a fasce di capitali e in caso di incidenti stradali

#### Franchigia a fasce di capitali

Si conviene che:

- sulla parte di somma fino a euro 200.000, l'*indennizzo per invalidità permanente* viene liquidato senza applicazione di alcuna *franchigia*;
- sulla parte di somma eccedente euro 200.000, non si fa luogo ad *indennizzo per invalidità permanente* quando questa sia di grado pari o inferiore al 3%. Ne consegue che, se l'*invalidità permanente* supera la percentuale del 3% della totale, sempre nel rispetto dei limiti sopra indicati, viene corrisposto l'*indennizzo* solo per la parte eccedente detta percentuale.

#### Franchigia assoluta rischi stradali

In caso di *invalidità permanente* derivante da incidente stradale, che colpisca l'*Assicurato* nella loro veste di conducente e/o trasportato su: automezzi in genere, cicli, ciclomotori e motocicli, non si farà luogo ad alcun *indennizzo* qualora l'*invalidità permanente* sia di grado pari o inferiore al 3% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 3%, l'*indennizzo* verrà corrisposto solo per la parte eccedente.



**Per facilitare la comprensione dell'applicazione della franchigia, riportiamo di seguito alcuni esempi.**

*Esempio 1)*

Somma assicurata: 350.000 euro

Franchigia a fasce di capitali



Sinistro: caduta dal ponteggio durante l'attività lavorativa indicata in polizza

Invalidità permanente da infortunio accertata: 65%

Franchigia per somme eccedenti 200.000 euro: 3%

$(200.000 \times 65) / 100 = 130.000$  euro

65% IP - 3% di franchigia = 62%

$(150.000 \times 62) / 100 = 93.000$  euro

$130.000 + 93.000 = 223.000$  euro

**La Compagnia liquiderà 223.000 euro**

*Esempio 2)*

Somma assicurata: 100.000 euro

Sinistro: incidente stradale

Invalidità permanente accertata: 30%

Franchigia assoluta rischi stradali: 3%

$30\% - 3\% = 27\%$

$(100.000 \times 27) / 100 = 27.000$  euro

**La Compagnia liquiderà 27.000 euro**

### Opzione c) - Franchigia 3% relativa al 10%

Si conviene che non si farà luogo a *indennizzo per invalidità permanente* quando questa sia di grado non superiore al 3% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 3% della totale, l'*indennizzo* verrà corrisposto solo per la parte eccedente. In caso di *invalidità permanente* superiore al 10% della totale, la *franchigia* di cui sopra si intende annullata.



**Per facilitare la comprensione dell'applicazione della franchigia, riportiamo di seguito alcuni esempi.**

*Esempio 1)*

Somma assicurata: 70.000 euro

Franchigia 3% relativa al 10%

Invalidità permanente da infortunio accertata: 3%

**La Compagnia non pagherà nulla in quanto l'invalidità permanente accertata è pari alla franchigia.**

*Esempio 2)*

Somma assicurata: 400.000 euro

Franchigia 3% relativa al 10%

Invalidità permanente accertata: 25%

$(400.000 \times 25) / 100 = 100.000$  euro

**La Compagnia liquiderà il 100% della percentuale di invalidità permanente accertata, senza applicazione della franchigia, per l'importo di 100.000 euro.**



**Art. 2.14.2 Franchigia "Piano assicurativo TOP"**

**Franchigia modulata 5%**

Si conviene che:

- non è liquidato alcun *indennizzo* se l'*invalidità permanente* è di grado non superiore al 5% della totale;
- se invece l'*invalidità permanente* è di grado superiore al 5%, liquida la differenza tra l'*invalidità permanente* accertata e la *franchigia* stessa fino ad un grado di invalidità del 14%;
- per *invalidità permanenti* comprese tra il 15% e il 30% l'*invalidità permanente* liquidata corrisponde a quella accertata, mentre per invalidità accertate superiori al 30% l'invalidità liquidata è superiore a quella accertata come da tabella di seguito riportata;
- a partire da un'*invalidità permanente* pari o superiori al 65%, è liquidata l'intera *somma assicurata*.

Punti percentuali di invalidità permanente accertati	Punti percentuali da liquidare
31%	32%
32%	34%
33%	36%
34%	38%
35%	40%
36%	42%
37%	44%
38%	46%
39%	48%
40%	50%
41%	52%
42%	54%

Punti percentuali di invalidità permanente accertati	Punti percentuali da liquidare
43%	56%
44%	58%
45%	60%
46%	62%
47%	64%
48%	66%
49%	68%
50%	70%
51%	72%
52%	74%
53%	76%
54%	78%

Punti percentuali di invalidità permanente accertati	Punti percentuali da liquidare
55%	80%
56%	82%
57%	84%
58%	86%
59%	88%
60%	90%
61%	92%
62%	94%
63%	96%
64%	98%



**Per facilitare la comprensione dell'applicazione della franchigia, riportiamo di seguito alcuni esempi.**

*Esempio 1)*

Somma assicurata: 750.000 euro

Invalidità permanente da infortunio accertata: 4%

**La Compagnia non liquiderà alcun indennizzo in quanto l'invalidità accertata è inferiore alla franchigia del 5%.**

*Esempio 2)*

Somma assicurata: 1.000.000 euro

Invalidità permanente da infortunio accertata: 12%

12% - 5% = 7% (percentuale di IP liquidabile)

$(1.000.000 \times 7) / 100 = 70.000$  euro

**La Compagnia liquiderà all'Assicurato 70.000 euro.**





*Esempio 3)*

Somma assicurata: 1.500.000 euro

Invalidità permanente di infortunio accertata: 60%

 $(1.500.000 \times 90) / 100 = 1.350.000$  euro

**In base alla tabella di accertamento presente nelle condizioni di assicurazione, per l'invalidità permanente accertata sopra indicata, è prevista la liquidazione di 90 punti percentuali.**

**L'importo liquidato dalla Compagnia sarà di 1.350.000 euro.**

## CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

### Art. 2.15 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

### Art. 2.16 MODIFICA DELLA PROFESSIONE

Il *Contraente* e l'*Assicurato* hanno l'onere di comunicare in forma scritta alla *Compagnia* ogni modifica della professione principale e secondaria indicata nel *modulo di polizza*, così come della relativa categoria professionale.

Qualora l'*Infortunio* si verifichi nel corso di attività avente carattere professionale diversa rispetto a quella dichiarata nel *modulo di polizza*, l'*indennizzo* verrà corrisposto:

- integralmente se la diversa attività non aggrava il *rischio* assicurato;
- con una riduzione percentuale, come riportato nella tabella che segue, se la diversa attività aggrava il *rischio* assicurato.

Per determinare il livello di *rischio* delle attività dichiarate in *polizza* rispetto a quella/e effettivamente svolta/e al momento del *sinistro*, si farà riferimento alla classificazione delle attività professionali riportate nell'allegato A - "Classificazione delle attività professionali per classi di rischio". Per l'identificazione della classe di rischio delle attività professionali eventualmente non presenti nella predetta tabella, verrà utilizzato il criterio di analogia/equivalenza ad una delle attività elencate.

Attività al momento dell'infortunio	Attività professionale dichiarata			
	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Classe I	---	---	---	---
Classe II	15%	---	---	---
Classe III	35%	25%	---	---
Classe IV	45%	35%	15%	---

Qualora l'attività svolta dall'*Assicurato* al momento del *sinistro* sia una di quelle non assicurabili indicate all'art. 1.4 delle *condizioni di assicurazione*, non verrà corrisposto l'*indennizzo*.





**Per facilitare la comprensione della regola proporzionale in caso di sinistro avvenuto durante una professione diversa da quella dichiarata nel modulo di polizza, riportiamo di seguito alcuni esempi.**

*Esempio 1)*

Garanzie attive nella polizza sottoscritta dall'Assicurato:

- *Morte*
- *Invalidità permanente da infortunio;*
- *Indennità per frattura;*
- *Assistenza.*

Professione dichiarata nel modulo di polizza: *insegnante scolastico*

Sinistro: *l'Assicurato subisce un infortunio in aeroporto durante l'attività lavorativa in qualità di hostess di terra, dal quale deriva una frattura a due dita della mano destra.*

La professione di insegnante scolastico, attività dichiarata nel modulo di polizza, e la professione risultante al momento del sinistro sono classificate in "Classe I" nella "tabella delle professioni" allegata alle condizioni di assicurazione.

500 euro x 2 dita fratturate = 1.000 euro

**La compagnia liquiderà l'intero indennizzo dalle condizioni di assicurazione per le fratture ossee, l'Assicurato riceverà 1.000 euro.**

*Esempio 2)*

Garanzie attive nella polizza sottoscritta dall'Assicurato:

- *Morte*
- *Invalidità permanente da infortunio;*
- *Assistenza.*

Somma assicurata morte: 600.000 euro

Professione dichiarata nel modulo di polizza: *imprenditore edile senza partecipazione manuale e/o accesso ai cantieri.*

Sinistro: *l'Assicurato muore accidentalmente in cantiere cadendo da un ponteggio durante l'installazione del cappotto termico sulla facciata del condominio.*

La professione dichiarata nel modulo di polizza (*imprenditore edile senza partecipazione manuale*) su cui è stato calcolato il premio è un'attività classificata in "Classe di rischio I" nella "tabella delle professioni", mentre al momento del sinistro emerge che l'Assicurato svolgeva lavori manuali nella propria impresa edile, ovvero attività con classe di rischio IV (come da "tabella professioni allegata alle presenti condizioni di assicurazione). Alla luce di quanto premesso non è possibile procedere con la liquidazione dell'intera somma assicurata per morte, la Compagnia liquiderà il sinistro come segue.

$(600.000 \times 45) / 100 = 270.000$  euro

$600.000 - 270.000 = 330.000$  euro

**La Compagnia liquiderà 330.000 euro.**



**Art. 2.17 MODIFICA DEI BENEFICIARI**

La designazione del beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere effettuate mediante comunicazione scritta, sottoscritta in originale dal *Contraente*, alla *Compagnia* o mediante testamento. Tali atti avranno efficacia nei confronti della *Compagnia* solo se a questa trasmessi al più tardi contestualmente alla documentazione utile all'avvio della procedura di liquidazione; in caso di mancata trasmissione entro tale termine, la designazione e le sue eventuali revoche o modifiche (in qualunque forma effettuata, anche testamentaria) non saranno opponibili alla *Compagnia*.

Una volta ricevuta la predetta documentazione la *Compagnia provvederà ad emettere un'appendice di variazione*.

**Art. 2.18 LIMITE PER CUMULO INDENNIZZI**

Nel caso di un unico evento che provochi contemporaneamente l'*infortunio* di più persone assicurate con la *Compagnia*, l'esborso massimo complessivo a carico della *Compagnia* stessa non può superare l'importo di euro 12.000.000.

Qualora gli *indennizzi* liquidabili ai sensi di *polizza* eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi saranno proporzionalmente ridotti.

**TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI**

GARANZIE BASE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
Morte da infortunio	non previsto	non previsto	non previsto
Invalità permanente da infortunio	non previsto	<p><b>Piano assicurativo Easy</b></p> <p><b>Opzione a)</b>  <b>Franchigia con tabella speciale di supervalutazione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Franchigia 5% fino a 5 punti percentuali di invalidità.</li> <li>- La franchigia del 5% diventa assorbibile a partire da 10 punti percentuali fino a 14 punti percentuali di invalidità.</li> <li>- Nessuna franchigia a partire da 15 punti percentuali.</li> <li>- Supervalutazione da 31 punti percentuali di invalidità permanente accertata.</li> <li>- Invalidità permanente liquidata al 100% a 66 punti percentuali di invalidità accertati.</li> <li>- Supervalutazione oltre i 100 punti percentuali per invalidità permanenti accertate da 67 punti.</li> </ul> <p><b>Opzione b)</b>  <b>Franchigia a fasce di capitali e in caso di incidenti stradali.</b></p> <p>a) sulla parte di somma fino a euro 200.000, l'indennizzo per invalidità permanente viene liquidato senza applicazione di alcuna franchigia.</p> <p>b) sulla parte di somma eccedente euro 200.000, non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 3%. Ne consegue che, se l'invalidità permanente supera la percentuale del 3% della totale, sempre nel rispetto dei limiti sopra indicati, viene corrisposto</p>	non previsto



		<p>l'indennizzo solo per la parte eccedente detta percentuale. È prevista una franchigia assoluta del 3% in caso di incidenti stradali in qualità di conducente o trasportato.</p> <p><b>Opzione c)</b> <b>Franchigia 3% relativa al 10%</b> Non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 3% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente. In caso di invalidità permanente superiore al 10% della totale, la franchigia di cui sopra si intende annullata.</p> <p><b>Piano assicurativo TOP</b> <b>Franchigia modulata 5%</b> Non è liquidato alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente è di grado superiore al 5%, liquida la differenza tra l'invalidità permanente accertata e la franchigia stessa fino ad un grado di invalidità del 14%. Per invalidità permanenti comprese tra il 15% e il 30% l'invalidità permanente liquidata corrisponde a quella accertata, mentre per invalidità accertate superiori al 30% l'invalidità liquidata è superiore a quella accertata; a partire da un'invalidità permanente pari o superiori al 65%, è liquidata l'intera somma assicurata.</p>	
ESTENSIONI GARANZIE BASE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
<b>Ernie traumatiche o da sforzo</b>	non previsto	non previsto	<p>a) nel caso di ernia addominale operata in corso di copertura viene riconosciuto <b>un indennizzo pari al 2% della somma assicurata per invalidità permanente.</b></p> <p>b) nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico viene riconosciuto un indennizzo <b>fino ad un massimo del 5% della somma assicurata</b> per invalidità permanente.</p> <p>c) nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto <b>un indennizzo pari al 2% della somma assicurata per invalidità permanente.</b></p>
<b>Danni estetici</b>	non previsto	non previsto	<b>2.000 euro</b> per evento.



GARANZIE AGGIUNTIVE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITE DI INDENNIZZO
<b>Inabilità temporanea da infortunio</b>	non previsto	<b>5 giorni</b>	<p>I giorni di inabilità accertata e documentata (dedotti i giorni di franchigia) sono forfettariamente considerati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>60%</b> come Inabilità Temporanea Totale;</li> <li>- <b>40%</b> come Inabilità Temporanea Parziale, quest'ultima quantificabile al <b>50% dell'importo giornaliero</b> indicato nel modulo di polizza.</li> </ul>
<b>Rimborso spese mediche da infortunio</b>	non previsto	<b>50 euro per evento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- trasferimento, effettuato con idoneo mezzo di trasporto sanitario all'istituto di cura <b>fino alla concorrenza del 5% della somma assicurata</b> indicata sul modulo di polizza;</li> <li>- trattamenti fisioterapici con il <b>massimo del 40% della somma assicurata</b> indicata sul modulo di polizza;</li> <li>- cure odontoiatriche con il <b>massimo del 40% della somma assicurata</b> indicata sul modulo di polizza e <b>fino a concorrenza di euro 2.000</b>.</li> <li>- visite specialistiche nonché esami e accertamenti diagnostici con il <b>massimo del 40% della somma assicurata</b> indicata sul modulo di polizza.</li> </ul>
<b>Diaria da ricovero per infortunio</b>	non previsto	non previsto	<b>120 giorni</b> per ogni periodo di assicurazione
<b>Diaria supplementare</b>	non previsto	non previsto	<b>20 giorni</b> per evento
<b>Indennità per frattura</b>	non previsto	non previsto	<p><b>d)</b> in caso di una o più fratture ossee verrà liquidata <b>un'unica somma forfettaria di euro 2.500 per ogni evento, per ogni periodo di assicurazione.</b></p> <p><b>e)</b> in caso di rottura tendinea è liquidata <b>un'unica somma forfettaria di euro 1.500 per ogni evento, per ogni periodo di assicurazione.</b></p> <p><b>f)</b> In caso di rottura fratture alle dita delle mani e/o dei piedi verrà corrisposto <b>500 euro per ciascun dito fratturato, entro il limite massimo di euro 2.500 per periodo di assicurazione.</b></p>





## SEZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

### COSA È ASSICURATO

#### Art. 3.1 INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA



La garanzia è operante solamente se richiamata nel *modulo di polizza* ed è stato pagato il relativo *premio*.

##### Art. 3.1.1 Oggetto dell'assicurazione

L'*assicurazione* è prestata per il caso di *invalidità permanente* conseguente a *malattia* manifestatasi successivamente alla data di effetto della *polizza* e comunque non oltre la data di cessazione dell'*assicurazione*.

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

#### Art. 3.2 PERSONE NON ASSICURABILI

Non è assicurabile:

- chi ha già compiuto 65 anni;
- chi non è residente in *Italia*;
- la persona affetta da *alcolismo*, tossicodipendenza e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - *psicofarmaci* e *farmaci psicotropi* assunti non a scopo terapeutico), le persone con infezione da H.I.V. o sindromi correlate con o senza AIDS.

Qualora l'*Assicurato* compia il 65° anno di età durante l'*annualità assicurativa*, la copertura della presente garanzia cessa a partire dalla prima scadenza annuale utile, fermo il ricalcolo del *premio* sulla base delle eventuali garanzie che restano operanti.

Si considerano altresì non assicurabili i soggetti che alla data di decorrenza dell'*assicurazione* abbiamo un indice di massa corporea non rientrante nel range sotto indicato, individuato in base al genere e all'età dell'*Assicurato*.

Età in anni compiuti alla decorrenza della polizza	Maschi	Femmine
16	17.0 - 27.5	16.8 - 28.8
17	17.6 - 28.2	17.2 - 29.6
18+	18.0 - 34.9	18.0 - 34.9



### 3.2.1. Inassicurabilità sopravvenuta

Il *Contraente* o l'*Assicurato* deve comunicare tempestivamente alla *Compagnia* la sopravvenuta inassicurabilità.

Premesso che la *Compagnia*, qualora al momento della stipulazione della *polizza* fosse stata a conoscenza che l'*Assicurato* rientrasse in una delle casistiche indicate al precedente art. 3.2 "Persone non assicurabili", non avrebbe acconsentito a prestare l'*assicurazione*, resta precisato 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 del 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 quota parte di *premio*, al netto delle imposte già pagate, e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del *periodo di assicurazione* per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.

### Art. 3.3 TERMINI DI CARENZA

L'*assicurazione* ha effetto a partire dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della *polizza* o di pagamento del *premio*, se successivo.

Qualora la presente *assicurazione* sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra *polizza* Helvetia Protezione Persona in corso, riguardante gli stessi assicurati e identiche garanzie, i *termini di carenza* cui sopra operano:

- dal giorno di decorrenza della *polizza* sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste;
- dal giorno di decorrenza della presente *assicurazione* per le maggiori o diverse prestazioni da essa prevista.

La norma di cui al precedente comma vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso della presente *assicurazione*.



**Per facilitare la comprensione dell'operatività della Carenza, riportiamo di seguito alcuni esempi.**

*Esempio 1)*

Data decorrenza: 10/07/2022

Data pagamento premio: 10/07/2022

Sinistro: invalidità permanente da malattia accertata 15%

Data sinistro: 8/09/2022

**La Compagnia rifiuta il sinistro in quanto avvenuto durante il periodo di carenza previsto dalle condizioni di assicurazione.**

*Esempio 2)*

Data decorrenza: 22/02/2022

Data pagamento premio: 22/02/2022

Sinistro: invalidità permanente da malattia accertata 35%

Data sinistro: 29/06/2022

**La Compagnia apre il sinistro in quanto è avvenuto al di fuori del periodo di Carenza.**



**Art. 3.4 ESCLUSIONI**

Fermo quanto previsto dall'Art. 3.2 - Persone non assicurabili, l'assicurazione non è operante per le invalidità permanenti preesistenti alla data di decorrenza dell'assicurazione, nonché per quanto imputabile a difetti fisici, *malformazioni*, condizioni fisiche patologiche preesistenti.

Sono altresì escluse *invalidità permanenti* da malattia provocate o derivanti, direttamente o indirettamente, da:

- a) malattie mentali e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- b) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- c) atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d) malattie conseguenti e/o correlate all'abuso di alcolici, o all'uso non terapeutico di *psicofarmaci*, allucinogeni o stupefacenti, salvo somministrazione terapeutica;
- e) terapie e trattamenti della fecondità, della sterilità, dell'impotenza maschile;
- f) sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate all'infezione da HIV;
- g) malattie tropicali;
- h) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- i) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- j) malattie professionali come definite dal DPR 30/6/65 n. 1124;
- k) malattie provocate da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni).

**COME PERSONALIZZARE LA COPERTURA**

**Art. 3.5 FRANCHIGIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**

Il Contraente alla stipula della polizza può scegliere una delle seguenti franchigie per la determinazione della percentuale di *invalidità permanente* da liquidare. La franchigia operante è indicata nel modulo di polizza.

**Art. 3.5.1 Franchigie opzionabili**

**Opzione a) - Franchigia 25%**

Nessun *indennizzo* spetta quando l'*invalidità permanente*, accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nell'Appendice A (vedi allegati alle condizioni di assicurazione) - *Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente (ex Tabella INAIL, Allegato n. 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124)*, sia di grado inferiore o pari al 25%.

Quando l'*invalidità permanente* accertata sia invece di grado superiore al 25% ma inferiore al 75%, la *Compagnia* liquida un *indennizzo* calcolato sulla *somma assicurata* in base alle percentuali seguenti. Quando l'*invalidità permanente* accertata è invece di grado pari o superiore al 75%, la *Compagnia* liquida l'intera *somma assicurata*.

Percentuale IPM accertata	Percentuale liquidata
26%	2%
27%	4%
28%	6%
29%	8%
30%	10%
31%	12%
32%	14%
33%	16%
34%	18%
35%	20%
36%	22%
37%	24%
38%	26%
39%	28%
40%	30%
41%	32%
42%	34%

Percentuale IPM accertata	Percentuale liquidata
43%	36%
44%	38%
45%	40%
46%	42%
47%	44%
48%	46%
49%	48%
50%	50%
51%	52%
52%	54%
53%	56%
54%	58%
55%	60%
56%	62%
57%	64%
58%	66%
59%	68%

Percentuale IPM accertata	Percentuale liquidata
60%	70%
61%	72%
62%	74%
63%	76%
64%	78%
65%	80%
66%	82%
67%	84%
68%	86%
69%	88%
70%	90%
71%	92%
72%	94%
73%	96%
74%	98%





### Opzione b) - Franchigia 60%

Nessun *indennizzo* spetta quando l'*invalidità permanente*, accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nell'Appendice A (vedi allegati alle condizioni di assicurazione) - *Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente (ex Tabella INAIL, Allegato n. 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124)*, sia di grado inferiore o pari al 60%.

