

Helvetia Protezione Persona - Modulo Infortuni in mobilità - Assicurazione Infortuni e Responsabilità civile

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 in mobilità**

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 in mobilità” è la soluzione assicurativa che tutela la persona fisica o i componenti del nucleo familiare dagli infortuni subiti in qualità di conducente, trasportato, passeggero e pedone. Completano la copertura prestazioni di assistenza alla persona e ai mezzi non targati (esempio, biciclette anche a pedalata assistita, monopattini, etc.), nonché la possibilità di acquistare una garanzia di Responsabilità Civile volta a tenere indenne l'assicurato da quanto dovuto a terzi per danni a persone e/o cose derivanti dalla guida dei mezzi non targati.

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 in mobilità indennizzabile a termini di polizza, viene liquidata la somma assicurata agli eredi legittimi o testamentari.

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:** è liquidata la somma assicurata per morte in caso di "coma irreversibile" derivante da infortunio indennizzabile a termini di polizza, purché sia dichiarato irreversibile dall'autorità medica competente.

✓ **Invalità permanente da infortunio:** in caso di invalidità permanente causata da infortunio in mobilità 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 i limiti delle somme assicurate indicate nel modulo di polizza.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE MEZZI NON TARGATI (Garanzia opzionale)

Responsabilità civile mezzi non targati: l'assicurato viene tenuto indenne da quanto dovuto per danni involontariamente causati a terzi per morte o per lesioni e/o danni a cose di terzi, provocati dalla guida di mezzi non targati per uso privato, ludico, di svago, spostamento casa/lavoro.

L'assicurazione è prestata entro il limite del massimale indicato nel modulo di polizza e del sottolimito per danni a cose specificato nelle condizioni di assicurazione.

SEZIONE ASSISTENZA

Assistenza alla persona

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**



Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile:

- ✗ 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 65 anni alla data di decorrenza della polizza;
- ✗ la persona che in corso di contratto compie 65 anni: in tal caso la copertura cessa alla prima scadenza annuale.

Relativamente alla sola garanzia Responsabilità civile mezzi non targati:

- ✗ con riferimento ai monopattini elettrici, non sono assicurati i minori di 14 anni;
- ✗ con riferimento Hoverboard, Monowheel, Segway, non sono assicurati le persone prive di patente di categoria AM, A1 o B1.

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:

- ! subiti dall'assicurato alla conduzione di Hoverboard, Monowheel, Monopattini Elettrici, Segway: certificati CE ai sensi della Direttiva 2006/42/CE, aventi caratteristiche tecniche e costruttive diverse da quelle indicate nel Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 04.06.2019 (G.U. Serie Generale n. 162 del 12.07.2019) e nelle successive normative: Legge n. 8 del 28.02.2020, Legge n. 156 del 09/11/2021, Legge n. 15 del 28/02/2022, Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 18.08.2022 (G.U. Serie Generale n. 202) e in ogni altra successiva disposizione normativa, regolamentare o altro provvedimento delle Autorità competenti; salvo i tempi di adeguamento dei monopattini elettrici già in circolazione previsti dalla normativa vigente;
- ! subiti alla guida di mezzi di micromobilità (Hoverboard, Monowheel, Monopattini Elettrici, Segway) per finalità diverse da uso privato, a scopo ludico e per lo spostamento casa/lavoro;
- ! avvenuti durante la conduzione di monopattini con motore a scoppio;
- ! subiti in conseguenza o in occasione di inosservanza di norme di legge (quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il codice della strada, nonché le norme di circolazione stradale vigenti), disposizioni regolamentari (anche private) o altra disposizione normativa delle autorità competenti; o di norme di circolazione interna ad aree private;
- ! subiti durante la guida dei veicoli in aree aeroportuali civili e militari, aree militari, autodromi e piste.



Che cosa è assicurato?

Assistenza ai mezzi non targati

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

Prestazioni valide per i mezzi non targati:

- ✓ invio di un mezzo di soccorso e trasporto dell'Assicurato;
- ✓ trasporto del mezzo a seguito di infortunio dell'Assicurato.