Quando l'*invalidità permanente* accertata sia invece di grado superiore al 60%, la *Compagnia* liquida un *indennizzo* calcolato sulla *somma assicurata* in base alle percentuali seguenti:

Percentuale IPM accertata	Percentuale Liquidata
61%	62%
62%	64%
63%	66%
64%	68%
65%	71%
66%	74%
67%	77%
68%	80%
69%	83%
70%	86%
71%	89%
72%	92%
73%	95%
74%	98%

Percentuale IPM accertata	Percentuale Liquidata
75%	100%
76%	100%
77%	100%
78%	100%
79%	100%
80%	100%
81%	100%
82%	100%
83%	100%
84%	100%
85%	100%
86%	100%
87%	100%
88%	100%

Percentuale IPM accertata	Percentuale Liquidata
89%	100%
90%	100%
91%	100%
92%	100%
93%	100%
94%	100%
95%	100%
96%	100%
97%	100%
98%	100%
99%	100%
100%	100%



**Per facilitare la comprensione dell'applicazione della franchigia, riportiamo di seguito alcuni esempi.**

*Esempio 1)*

Somma assicurata: 200.000 euro

Opzione a) - Franchigia 25%

Invalidità permanente da malattia accertata: 35%

$(200.000 \times 20) / 100 = 40.000$  euro

**In base alla tabella di accertamento presente nelle condizioni di assicurazione, per l'invalidità permanente accertata sopra indicata, è prevista la liquidazione di 20 punti percentuali.**

**La Compagnia liquiderà all'Assicurato 40.000 euro.**

*Esempio 2)*

Somma assicurata: 300.000 euro

Opzione b) - Franchigia 60%

Invalidità permanente da malattia accertata: 65%

$(300.000 \times 71) / 100 = 213.000$  euro

**In base alla tabella di accertamento presente nelle condizioni di assicurazione, per l'invalidità permanente accertata sopra indicata, è prevista la liquidazione di 71 punti percentuali.**

**La Compagnia liquiderà all'Assicurato 213.000 euro.**



## CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

**Art. 3.6 CALCOLO DEL PREMIO**

Il premio dell'assicurazione "Invalidità Permanente da Malattia" è calcolato in base all'età anagrafica dell'Assicurato alla data di decorrenza indicata sul modulo di polizza.

Ad ogni rinnovo annuo è previsto un adeguamento automatico del premio con le seguenti percentuali di incremento.

Età anagrafica assicurato	Aumento su anno precedente	Età anagrafica assicurato	Aumento su anno precedente	Età anagrafica assicurato	Aumento su anno precedente
16 - 30 anni	---	46 anni	+5,0%	62 anni	+2,0%
31 anni	+4,4%	47 anni	+4,8%	63 anni	+2,0%
32 anni	+4,2%	48 anni	+4,5%	64 anni	+2,0%
33 anni	+4,0%	49 anni	+4,4%	65 anni	+2,0%
34 anni	+12,7%	50 anni	+4,2%		
35 anni	+11,3%	51 anni	+4,0%		
36 anni	+10,1%	52 anni	+3,9%		
37 anni	+9,2%	53 anni	+3,7%		
38 anni	+8,4%	54 anni	+5,0%		
39 anni	+7,8%	55 anni	+5,0%		
40 anni	+7,2%	56 anni	+5,0%		
41 anni	+6,7%	57 anni	+5,0%		
42 anni	+6,3%	58 anni	+5,0%		
43 anni	+5,9%	59 anni	+2,0%		
44 anni	+5,6%	60 anni	+2,0%		
45 anni	+5,3%	61 anni	+2,0%		

**Art. 3.7 VALIDITA' TERRITORIALE**

L'assicurazione vale per il mondo intero.

**Art. 3.8 STATO TABAGICO**

Ai fini del presente contratto si definisce non-fumatore l'Assicurato che non abbia mai fumato (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro) o che non fumi da almeno tre anni alla data di conclusione del contratto.



Lo stato di fumatore o non-fumatore dell'Assicurato è formalizzato mediante apposita dichiarazione riportata nel questionario assuntivo, sottoscritta dall'Assicurato o, se minore, da chi ne esercita la responsabilità genitoriale, poiché è uno degli elementi che incide sulla determinazione del premio.

Qualora, nel corso della durata contrattuale, l'Assicurato dichiaratosi inizialmente fumatore abbia smesso di fumare, trascorsi almeno 3 anni da tale data può darne comunicazione alla Compagnia, anche per il tramite del Contraente, a mezzo lettera raccomandata A/R o PEC inviata all'indirizzo indicato nella sezione "Numeri utili".



## TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTO

GARANZIE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
<b>Invalità permanente da malattia</b>	non previsto	<p><b>Opzione a)</b> <b>Franchigia 25%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non è liquidato alcun indennizzo se l'invalità permanente è di grado non superiore al 25% della totale.</li> <li>- Da 26 punti di percentuali l'invalità liquidata è pari alla percentuale individuata nella tabella all'art. 3.5.1</li> <li>- A partire da 51 punti percentuali l'invalità liquidata è superiore a quella accertata.</li> <li>- L'Invalità è liquidata al 100% a partire da 75 punti di invalità accertata.</li> </ul> <p><b>Opzione b)</b> <b>Franchigia 60%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non è liquidato alcun indennizzo se l'invalità permanente è di grado non superiore al 60% della totale.</li> <li>- A partire da 61 punti percentuali l'invalità liquidata è superiore a quella accertata.</li> <li>- L'Invalità è liquidata al 100% a partire da 75 punti di invalità accertata.</li> </ul>	non previsto





## SEZIONE ASSISTENZA (sempre operante)



La gestione dei sinistri relativi alle garanzie di Assistenza è stata affidata dalla Compagnia ad INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.

Per la fornitura delle prestazioni l'Assicurato può rivolgersi direttamente alla Centrale Operativa di INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.

La *Compagnia* ha la facoltà di modificare la società a cui è affidata la gestione dei *sinistri*, dandone tempestivo avviso al *Contraente* e senza che ciò comporti la variazione delle prestazioni garantite.

## COSA È ASSICURATO

### Art. 4.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa*, mette a disposizione dell'*Assicurato* una serie di prestazioni di:

- assistenza medica d'urgenza;
- assistenza domiciliare sanitaria;
- assistenza domiciliare non sanitaria;
- teleconsultazione;
- second opinion con "Diagnosi correlata avanzata";
- assistenza sanitaria all'estero

per il cui dettaglio si rimanda al successivo articolo 4.2.

La *polizza* prevede inoltre, in caso di *infortunio* dell'*Assicurato*, l'accesso a strutture convenzionate con tariffe preferenziali.

### Art. 4.2 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

#### Art. 4.2.1 ASSISTENZA MEDICA D'URGENZA

##### Art. 4.2.1.1 Consulto medico telefonico

La *Centrale Operativa*, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'*anno*, è a disposizione dell'*Assicurato* per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a *infortunio*. Il servizio medico della *Centrale Operativa*, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'*Assicurato* o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
  - reperimento dei mezzi di soccorso;
  - reperimento di medici generici e specialisti;
  - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;



- modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
- esistenza e reperibilità di farmaci.

La *Centrale Operativa* non fornirà diagnosi, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'*Assicurato* in condizione di ottenere quanto necessario.

### Art. 4.2.2 ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

#### Art. 4.2.2.1 Reperimento e consegna farmaci

Qualora l'*Assicurato*:

- nei 10 giorni successivi alla dimissione dall'*istituto di cura* presso cui era ricoverato a causa di *infortunio*, versi in condizioni di riduzione delle proprie capacità fisiche, comprovate da certificazione del medico curante;
- o
- a causa di *infortunio* e in assenza di *ricovero*, versi in condizioni di riduzione delle proprie capacità fisiche, comprovate da certificazione del medico curante;

potrà chiedere alla *Centrale Operativa* di effettuare la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il proprio *domicilio*.

La *Centrale Operativa* provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il domicilio dell'*Assicurato* il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti entro le 24 ore successive.

La *Compagnia* terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'*Assicurato*.

La prestazione è fornita a condizione che venga richiesta dall'*Assicurato* con un preavviso minimo di 48 ore e fino a un massimo di 30 giorni successivi alla dimissione o in assenza di *ricovero* dalla data dell'*infortunio*.

#### Art. 4.2.2.2 Prelievo campioni

Qualora l'*Assicurato* versi in una condizione di riduzione delle proprie capacità fisiche e necessiti di effettuare con urgenza un esame ematochimico, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla *Centrale Operativa* di organizzare il prelievo presso il proprio *domicilio*.

La prestazione è fornita a condizione che venga richiesta dall'*Assicurato* con un preavviso minimo di 3 giorni.

La *Compagnia* terrà a proprio carico i costi relativi al prelievo, mentre restano a carico dell'*Assicurato* i costi degli esami e degli *accertamenti diagnostici* effettuati presso i laboratori di analisi convenzionati con INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.

#### Art. 4.2.2.3 Consegna esito esami

Qualora l'*Assicurato* versi in una condizione di riduzione delle proprie capacità fisiche a causa di un *infortunio* e necessiti di ritirare con urgenza i referti di *accertamenti diagnostici* effettuati, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla *Centrale Operativa* di recapitarli presso il proprio *domicilio* o consegnarli al medico curante.

La *Centrale Operativa* provvederà ad inviare un corrispondente al *domicilio* dell'*Assicurato*, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.

La prestazione è fornita a condizione che venga richiesta dall'*Assicurato* con un preavviso minimo di tre giorni.

La *Compagnia* terrà a proprio carico il costo della consegna degli esiti, mentre il costo degli esami resta a carico dell'*Assicurato*.

#### 4.2.2.4 Assistenza infermieristica

Qualora l'*Assicurato* necessiti, nei dieci giorni successivi alla dimissione dall'*istituto di cura* presso cui era ricoverato a causa di *infortunio*, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio *domicilio* da personale specializzato (infermieristico o socioassistenziale), potrà richiedere alla *Centrale Operativa* il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'*Assicurato* al fine di offrire la migliore soluzione possibile.



La prestazione è fornita a condizione che venga richiesta dall'*Assicurato* con un preavviso minimo di 3 giorni e fino a un massimo di 10 giorni successivi alla dimissione.

La *Compagnia* terrà a proprio carico il costo della prestazione entro il limite di euro 500 per *periodo di assicurazione*.

#### 4.2.2.5 Invio fisioterapista

Qualora l'*Assicurato*:

- nei 10 giorni successivi alla dimissione dall'*istituto di cura* presso cui era ricoverato a causa di *infortunio*, versi in condizioni di riduzione delle proprie capacità fisiche, comprovata da certificazione del medico curante,
- o
- a causa di *infortunio* e in assenza di *ricovero*, versi in condizioni di riduzione delle proprie capacità fisiche, comprovata da certificazione del medico curante,
- o
- necessiti di essere assistito presso il proprio *domicilio* da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante,

potrà richiedere alla *Centrale Operativa* il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema segnalato dall'*Assicurato* al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La *Compagnia* terrà a proprio carico il costo della prestazione entro il limite di euro 800 per *periodo di assicurazione*.

La prestazione è fornita a condizione che venga richiesta dall'*Assicurato* con un preavviso minimo di tre giorni.

#### Art. 4.2.2.6 Reperimento di presidi medico-chirurgici

Qualora all'*Assicurato*, nel caso in cui al momento della dimissione dal luogo di cura ove è stato ricoverato a causa di *infortunio*, venisse prescritto da parte dei medici che lo hanno avuto in cura, uno dei seguenti presidi medico-chirurgici:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- materasso antidecubito;

la *Centrale Operativa* provvederà a reperirlo in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'*Assicurato*, sino ad un massimo di 60 giorni per *sinistro*.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della *Centrale Operativa*, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali presidi, la *Compagnia* provvederà a rimborsare le spese documentate relative al noleggio dei presidi stessi, fino alla concorrenza di euro 250 per *sinistro*.

Il *massimale* sopracitato si intende comprensivo delle eventuali spese di consegna e ritiro presso il *domicilio* dell'*Assicurato*.

### Art. 4.2.3 ASSISTENZA DOMICILIARE NON SANITARIA

#### Art. 4.2.3.1 Trasferimento per cure riabilitative / fisioterapiche

Qualora l'*Assicurato* versi in una condizione di riduzione delle proprie capacità fisiche a seguito di *infortunio*, comprovata da certificazione del medico curante o dalle diagnosi di dimissione dall'*istituto di cura* presso il quale era ricoverato, chiamando la *Centrale Operativa* potrà attivare un servizio di accompagnamento (trasferimento) nei 15 giorni successivi alle dimissioni o alla data del certificato medico per raggiungere il luogo di cura o istituto fisioterapico per le cure riabilitative prescritte. Il servizio verrà erogato entro il limite di 6 trasferimenti entro il limite massimo di euro 30 per il servizio da e per il luogo di cura.

#### Art. 4.2.3.2 Invio di un insegnante per supporto scolastico

Qualora l'*Assicurato*, nei dieci giorni successivi alla dimissione dall'*istituto di cura* presso cui era ricoverato per *infortunio*, non sia in grado, sulla base di certificazione medica, di fornire sostegno ai propri figli per i compiti scolastici (limitatamente alla scuola dell'obbligo) e non vi sia alcun familiare in grado di provvedervi, potrà richiedere alla *Centrale Operativa* di reperire ed inviare presso la propria abitazione un insegnante per un eventuale supporto scolastico.

La prestazione è fornita a condizione che venga richiesta dall'*Assicurato* con un preavviso minimo di 3 giorni.



La *Compagnia* terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 3 giorni per *sinistro* e 4 ore per giorno.

#### Art. 4.2.4 TELECONSULTAZIONE

##### Art. 4.2.4.1 Videoconsultazione (prestazione valida in tutto il mondo)

Qualora l'*Assicurato* abbia bisogno di organizzare un consulto medico (medico generico) telefonico in caso di urgenza conseguente a *infortunio*, la *Centrale Operativa* trasferirà la chiamata al proprio servizio medico che valuterà, con il consenso dell'*Assicurato*, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata, il tutto nel rispetto del segreto professionale.

##### Art. 4.2.4.2 Prescrizione medica

Successivamente alla teleconsultazione la *Centrale Operativa*, qualora il medico a suo insindacabile giudizio ritenga necessaria la prescrizione di un farmaco, potrà trasmettere una ricetta medica bianca presso la farmacia più vicina al luogo in cui trova l'*Assicurato* in Italia, in modo che quest'ultimo o un suo delegato possano acquistare il medicinale prescritto.

#### Art. 4.2.5 SECOND OPINION CON DIAGNOSI CORRELATA AVANZATA

##### Art. 4.2.5.1 Diagnosi correlata avanzata

La *Compagnia* dà la possibilità all'*Assicurato* di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi effettuata dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della *Centrale Operativa*, l'*Assicurato* verrà messo in contatto con il servizio medico che provvederà ad informare l'*Assicurato* sulla procedura da seguire per attivare ed ottenere la prestazione richiesta.

La *Compagnia* mette a disposizione dell'*Assicurato* le seguenti prestazioni:

##### 1) Second Opinion

Viene fornito un parere medico complementare per problemi ortopedici/*fratture*, conseguenti a *infortunio*. La *Centrale Operativa* rilascerà all'*Assicurato* un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato anche attraverso il proprio network. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della *documentazione sanitaria* richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà il parere dello specialista, eventuali suggerimenti sulla terapia e raccomandazioni per controlli aggiuntivi e risposte a possibili quesiti.

La prestazione ha finalità esclusivamente informative e di consulenza diagnostico-terapeutica all'*Assicurato* e non intende modificare l'orientamento diagnostico espresso dal medico curante.

Per l'attivazione della garanzia, l'*Assicurato* dovrà contattare la *Centrale Operativa* e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla *Centrale Operativa* la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico della *Centrale Operativa*, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla *Centrale Operativa*, ai consulenti medici esterni per l'individuazione dei migliori terapeuti.

La *Centrale Operativa*, metterà in contatto l'*Assicurato* con un massimo di 3 specialisti scelti tra i più qualificati all'interno del proprio network. Più precisamente, la *Centrale Operativa* identifica gli specialisti con una particolare competenza nel campo di applicazione, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'*Assicurato* e della disponibilità degli specialisti.

##### 2) Centro Unico Prenotazioni Virtuale

Qualora l'*Assicurato* intenda avvalersi di uno dei medici segnalati dalla *Centrale Operativa*, quest'ultima provvederà a fissare l'appuntamento e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'*istituto di cura*, organizzare l'alloggio in albergo, organizzare il trasporto dell'*Assicurato* laddove necessario. Presentandosi come *Assicurato* con la presente *polizza* all'accettazione dei centri convenzionati, l'*Assicurato* potrà beneficiare di tariffe preferenziali, compatibilmente con le specialità richieste.

#### Art. 4.2.6 NETWORK CONVENZIONATO

##### Art. 4.2.6.1 Card Network Convenzionato



Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio*, necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico, di laboratorio o di un *ricovero*, la *Centrale Operativa* fornirà informazioni di carattere medico/sanitario riguardo a:

- singole strutture convenzionate (con indicazione della loro ubicazione);
- prestazioni specialistiche;
- nominativo degli specialisti accreditati e loro reperibilità;
- esami diagnostici;
- ricoveri presso centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati.

Le prestazioni della *Centrale Operativa* sono operanti dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 18.00, esclusi i giorni festivi.

Qualora l'Assicurato intenda avvalersi di uno dei medici segnalati dalla *Centrale Operativa*, la stessa provvederà a fissare l'appuntamento e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'*istituto di cura*, organizzare l'alloggio in albergo e organizzare il trasporto dell'Assicurato laddove necessario. A seguito di contatto con la *Centrale Operativa*, presentando la card virtuale all'accettazione dei centri convenzionati, l'Assicurato potrà beneficiare di tariffe preferenziali, compatibilmente con le specialità richieste.

Si precisa che la *Centrale Operativa* si limita all'organizzazione delle prestazioni richieste, mentre i costi delle stesse restano a carico dell'Assicurato.

### **Art. 4.2.7 ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO IN CASO DI INFORTUNIO (prestazioni valide all'estero)**

#### **Art. 4.2.7.1 Trasferimento/Rimpatrio sanitario**

Qualora il servizio medico della *Centrale Operativa* consigli, a seguito di *infortunio* dell'Assicurato, il trasporto sanitario dello stesso, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante sul posto, la *Centrale Operativa* organizzerà:

- il trasferimento sanitario presso una struttura sanitaria adeguata più vicina;
- il rimpatrio sanitario nel paese di origine se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;
- la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Il trasporto sanitario sarà effettuato con i mezzi ritenuti più idonei, ad insindacabile giudizio della *Centrale Operativa*, fra quelli di seguito elencati:

- aereo sanitario (entro il limite di euro 30.000 per *sinistro*);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

La *Centrale Operativa* avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'Assicurato.

#### **Art. 4.2.7.1.1 Esclusioni**

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio del servizio medico della *Centrale Operativa*, possono essere curate sul posto;
- le infermità o lesioni che non precludano all'Assicurato la continuazione del viaggio o del soggiorno;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate;
- tutte le spese sostenute per malattie preesistenti.

#### **Art. 4.2.7.2 Rimpatrio salma**

In caso di decesso dell'Assicurato a causa di *infortunio* all'estero, la *Centrale Operativa* organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di inumazione nel comune di residenza dell'Assicurato o altro comune in *Italia*, nella Repubblica di San Marino e nello Stato della Città del Vaticano.

Il trasporto sarà eseguito secondo le norme internazionali in materia e dopo aver adempiuto tutte le formalità sul luogo del decesso.





La *Compagnia* terrà a proprio carico le spese di trasporto e del feretro entro il limite di euro 8.000.

Nel *massimale* sopra indicato sono comprese le spese per l'acquisto della bara.

Qualora le leggi del luogo impediscano il trasporto della salma o l'*Assicurato* abbia espresso il desiderio di essere inumato in quel paese, la *Centrale Operativa* metterà a disposizione di un *famigliare* un biglietto di andata/ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per presenziare alle esequie, con costo a carico della *Compagnia*.

#### Art. 4.2.7.2.1 Esclusioni

Sono escluse dalla prestazione le spese relative a:

- la cerimonia funebre e l'inumazione;
- l'eventuale recupero della salma;
- il soggiorno del *famigliare*.

#### Art. 4.2.7.3 Prolungamento del soggiorno dei famigliari per ricovero dell'Assicurato

Qualora l'*Assicurato* venga ricoverato all'estero per *infortunio* per un periodo superiore a 7 giorni e i famigliari al suo seguito vogliano rimanergli accanto, la *Centrale Operativa* provvederà alle spese per il loro pernottamento in albergo entro il limite di euro 80 per notte e per persona ed euro 500 per *sinistro*, purché il prolungamento riguardi un periodo successivo alla data di rientro inizialmente prevista. A tal fine la *Compagnia* avrà la facoltà di richiedere documentazione attestante la durata del soggiorno inizialmente stabilita.

La prestazione si intende limitata alle sole spese di pernottamento e prima colazione, escludendo ogni spesa diversa da queste.

#### Art. 4.2.7.4. Viaggio di un famigliare in caso di ricovero

Qualora l'*Assicurato*, in viaggio da solo o con minore, venga ricoverato per un periodo superiore a 7 giorni per *infortunio*, la *Centrale Operativa* fornirà un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere ad un familiare residente in *Italia*, nella Repubblica di San Marino e nello Stato della Città del Vaticano o all'estero, di raggiungere l'*Assicurato* ricoverato.

##### Art. 4.2.7.4.1 Esclusioni

Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del *famigliare*.

#### Art. 4.2.7.5 Rientro/assistenza dei figli minori privi di tutela

Qualora l'*Assicurato*, in viaggio con figli minorenni, sia impossibilitato a prendersi cura degli stessi a seguito di *ricovero* o decesso dovuti ad *infortunio* e non vi sia nessun altro in grado di farlo, la *Centrale Operativa* fornirà ad un *famigliare*, residente in *Italia*, nella Repubblica di San Marino e nello Stato della Città del Vaticano o all'estero, un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere allo stesso di raggiungere i minori e riportarli nel comune di residenza o altro comune in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato della Città del Vaticano..

##### Art. 4.2.7.5.1 Esclusioni

Sono escluse:

- le spese di soggiorno del *famigliare* e tutte le spese diverse dai biglietti di viaggio.

La prestazione non è fornita qualora l'*Assicurato* abbia già richiesto il "Viaggio di un *famigliare* in caso di *ricovero*".

#### Art. 4.2.7.6 Anticipo denaro spese mediche di prima necessità

Qualora l'*Assicurato* debba sostenere spese mediche, chirurgiche, farmaceutiche ed ospedaliere, a seguito di *ricovero* a causa di *infortunio* all'estero, e sia impossibilitato a provvedervi direttamente, la *Centrale Operativa* potrà anticipargli una somma di denaro per far fronte al pagamento delle stesse entro il limite di euro 2.500 per *sinistro*, contro opportuna garanzia bancaria, ritenuta tale ad insindacabile giudizio della *Centrale Operativa*.

L'*Assicurato* dovrà comunicare alla *Centrale Operativa* il motivo della richiesta, la cifra necessaria, il suo attuale recapito e le indicazioni bancarie che consentano di verificarne la solvibilità, oltre a fornire opportuna documentazione o certificazione attestante il *ricovero*.



L'Assicurato dovrà comunque provvedere alla restituzione della somma anticipata entro 30 giorni dall'erogazione della stessa; trascorso tale termine la *Compagnia* potrà richiedere anche i relativi interessi al corrente tasso bancario.

La prestazione non è operante:

- nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della *Centrale Operativa* e se l'Assicurato non sia in grado di fornire adeguate garanzie bancarie di rimborso ritenute tali ad insindacabile giudizio della *Centrale Operativa*.
- in quei casi in cui l'espletamento della medesima contravvenisse alle norme vigenti in materia valutaria.

### Art. 4.2.7.7 Interprete a disposizione

Qualora l'Assicurato venga ricoverato in un *istituto di cura all'estero* a seguito di *infortunio* e abbia difficoltà linguistiche a comunicare con i medici, la *Centrale Operativa* provvederà ad inviare un interprete sul posto entro le successive 48 ore.

La *Compagnia* terrà a carico i costi dell'interprete per un massimo di 4 ore lavorative per *sinistro*.

Qualora non sia possibile organizzare l'invio dell'interprete, la *Centrale Operativa* rimborserà, a seguito di presentazione dei relativi giustificativi di spesa, i costi sostenuti entro il limite di euro 500 per *sinistro* e per *periodo di assicurazione*.

### Art. 4.2.7.8 Viaggio di un familiare in caso di decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero dovuto a *infortunio*, la *Centrale Operativa* fornirà ad un *famigliare*, che si trovi in *Italia*, un biglietto di andata/ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettergli di raggiungere il luogo del decesso.

La *Compagnia* terrà a proprio carico i costi entro il limite di euro 800 per *periodo di assicurazione*.

### Art. 4.2.7.9 Traduzione cartella clinica/verbale di pronto soccorso

Qualora l'Assicurato necessiti della traduzione della propria *cartella clinica/verbale* di pronto soccorso rilasciati a seguito di un *ricovero/accesso* al pronto soccorso all'estero a seguito di *infortunio*, organizzato dalla *Centrale Operativa*, potrà richiederne la traduzione in italiano dall'inglese, francese, spagnolo e tedesco.

---

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

---

### Art. 4.3 ESCLUSIONI GENERALI

Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:

- atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di *terrorismo*, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- dolo dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
- abuso di alcolici, *psicofarmaci* nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- infortuni* derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
- gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
- ogni evento derivante da situazioni pregresse già note all'Assicurato;
- eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
- viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.



La *Compagnia* non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla *Centrale Operativa*, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della *Compagnia*.

La *Compagnia* non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.

Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.

Sono escluse le spese di ricerca dell'*Assicurato* in mare, lago, montagna o deserto.

---

## CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

---

### Art. 4.4 TERRITORIALITÀ

Le prestazioni di:

- assistenza medica d'urgenza di cui all'art. 4.2.1
- assistenza domiciliare sanitaria di cui all'art. 4.2.2;
- assistenza domiciliare non sanitaria di cui all'art. 4.2.3;
- Teleconsultazione di cui all'art. 4.2.4;
- second opinion con diagnosi correlata avanzata di cui all'art. 4.2.5

sono operanti nella Repubblica Italiana, compresi la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano, salvo quanto diversamente previsto per ciascuna prestazione.

Le prestazioni di assistenza sanitaria di cui all'4.2.7 operano all'*estero*.

### Art. 4.5 MODALITÀ OPERATIVE DELLA POLIZZA

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la copertura opera:

- con costi a carico della *Compagnia* entro il limite di 3 sinistri, durante ciascun *periodo di assicurazione*;
- senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo *sinistro*;
- entro il limite del *massimale* previsto per ciascun tipo di prestazione di assistenza.

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'*Assicurato* sarà richiamato entro le successive 48 ore.



## TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTO

GARANZIE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
<b>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA D'URGENZA</b>			
Consulto medico telefonico	non previsto	non previsto	non previsto
<b>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA</b>			
Reperimento e consegna farmaci	non previsto	non previsto	Fino a <b>30 giorni</b> successivi alla data di dimissione o in assenza di ricovero dalla data di infortunio.
Prelievo campioni	non previsto	non previsto	non previsto
Consegna esito esami	non previsto	non previsto	non previsto
Assistenza infermieristica	non previsto	non previsto	<b>500 euro</b> per periodo di assicurazione. Fino a <b>10 giorni</b> successivi alle dimissioni.
Invio fisioterapista	non previsto	non previsto	<b>800 euro</b> per periodo di assicurazione.
Reperimento di presidi medico-chirurgici	non previsto	non previsto	<b>250 euro</b> per sinistro. Fino a un massimo di <b>60 giorni per sinistro</b> .
<b>ASSISTENZA DOMICILIARE NON SANITARIA</b>			
Trasferimento per cure riabilitative / fisioterapiche	non previsto	non previsto	<b>30 euro per ogni servizio</b> (da e per il luogo di cura). Fino a un massimo di <b>6 trasferimenti</b> .
Invio di un insegnante per supporto scolastico	non previsto	non previsto	<b>3 giorni</b> per sinistro e <b>4 ore</b> per giorno.
<b>TELECONSULTAZIONE</b>			
Videoconsultazione	non previsto	non previsto	non previsto
Prescrizione medica	non previsto	non previsto	non previsto
<b>SECOND OPINION CON DIAGNOSI CORRELATA AVANZATA</b>			
Diagnosi correlata avanzata	non previsto	non previsto	Massimo <b>3 specialisti</b> .



GARANZIE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
<b>NETWORK CONVENZIONATO</b>			
Card Network Convenzionato	non previsto	non previsto	non previsto
<b>ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO IN CASO DI INFORTUNIO</b>			
Trasferimento/ Rimpatrio sanitario	non previsto	non previsto	Aereo sanitario entro il <b>limite di 30.000 euro per sinistro</b>
Rimpatrio salma	non previsto	non previsto	Spese di trasporto e feretro (compreso acquisto della bara) entro il <b>limite di 8.000 euro</b> .
Prolungamento del soggiorno dei famigliari per ricovero dell' <i>Assicurato</i>	non previsto	non previsto	<b>80 euro</b> per notte (limitatamente alle spese di pernottamento e prima colazione) e per persona, con il massimo di <b>500 euro</b> per sinistro.
Viaggio di un familiare in caso di ricovero	non previsto	non previsto	non previsto
Rientro/assistenza dei figli minori privi di tutela	non previsto	non previsto	non previsto
Anticipo denaro spese mediche di prima necessità	non previsto	non previsto	<b>2.500 euro</b> per sinistro.
Interprete a disposizione	non previsto	non previsto	Fino a un massimo di <b>4 ore lavorative</b> per sinistro. Limite di rimborso per spese di interprete (non convenzionato) di <b>500 euro</b> per sinistro e per periodo di assicurazione.
Viaggio di un familiare in caso di decesso dell' <i>Assicurato</i>	non previsto	non previsto	Limite di <b>800 euro</b> per periodo di assicurazione.
Traduzione cartella clinica/verbale di pronto soccorso	non previsto	non previsto	non previsto





## COSA FARE IN CASO DI SINISTRO



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

- a) le indicazioni utili per la denuncia di sinistro;
- b) gli obblighi in caso sinistro;
- c) le norme che regolano la liquidazione dei sinistri

## SEZIONE INFORTUNI CHE OBBLIGHI HO

### Art. 5.1. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO



In caso di *sinistro*, il *Contraente*, l'*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 [► art.1914 Codice Civile];
- b.** darne avviso all'*intermediario* al quale è assegnata la *polizza* oppure alla *Compagnia* entro 15 giorni dalla data di accadimento del *sinistro* [► art.1913 Codice Civile]. Il *sinistro* può essere denunciato anche accedendo all'area internet riservata MyHelvetia, selezionando in sequenza la *polizza* su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata; inoltre è possibile compilare il "modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali dell'*intermediario*, sul sito internet [www.helvetia.it](http://www.helvetia.it) oppure contattando i riferimenti indicati nella sezione "Numeri utili";
- 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.** in caso di assicurazione presso diversi assicuratori, darne avviso a ciascuno di essi [►art. 1910 Codice Civile];
- e.** nel caso di Diaria da ricovero da *infortunio* (se attivata in *polizza*), la domanda di liquidazione, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve esser presentata alla *Compagnia*, a pena di decadenza della garanzia, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.



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



In caso di morte da *infortunio* dell'*Assicurato* (se attivata nel *modulo di polizza*), il beneficiario/i beneficiari identificati nel *modulo di 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;
- scheda di morte ISTAT;
- certificato di stato di famiglia relativo all'*Assicurato*;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi:
  - o 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;
  - o eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del *sinistro* nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.



L'inadempimento di uno degli obblighi di cui sopra può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*. [► art.1915 Codice Civile]

### Art. 5.2. OBBLIGHI IN ATTESA DELLA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO



In attesa della liquidazione del *sinistro*, il *Contraente*, l'*Assicurato* o i suoi aventi diritto devono:

- f. documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea o in caso di ulteriore *convalescenza* post *ricovero* da *infortunio* (se tali garanzie sono attive nel *modulo di polizza*); i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e l'*indennizzo* verrà riconosciuto a guarigione clinica ultimata. In assenza di certificati, la liquidazione della indennità viene effettuata considerando come data di guarigione quella indicata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la *Compagnia* possa stabilire una data anteriore;
- g. 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;
- h. produrre gli originali di notule, distinte, ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate, relativamente alla garanzia "Rimborso spese mediche da infortunio" (se attivata nel *modulo di polizza*);
- i. 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 la visita di medici della *Compagnia* e 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.

Si precisa che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'*Assicurato* o, in caso di sua morte, dei beneficiari o degli aventi diritto.



L'inadempimento di uno degli obblighi di cui sopra può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*. [► art.1915 Codice Civile].

### Art. 5.3. OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI INDENNIZZO PER CIASCUNA GARANZIA

#### Art. 5.3.1 INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

##### Art. 5.3.1.1 Modalità di accertamento e indennizzo

Il grado di *invalidità permanente* viene valutato con le modalità previste dall'art 5.4 "Criteri generali di indennizzabilità" 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. 5.3.1.2 Anticipo indennizzo

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% (cinquanta per cento) del presumibile ammontare dell'*indennizzo* con il massimo di € 150.000,00 (centocinquantamila) qualunque sia l'ammontare del *sinistro*.

Condizione essenziale è che siano trascorsi almeno 90 (novanta) giorni dalla data di presentazione della denuncia e che la percentuale di *invalidità permanente* stimata dalla *Compagnia* sia superiore al 50%.

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. 5.3.1.3 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 5.1 – "Obblighi dell'*Assicurato* in caso di *sinistro* – Denuncia del *sinistro*", a condizione che siano stati forniti, 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* si 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. 5.3.2 INABILITÀ TEMPORANEA

Fermo quanto previsto dall'art. 2.10 "Inabilità temporanea da infortunio", l'*indennizzo* viene corrisposto a guarigione clinica ultimata ferme le modalità previste dai precedenti art. 5.1 e 5.2, e comunque per un periodo massimo di 365 giorni.

La *Compagnia* si impegna a comunicare all'*Assicurato* l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione descritta all'art. 5.1 e 5.2.

### Art. 5.3.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Fermo quanto previsto dall'art. 2.11 "Rimborso Spese mediche da infortunio", il rimborso delle spese mediche sostenute dall'*Assicurato* viene effettuato con le modalità previste dai precedenti art. 5.1 e 5.2. 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, e purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.





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 descritta all'art. 5.1.

### Art. 5.3.4 DIARIA DA RICOVERO

Fermo quanto previsto dall'art. 2.12 "Diaria da Ricovero per *infortunio*", l'*indennizzo* viene corrisposto a cura ultimata, su presentazione, in originale, della relativa *documentazione sanitaria (cartella clinica e certificati medici)*.

La *Compagnia* si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione descritta all'art. 5.1 e 5.2.

### Art. 5.3.5 INDENNITÀ PER FRATTURA

Fermo quanto previsto dall'art. 2.13 "Indennità per frattura", l'*indennizzo* viene corrisposto a cura ultimata, su presentazione, in originale, della relativa *documentazione sanitaria* che comprovi una o più *fratture* ossee o rottura miocapsulolegamentosa articolare (*cartella clinica e/o certificati medici e/o referto di Pronto Soccorso e/o referto radiologico*).

La *Compagnia* si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione descritta all'art. 5.1 e 5.2.

---

## QUALI NORME REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

---

### Art. 5.4. CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ

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. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di *invalidità permanente* (ex tabella INAIL, allegato n. 1 D.P.R. 30/06/1965 n. 1124)" riportata nella Appendice "A", sono diminuite tenendo conto del grado di *invalidità permanente* preesistente.

Se l'*infortunio* ha come conseguenza un'*invalidità permanente* definitiva, non determinabile sulla base dei valori specificati nella "Appendice A (vedi allegati alle condizioni di assicurazione) - Tabella delle valutazioni del grado percentuale di *Invalidità permanente* (ex Tabella INAIL, Allegato n. 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124)", si farà riferimento ai seguenti criteri:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle specificate nella tabella, le percentuali riportate nella tabella suindicata sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'*invalidità permanente* non sia determinabile sulla base dei valori e dei criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopraindicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di *invalidità* pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Si precisa che è ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da aggravamenti relativi all'*infortunio* denunciato, sopraggiunti successivamente alla liquidazione dello stesso.



### Art. 5.5. CUMULO DI INDENNITA'

Le indennità per tutte le garanzie della sezione infortuni sono cumulabili fra di loro, tranne quella per il caso morte che non è cumulabile con quella per l'*invalidità permanente*; tuttavia, se dopo il pagamento di un *indennizzo per invalidità permanente*, ma entro due anni dal giorno dell'*infortunio* ed in conseguenza di questo, l'*Assicurato* muore, gli eredi dell'*Assicurato* non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'*indennizzo per morte* - se superiore - e quello già pagato all'*Assicurato per invalidità permanente*.

### Art. 5.6. PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al *sinistro* e compiuti gli accertamenti del caso, la *Compagnia* liquida gli *indennizzi* che risultino dovuti, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni.

Il pagamento dell'*indennizzo* viene effettuato in Italia e in valuta legale.

### Art. 5.7. CONTROVERSIE - ARBITRO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del *sinistro*, sul grado di *invalidità permanente*, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, sulla durata dell'inabilità, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le *parti*, a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle *parti*; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di *residenza* dell'*Assicurato*. Ciascuna delle *parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà ai Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'*invalidità permanente* ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'*indennizzo*.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le *parti*, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e 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 rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.



## SEZIONE MALATTIA

### CHE OBBLIGHI HO

#### Art. 5.8. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO



L'Assicurato, o altra persona in sua vece, deve:

- denunciare la *malattia* all'*intermediario* al quale è assegnata la *polizza* oppure alla *Compagnia* entro 15 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la *malattia* diagnosticata, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata; Il *sinistro* può essere denunciato anche accedendo all'area internet riservata MyHelvetia, selezionando in sequenza la *polizza* su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata; inoltre è possibile compilare il "modulo di denuncia *sinistro*" reperibile presso le filiali dell'*intermediario*, sul sito internet [www.helvetia.it](http://www.helvetia.it) oppure contattando i riferimenti indicati nella sezione "Contatti utili";
- inviare alla *Compagnia* la certificazione medica sulla natura della *malattia*.

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



L'inadempimento di uno degli obblighi di cui sopra può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo* [► art.1915 Codice Civile].

#### Art. 5.9. OBBLIGHI IN ATTESA DELLA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO



In attesa della liquidazione del *sinistro*, il *Contraente* o l'*Assicurato* devono:

- inviare periodicamente alla *Compagnia* le informazioni relative al decorso della *malattia* denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti;
- sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla *Compagnia* e fornire alla stessa ogni informazione del caso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- fornire alla *Compagnia*, in caso di guarigione clinica della *malattia* denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico;
- nei casi diversi dal punto che precede, richiedere alla *Compagnia* di procedere all'accertamento dei postumi secondo le modalità riportate nel successivo art. 5.10 "Obblighi della *Compagnia* sulle modalità di indennizzo".

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



L'inadempimento di uno degli obblighi di cui sopra può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*. [► art.1915 Codice Civile].

#### Art. 5.10. OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI INDENNIZZO

Il grado di *invalidità permanente* viene valutato con le modalità previste dall'art. 5.11 "Criteri di indennizzabilità" nel periodo compreso tra i 6 mesi ed entro i 18 mesi dalla data della denuncia della *malattia*. Tale periodo è convenzionalmente fissato sulla base di criteri medico legali che definiscono le tempistiche necessarie alla stabilizzazione dei postumi in caso di *malattia*.

Trascorsi i 6 mesi sopra indicati e sino allo scadere del 18° mese, la *Compagnia* s'impegna a comunicare all'*Assicurato* l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche.

Prima del decorso dei 6 mesi, la *Compagnia* non effettuerà alcuna valutazione del grado di *invalidità permanente*.



Decorso i 18 mesi - indipendentemente dalla guarigione clinica della *malattia* denunciata ed anche in assenza della produzione da parte dell'*Assicurato* del certificato medico attestante la guarigione e i postumi invalidanti stabilizzati - la *Compagnia* effettua comunque la valutazione medico legale atta ad accertare gli eventuali postumi invalidanti e si impegna a comunicare all'*Assicurato* l'esito della valutazione del *sinistro* entro 90 giorni, decorrenti dallo scadere dei 18 mesi.

### **Art.5.10.1 Diritto all'indennizzo per Invalidità Permanente in caso di Morte per cause Indipendenti dalla Malattia**

Se l'*Assicurato* decede per cause diverse dalla *malattia* denunciata e dopo che la *Compagnia* abbia effettuato gli opportuni accertamenti e verifiche ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'*indennizzo* in favore dell'*Assicurato*, 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.

Se l'*Assicurato* decede per cause diverse dalla *malattia* denunciata e prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche necessari, la *Compagnia* liquida agli eredi o aventi causa, previa produzione del certificato di morte dell'*Assicurato*, l'importo oggettivamente determinabile dalla stessa con le modalità e nei termini stabiliti dai precedenti artt. 5.8 e 5.9.

Ciò a condizione che gli eredi o aventi causa dimostrino:

- la stabilizzazione dei postumi invalidanti mediante produzione del 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*;
- l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla *malattia* generante lo stato di invalidità (es. decesso dell'*Assicurato* a seguito di *sinistro* stradale).

Se ritenuta necessaria per la valutazione del *sinistro* o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della *Compagnia*, gli eredi o aventi causa, al fine di dimostrare quanto sopra indicato, 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*. 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.

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.

## QUALI NORME REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

### **Art. 5.11. CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ**

La *Compagnia* corrisponde l'*indennizzo* per le conseguenze dirette causate dalla singola *malattia* denunciata.

Qualora la *malattia* colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da *malattie/invalidità coesistenti*.

Nel corso dell'*assicurazione*, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di un'ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia nel caso in cui rappresentino *malattie/invalidità concorrenti*. Nel caso quindi la *malattia* colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente *malattia*, la valutazione dell'*ulteriore invalidità permanente* andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

### **Art. 5.12. NON CUMULABILITÀ DELLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA CON L'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO**

La presente garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di *Invalidità permanente* da *infortunio*.



### **Art. 5.13. MODALITA' DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO**

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 fatta in Italia.

### **Art. 5.14. CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE**

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del *sinistro*, le *parti* possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'*indennizzo*, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di *residenza* dell'*Assicurato*.

Ciascuna delle *parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le *parti*, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle *parti*. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le *parti* anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.



## SEZIONE ASSISTENZA CHE OBBLIGHI HO

### Art. 5.15. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA



In caso di *sinistro* l'Assicurato dovrà contattare telefonicamente, al momento dell'insorgere della necessità e comunque non oltre 3 giorni, la *Centrale Operativa*:

- numero verde per chiamate dall'Italia da rete fissa: **800 612595**;
- numero per chiamate dall'estero o cellulare: **+39 06 42115763**.

La *Centrale Operativa* è disponibile 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno.

A parziale deroga, resta inteso che qualora la persona fisica, titolare dei diritti derivanti dal contratto, sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il *sinistro* entro i termini previsti potrà farlo non appena ne sarà in grado.



Per tutte le prestazioni di *assistenza* l'Assicurato dovrà comunicare:

- cognome e nome;
- luogo dal quale chiama e recapito telefonico al quale essere contattato;
- la prestazione richiesta.

Gli interventi di *assistenza* devono essere di norma disposti direttamente dalla *Centrale Operativa* oppure da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione. In ogni caso, le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla *Centrale Operativa* non saranno rimborsate.

### Art. 5.16. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO SECOND OPINION



L'Assicurato o il familiare o persona terza, da loro delegata, deve:

- 1) contattare la *Centrale Operativa*, dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00 (esclusi i giorni festivi) ai numeri sopra riportati. La *Centrale Operativa*, verificata la regolarità della richiesta, provvederà all'apertura del dossier comunicando le modalità di svolgimento della prestazione ed invierà il "questionario dati anamnestici";
- 2) spedire alla Società, al seguente indirizzo:  
 Casella Postale 20138  
 Via Eroi di Cefalonia  
 00128 Spinaceto - Roma
  - una copia di un documento di identità valido;
  - la documentazione clinica completa, il proprio numero di polizza e il numero del *sinistro* (fornito dall'operatore della *Centrale Operativa* al momento della denuncia);
  - la raccolta dei dati anamnestici sottoscritta dal suo medico curante;
  - l'autorizzazione a contattare il suo medico curante;
  - l'autorizzazione alla Società circa il trattamento dei dati forniti.

### Art. 5.17. OBBLIGHI DELLA CENTRALE OPERATIVA PER CONTO DELLA COMPAGNIA

Il servizio medico della *Centrale Operativa*:

- è a disposizione per fornire informazione circa la raccolta della documentazione clinica completa (dati anamnestici ed esami eseguiti) e la "raccolta dei dati anamnestici del medico di base";
- verifica la completezza dei dati e della documentazione ed eventualmente richiede nuove specifiche all'interessato ed al suo medico curante;
- invia la documentazione completa, con le soluzioni tecnologiche più rapide, ad un centro convenzionato prescelto dalla *Centrale Operativa*;
- comunica all'interessato il nome dello specialista e/o del centro convenzionato a cui è stata inviata la documentazione;
- invia il parere medico complementare all'interessato o al suo medico curante, contenente l'opinione dello specialista sul caso clinico, eventuali suggerimenti terapeutici e le risposte alle eventuali domande;
- su esplicita richiesta, restituisce la documentazione inviata dall'interessato.

La prestazione potrà essere erogata solo al ricevimento, da parte della *Centrale Operativa*, della documentazione completa.



## APPENDICE 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 (esito 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



DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in estensione completa o quasi:	40		25
a) in semipronazione	45		40
b) in pronazione	55		50
c) in supinazione	35		30
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione			
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	
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:**

- 1) 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.



## ALLEGATO “A” - Classificazione delle attività professionali per classi di rischio

### CLASSE DI RISCHIO I

- Persone che non svolgono attività lucrative.
- Persone che esercitano una professione prevalentemente sedentaria e che non implica la partecipazione a lavori manuali o lo svolgimento delle attività in ambienti ove sono in funzione macchine operatrici o macchine utensili in genere.
- Persone che esercitano una attività di prestazione di servizi.
- Persone che attendono alla sola vendita al dettaglio non di generi alimentari e con esclusione di operazioni di carico e scarico merci.
- Persone che svolgono la loro attività all'esterno dell'azienda senza partecipazione al lavoro manuale.
- Persone che accedono abitualmente a laboratori, sale macchine, magazzini, depositi, senza però prendere parte al lavoro manuale.

Attività Professionale	Cod.	classe rischio
addetto a centro elaborazione dati	568	I
agente di borsa/cambio	009	I
amministratore delegato	502	I
amministratore di beni	033	I
amministratore di beni altrui	034	I
amministratore di beni propri	035	I
amministratore di condominio	571	I
analista finanziario	513	I
antiquario	040	I
architetto (senza accesso a cantieri, ponteggi e impalcature)	506	I
argentiere	045	I
assistente di volo (personale di terra)	055	I
avvocato	501	I
benestante senza particolari occupazioni	079	I
bibliotecario	081	I
bigliettaio	083	I
biologo	084	I
botanico	086	I
cassiere	109	I
centralinista/operatore di call center	112	I
certificatore di bilancio	520	I
clero (appartenente al)	118	I
commercialista	121	I
commerciante accessori per veicoli	122	I
commerciante articoli sportivi	126	I
commerciante che non svolge lavori manuali	127	I
commerciante elettrodomestici senza installazione	132	I
commerciante fiori-piante	133	I
commerciante generi abbigliamento - calzature	134	I
commerciante generi merceria-pelletteria	139	I
commerciante generi profumeria - bigiotteria	141	I
concessionario di veicoli (titolare)	521	I
consulente amministrativo / fiscale	151	I
consulente aziendale	573	I
consulente del lavoro	152	I
croupier	527	I
direttore didattico	165	I
dirigente escluso accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	531	I
disegnatore (con lavoro soltanto in ufficio)	170	I
disoccupato	499	I
docente universitario, assistente di cattedra (solo all'interno dell'ateneo e senza accesso ai laboratori)	173	I
doganiere	532	I
ecclesiastico	177	I



## NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

Attività Professionale	Cod.	classe rischio
editore che non partecipa ai lavori manuali	179	I
educatore / educatrice	575	I
erborista	533	I
estetista/visagista/callista	187	I
farmacista	191	I
floraio / fiorista (vendita)	195	I
fisico (senza accesso a laboratori)	196	I
floricoltore addetto solo alla vendita	198	I
geologo occupato solo in studio	214	I
geometra senza accesso a cantieri, ponteggi e impalcature	537	I
gestore cinema, teatro	538	I
gestore di albergo (titolare - direttore)	219	I
giornalaio	226	I
giudice	229	I
grafico	540	I
hostess di eventi	577	I
hostess di terra	246	I
igienista dentale	160	I
impiegato di ufficio	498	I
imprenditore (in genere, che non effettua lavoro manuale)	503	I
imprenditore edile senza partecipazione manuale	255	I
infante	264	I
ingegnere (senza accesso a cantieri, ponteggi e impalcature)	507	I
insegnante scolastico	272	I
insegnante scuola materna	580	I
levatrice	295	I
libero professionista (senza lavoro manuale)	297	I
libraio	298	I
manicure	312	I
marketing (esperto e consulente di)	314	I
massaggiatore	317	I
matematico	318	I
mediatore professionista (mediazione civile e penale)	584	I
medico (altre specialità)	325	I
medico analista	326	I
medico condotto	327	I
medico dentista	328	I
medico di base	329	I
medico specialista	332	I
meteorologo	544	I
modista	340	I
notaio	350	I
oculista	351	I
operatore di call center	357	I
parroco	373	I
pedicure	380	I
perito	384	I
praticante in ufficio	418	I
procacciatore di affari	586	I
procuratore legale	421	I
promotore finanziario	550	I
provveditore agli studi	422	I
psicanalista	551	I
psichiatra	552	I
psicologo	423	I
puericoltore	425	I
quadro con sola attività amministrativa	554	I
ragioniere libero professionista	430	I
revisore dei conti	556	I
ricercatore scientifico	557	I



## NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

Attività Professionale	Cod.	classe rischio
sacerdote	446	I
sagrestano	447	I
segretario comunale	457	I
sociologo	460	I
stagista in ufficio	465	I
steward di terra	467	I
suora	473	I
tatuatore	589	I
tirocinante in ufficio	483	I
traduttore	561	I
truccatore	563	I
ufficiale giudiziario	488	I

### CLASSE DI RISCHIO II

Persone che esercitano una professione non necessariamente sedentaria e che implichi eventualmente anche una partecipazione a lavori manuali purché di modesta entità.

Attività Professionale	Cod.	classe rischio
accordatore	003	II
agente di informazione	011	II
agente immobiliare	014	II
agente marittimo	015	II
agente pubblicitario	016	II
agente settore commercio	017	II
agente settore credito	018	II
agente settore industria e servizi vari	019	II
agente teatrale	020	II
agente/broker di assicurazioni	008	II
agricoltore senza lavoro manuale (imprenditore agricolo)	570	II
agronomo - agrimensore	023	II
allenatore sportivo	026	II
allibratore	031	II
ambasciatore	032	II
anestesista	037	II
animatore di villaggi turistici	514	II
annunciatore, presentatore	038	II
antropologo	515	II
argentatore	044	II
armatore	047	II
arredatore	572	II
artigiano che non svolge lavori manuali	050	II
assistente sociale	056	II
attore (esclusa controfigura e stunt-man)	059	II
audioprotesista	060	II
autorimessa - gestore di (senza riparazioni)	068	II
baby sitter / bambinaia	072	II
badante	073	II
barbiere	076	II
bustaio	089	II
callista	092	II
cameriere	094	II
camiciaio	095	II
campanaro	096	II
cantante	097	II
capostazione	101	II
capotreno	102	II
casalinga	107	II
collaboratrice familiare	120	II



## NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

Attività Professionale	Cod.	classe rischio
commerciante articoli di precisione	125	II
console	150	II
coreografo	523	II
corista	524	II
corniciaio	153	II
corriere / fattorino	192	II
costumista	525	II
cravattaio	154	II
critico d'arte	526	II
custode di fabbricati, stabilimenti, magazzini	157	II
diplomatico, ambasciatore, console extra ue	163	II
diplomatico, ambasciatore, console solo zona ue	164	II
direttore d'orchestra	529	II
disegnatore con accesso ad ambienti di lavoro con uso di macchinari	574	II
disinfestatore	171	II
disk-jockey	169	II
domestico (collaboratore familiare)	174	II
editore che partecipa ai lavori manuali	180	II
enologo	183	II
enotecnico	184	II
ergoterapista	185	II
esattore	186	II
fisioterapista	197	II
fotografo (commerciante - solo in studio)	205	II
fotoincisore	206	II
garage - gestore di (senza riparazione)	212	II
gessaio / gessista	218	II
giornalista	504	II
guardarobiere	233	II
guida turistica	245	II
indossatore	263	II
infermiere diplomato	265	II
informatico	266	II
interprete	278	II
ispettore amministrativo	281	II
ispettore ferroviario	283	II
ispettore scolastico	284	II
istruttore di scuola guida	285	II
laccatore	582	II
legatore di libri	294	II
liutaio	300	II
lotto, ricevitore	301	II
magistrato	308	II
magliaia	309	II
materassaio	319	II
meccanico dentista	323	II
mediatore di bestiame	324	II
medico chirurgo	330	II
medico ginecologo	223	II
medico otorinolaringoiatra	366	II
messo comunale	334	II
modello	339	II
musicista	347	II
odontotecnico	352	II
ombrellaio	353	II
operatore socio-sanitario	585	II
orchestrante	359	II
orologiaio	360	II
ortodontista	362	II
ortottico	364	II



## NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

Attività Professionale	Cod.	classe rischio
ostetrico	365	II
ottico - optometrista	367	II
paramedico	371	II
parrucchiere da donna	374	II
parrucchiere da uomo	375	II
pensionato	383	II
perito agrario	385	II
perito chimico	386	II
perito danni assicurazioni	387	II
perito edile senza accesso a cantieri	389	II
perito elettromeccanico	390	II
perito elettronico	391	II
perito elettrotecnico	392	II
perito industriale	393	II
perito tessile	394	II
piscicoltore	402	II
pittore/artista	403	II
politico	405	II
portiere - custode	414	II
portinaio	415	II
presentatore, annunciatore	419	II
promoter	549	II
pubblicista	424	II
quadro con partecipazione a lavoro di leggera manualità	553	II
questore	555	II
rappresentante	431	II
regista	432	II
ricamatrice	435	II
sarto	450	II
sceneggiatore	558	II
scenografo	453	II
scrittore	559	II
sindacalista	458	II
spedizioniere occupato solo in ufficio	463	II
stilista di moda	468	II
stiratrice	469	II
studente	472	II
tabaccaio	474	II
tecnico anestesista	477	II
vetrinista	492	II
xilografo	566	II
zincografo	496	II
zoologo	567	II



**CLASSE DI RISCHIO III**

- Persone che accedono abitualmente a laboratori, sale macchine, magazzini, depositi, cantieri, che prendono parte a lavori di leggera manualità.
- Persone che svolgono attività di sperimentazione, attività artistiche o che insegnano materie sperimentali.
- Persone che attendono alla confezione, vendita o somministrazione di generi alimentari o al commercio ambulante.
- Persone che esercitano una professione che implica la partecipazione a lavori di leggera manualità (non rientranti nelle successive classi).
- Persone che esercitano una professione senza partecipazione a lavoro manuale che implica l'accesso ad impalcature all'esterno di fabbricati, su tetti e costruzioni.
- Persone che esercitano una professione che implica la partecipazione alla lavorazione e preparazione di generi alimentari.

Attività Professionale	Cod.	classe rischio
accalappiacani	002	III
addestratore di cani	004	III
addetto a funivie, seggiovie, ovoidie, cabinovie	509	III
addetto a servizi vari anche su pista, con lavoro manuale nell'aviazione civile	510	III
addetto alla lavorazione di bigiotteria	511	III
addetto autolavaggio	512	III
addetto impresa di pulizie senza uso di impalcature esterne (pulizia di vetri e pavimenti)	426	III
addobbatore senza uso di impalcature	006	III
agricoltore senza uso di macchine	022	III
albergatore che svolge tutte le attività inerenti	024	III
allevatore in genere	030	III
analista di laboratorio	036	III
apicoltore	041	III
archeologo	516	III
architetto con accesso a cantieri	517	III
arrotino	049	III
artigiano che svolge lavori manuali	051	III
attacchino	057	III
autista di autobus	061	III
autista di autovetture	064	III
autista di motocarri	065	III
autista di taxi	066	III
autotrasportatore (autocarri, autotreni, autoarticolati) senza carico e scarico	062	III
bagnino	074	III
barista	078	III
benzinaio / addetto alla stazione di servizio	080	III
bidello / collaboratore scolastico (personale non docente)	082	III
bottaio	087	III
brunitore	088	III
calzolaio	093	III
cantiniere	098	III
cardatore	104	III
casaro	108	III
ceramista	113	III
cestaio	115	III
chimico in laboratorio di analisi mediche	116	III
chirurgo	117	III
cocchiere	119	III
commerciante ambulante di generi vari	123	III
commerciante che svolge lavori manuali	128	III
commerciante di carni senza macellazione	130	III
commerciante elettrodomestici con installazione	131	III
commerciante generi bar-tabacchi	136	III
commerciante generi salumeria - gastronomia	142	III
commerciante mobili-arredamenti con installazione	145	III
commesso in negozio	146	III



## NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

Attività Professionale	Cod.	classe rischio
commesso viaggiatore	147	III
conducente di autolettiga	148	III
coniatore	522	III
cromatore	155	III
cuoco	156	III
danzatore	158	III
decoratore	159	III
dirigente con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	530	III
distillatore di alcoolici	172	III
doratore	175	III
elettrauto - autoriparatore	181	III
facchino	189	III
floricoltore	199	III
fornaio	201	III
fotoceramista	203	III
fotografo (che lavora anche all'esterno)	576	III
fruttivendolo	208	III
fumista	209	III
fuochista	210	III
gelataio	213	III
geologo	215	III
geometra con accesso a cantieri	536	III
gestore di ristorante (titolare - direttore)	220	III
giardiniere (senza potatura di alberi)	539	III
gioielliere	225	III
gommista - autoriparatore	230	III
guantaio	232	III
imballatore	248	III
imbalsamatore di animali	249	III
imbianchino solo all'interno di edifici	250	III
impagliatore	251	III
impiegato con accesso a macchine di produzione o cantieri	579	III
incisore	262	III
ingegnere (che accede a cantieri, ponteggi o impalcature)	541	III
insaccatore di carni	273	III
insegnante di educazione fisica	270	III
insegnante di materie professionali con prove di laboratorio	542	III
insegnante di sport in genere esclusa equitazione	271	III
intarsiatore	277	III
intonacatore	279	III
investigatore privato (addetto di agenzia)	581	III
laboratorista / analista	286	III
lattoniere	291	III
lavanderia - stireria - tintoria (addetto)	292	III
lavoratore autonomo che svolge lavori manuali	293	III
levigatore di pavimenti	296	III
litografo	299	III
lucidatore (di materiale vario)	302	III
macellaio senza abbattimento del bestiame	304	III
magazziniere senza uso di macchinario sollevatore	307	III
maiolica/porcellana (fabbricante oggetti di)	310	III
medico veterinario	333	III
miniaturista / cesellatore	336	III
modellista in carta / cartone	337	III
molitore di vetro	341	III
molitore	342	III
moquette (posatore di)	343	III
mosaicista	344	III
mugnaio	345	III
necroforo	348	III





## NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

Attività Professionale	Cod.	classe rischio
operaio	500	III
operatore cinematografico - cameraman	505	III
orafo	358	III
orticoltore	361	III
ortopedico	363	III
panettiere	369	III
parquettista	372	III
pastaio	376	III
pasticciera	377	III
pesa pubblica (addetto alla)	395	III
pescivendolo	398	III
piastrellista	399	III
piazzista	400	III
pizzaiolo / rosticciere	404	III
pompe funebri (addetto a)	409	III
pony-express / rider	411	III
portalettere	412	III
portavalori	413	III
postino	416	III
radiotecnico	429	III
restauratore	433	III
reti - fabbricante di	434	III
rigattiere	436	III
rilegatore di libri	437	III
riparatore di cicli	439	III
riparatore di computer, macchine per scrivere e simili	441	III
riparatore di elettrodomestici	440	III
riparatore di strumenti e apparecchi medicali	442	III
riparatore di strumenti musicali	443	III
salumiere	449	III
scultore (artista)	455	III
smaltatore	459	III
spazzino / netturbino	462	III
stagnino	466	III
stradino	470	III
street artist	588	III
stuccatore	471	III
tappezziere	476	III
tecnico del suono - spettacolo	478	III
tecnico delle luci - spettacolo	479	III
tessitore	480	III
tintore - lavasecco	481	III
tipografo	482	III
tranviere	562	III
ufficiale di macchina	508	III
valigiaio	564	III
verniciatore	489	III
vivaista	495	III
vulcanizzatore	565	III
zoo (addetto alla pulizia e alla sorveglianza)	497	III



## CLASSE DI RISCHIO IV

- Persone che attendono alla posa di impianti per servizi, di elettrodomestici, alle riparazioni degli stessi all'interno di fabbricati - Persone che esplicano attività comportante lavori di pesante manualità, anche su impalcature all'esterno delle costruzioni, lavori con macchine operatrici, lavori in cantiere senza uso di esplosivi.
- Persone che praticano attività con uso di fiamma ossidrica e ossiacetilenica ed uso di sostanze corrosive.

Attività Professionale	Cod.	classe rischio
abbattitore di piante	001	IV
addetto alla potatura	005	IV
addobbatore con uso di impalcature	007	IV
agente di custodia	010	IV
agricoltore con uso di macchine	021	IV
allevatore di bovini	027	IV
allevatore di equini	028	IV
allevatore di suini	029	IV
antennista	039	IV
armaiolo	046	IV
ascensori - (albergo - addetti agli)	052	IV
asfaltatore	054	IV
autista di trattori	067	IV
autorimessa - addetto / gestore di (con riparazioni)	069	IV
autoriparatore	070	IV
autotrasportatore (autocarri, autotreni, autoarticolati) con carico e scarico	063	IV
barcaiolo	077	IV
boscaiolo	085	IV
calcografo	090	IV
cantoniere	099	IV
capomastro	100	IV
carpentiere	105	IV
carrozziere - autoriparatore	106	IV
cartaio	519	IV
cavaiolo senza uso di mine	110	IV
cementista	111	IV
demolitore	528	IV
ebanista	176	IV
elettricista	182	IV
escavatorista	534	IV
fabbro	188	IV
falegname	190	IV
ferroviere (personale tecnico viaggiante)	193	IV
filatore	194	IV
fonditore	200	IV
fresatore	535	IV
giocattoli (addetto alla fabbricazione)	224	IV
giostraio	228	IV
gruista	231	IV
guardia campestre	234	IV
guardia forestale	236	IV
guardia giurata	237	IV
guardia municipale	238	IV
guardia notturna	239	IV
guardiacaccia	240	IV
guardiacaccia di riserve private	241	IV
guardiapesca	242	IV
guida alpina	244	IV
idraulico	247	IV
imbianchino all'esterno di edifici o che utilizza trabattelli (ponteggi)	578	IV
imprenditore edile con partecipazione manuale e/o accesso ai cantieri	254	IV
insegnante di equitazione	269	IV



## NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

Attività Professionale	Cod.	classe rischio
installatore, conduttore di impianti	274	IV
intagliatore di legno	275	IV
intagliatore di pietra	276	IV
lamieraio	287	IV
laminatore di materie plastiche	288	IV
laminatore di metalli	289	IV
lapidario	290	IV
lavavetri (operanti con ponteggi esterni o con corde di sicurezza)	583	IV
macchine agricole e semoventi	543	IV
macellaio con abbattimento del bestiame	303	IV
magazziniere con uso di macchinario sollevatore	306	IV
maneggio (addetto a)	311	IV
maniscalco	313	IV
marinaio mercantile	315	IV
marmista	316	IV
meccanico - autoriparatore	320	IV
meccanico - montatore di macchine in genere	321	IV
meccanico - riparatore di macchine in genere	322	IV
mobiliere addetto alla fabbricazione	546	IV
modellista in legno / ferro	338	IV
motorista	547	IV
muratore	346	IV
nichelatore	349	IV
operaio con accesso a cantieri e uso di macchine	355	IV
parafulmini - installatore o fabbricante	370	IV
pastore (addetto al gregge)	378	IV
pavimentatore di strade	379	IV
pellettiere	381	IV
pellicciaio (addetto alla confezione)	382	IV
perito edile con accesso a cantieri	388	IV
pescatore non oceanico	397	IV
pescatore su laghi e fiumi	396	IV
pirotecnico	401	IV
pompieri	410	IV
pozzi neri (addetto allo spurgo)	417	IV
quadro con accesso a cantieri, officine, ponteggi	427	IV
restauratore con utilizzo di impalcature	587	IV
riparatore di autoveicoli	438	IV
saldatore autogeno	448	IV
scalpellino	451	IV
scaricatore in porti e scali ferroviari	452	IV
scuderia (addetto alla)	454	IV
segantino	456	IV
spazzacamino	461	IV
spedizioniere	464	IV
taglialegna	475	IV
tornitore	484	IV
trafilatore di materie plastiche	485	IV
trafilatori di metalli	486	IV
tree climbers	590	IV
trivellatore	487	IV
vetraio	491	IV
vigile del fuoco	493	IV



# NORME DI LEGGE RICHIAMATE NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

## Codice Civile

NUMERO E TESTO ARTICOLI RICHIAMATI:	DOVE:
<p><b>Art. 60</b> Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>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;</li><li>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.</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>COSA È ASSICURATO (Sezione infortuni)</b></li></ul>
<p><b>Art. 62</b> 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>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>COSA È ASSICURATO (Sezione infortuni)</b></li></ul>
<p><b>Art. 1891</b> Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo. All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>NORME COMUNI</b></li></ul>



NUMERO E TESTO ARTICOLI RICHIAMATI:	DOVE:
<p><b>Art. 1892</b>                      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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GLOSSARIO</li> <li>• NORME COMUNI</li> </ul>
<p><b>Art. 1893</b>                      Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GLOSSARIO</li> <li>• NORME COMUNI</li> </ul>
<p><b>Art. 1894</b>                      Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GLOSSARIO</li> <li>• NORME COMUNI</li> </ul>
<p><b>Art. 1897</b>                      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"> <li>• NORME COMUNI</li> </ul>
<p><b>Art. 1898</b>                      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"> <li>• NORME COMUNI</li> <li>• COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA (Sezione infortuni e malattia)</li> </ul>



NUMERO E TESTO ARTICOLI RICHIAMATI:	DOVE:
<p><b>Art. 1901</b>                      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"> <li>• <b>NORME COMUNI</b></li> </ul>
<p><b>Art. 1910</b>                      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 rimosse 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"> <li>• <b>NORME COMUNI</b></li> <li>• <b>COSA FARE IN CASO DI SINISTRO (Sezione infortuni)</b></li> </ul>
<p><b>Art. 1913</b>                      L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.                      Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>COSA FARE IN CASO DI SINISTRO (Sezione infortuni)</b></li> </ul>
<p><b>Art. 1914</b>                      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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>COSA FARE IN CASO DI SINISTRO (Sezione infortuni)</b></li> </ul>
<p><b>Art. 1915</b>                      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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>COSA FARE IN CASO DI SINISTRO (Sezione infortuni e malattia)</b></li> </ul>



# NUMERI UTILI

## Per informazioni e comunicazioni in merito alla polizza l'assicurato può contattare:

- **l'INTERMEDIARIO** a cui è assegnata la polizza
- **HELVETIA ITALIA ASSICURAZIONI S.P.A.**  
Numero Verde: 800.909.650 Via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano  
Telefono (solo per chiamate dall'estero): +39 0253511  
E-mail: [infoclienti@helvetiaitalia.it](mailto:infoclienti@helvetiaitalia.it)  
E-mail PEC: [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto:helvetiaitalia@pec.helvetia.it)

## Per la denuncia di un sinistro, l'assicurato può contattare:

- **l'INTERMEDIARIO** a cui è assegnata la polizza
- **HELVETIA ITALIA ASSICURAZIONI S.P.A.**  
Numero Verde: 800.909.650 Via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano  
Telefono (solo per chiamate dall'estero): +39 0253511  
E-mail: [infoclienti@helvetiaitalia.it](mailto:infoclienti@helvetiaitalia.it)  
E-mail PEC: [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto:helvetiaitalia@pec.helvetia.it)

Il sinistro può essere denunciato anche accedendo all'area riservata dedicata MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata.

## Per la richiesta di fornitura di una prestazione riferita all'Assicurazione Assistenza, l'Assicurato deve contattare:

- **Centrale Operativa di Inter Partner Assistance S.A.**
  - Numero verde: 800 612595 (da rete fissa dall'Italia);
  - Telefono: +39 06 42115763 (dall' estero o cellulare).



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

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

Capitale Sociale € 15.600.000 i.v.  
N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano, C.F.02446390581 - R.E.A.  
n. 865966 e Partita I.V.A. 07530080154  
Imp. Autor. all'eser. delle ass. e riass. con D. di ric. del M. Ind., Comm. ed Artg.  
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**