Prestazioni valide per le E-bike e le biciclette:

- ✓ rientro al domicilio/proseguimento del viaggio;
- ✓ spese di albergo;
- ✓ servizio di accompagnamento;

Consulenza veterinaria telefonica in caso di infortunio del cane o gatto dell'Assicurato a seguito di incidente.

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



Ci sono limiti di copertura?

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE MEZZI NON TARGATI

La garanzia Responsabilità Civile non copre in alcun caso i sinistri e conseguenti danni causati, occorsi in conseguenza, o in occasione di:

- ! inosservanza di norme di legge (compreso il codice della strada) e regolamentari (compresi i regolamenti di natura privata, a titolo esemplificativo ma non esaustivo i regolamenti condominiali), incluse quelle relative alla circolazione;
- ! guida di biciclette elettriche, vale a dire i velocipedi a due ruote dotati di motore elettrico con acceleratore che funziona indipendentemente dalla propulsione muscolare del conducente, e il cui motore ha una potenza nominale continua massima superiore a 0,25 KW e che per circolare devono essere sottoposte alle norme del codice della strada (ad esempio: essere munite di targa, essere condotte da maggiori di 14 anni muniti di apposito patentino ecc.);
- ! guida di monopattino con motore a scoppio;
- ! danni provocati dall'Assicurato durante la guida di un mezzo non targato che, secondo la legislazione del luogo in cui si è verificato il sinistro, è qualificato come veicolo a motore terrestre soggetto all'assicurazione obbligatoria RCA;
- ! guida dei mezzi non targati in aree aeroportuali civili e militari, aree militari, autodromi e piste;
- ! guida dei mezzi non targati per eventi sportivi di qualsiasi natura;
- ! tutti i danni che non siano fisici e materiali.

SEZIONE ASSISTENZA ALLA PERSONA E AI MEZZI NON TARGATI

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

- ! 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;
- ! eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale.

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



Dove vale la copertura?

SEZIONE INFORTUNI

L'assicurazione opera:

- ✓ nel mondo intero per gli infortuni subiti come conducente di mezzi diversi dai mezzi non targati e per infortuni subiti come passeggero o come trasportato, nonché come pedone.
- ✓ nel territorio italiano, compresa la Repubblica di San Marino e lo Stato Città del Vaticano, per gli infortuni subiti come conducente di mezzi non targati.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE MEZZI NON TARGATI

- ✓ La copertura Responsabilità Civile mezzi non targati opera nel territorio italiano, compresi Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

SEZIONE ASSISTENZA

Assistenza alla persona

- ✓ 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, 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 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).

Assistenza ai mezzi non targati

- ✓ Le prestazioni di assistenza ai mezzi non targati sono operanti nella Repubblica Italiana, nella Repubblica di San Marino e nello Stato della 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 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.



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.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

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 in mobilità

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; e-mail: infoclienti@helvetiaitalia.it; PEC: 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.

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 già indicato nel DIP, si precisa che l'assicurazione copre gli infortuni che l'assicurato subisca in qualità di:

- ✓ Conducente, non professionale, di:
 - Autovetture;
 - Autoveicoli di peso a pieno carico fino a 35 quintali;
 - Motoveicoli;
 - Ciclomotori;
 - Natanti ad uso privato o da diporto;purché abilitato a norma delle disposizioni in vigore.
- ✓ Trasportato di veicoli privati adibiti a trasporto di persone. Si intende incluso il trasporto di bambini su E-bike nei limiti consentiti dalla normativa vigente;
- ✓ Conducente di mezzi non targati;
- ✓ Passeggero dei seguenti mezzi:
 - a) di trasporto pubblico a motore terrestri e navali (quali: taxi, auto/filobus, tram, metropolitane, treni, navi, traghetti, battelli, aliscafi, vapori, funicolari e funivie);
 - b) di trasporto pubblico o privato, durante i viaggi aerei su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:
 - su aeromobili di società di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - su aeromobili in esercizio ad aeroclub;
 - su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- ✓ Pedone, in conseguenza di investimento da parte di veicolo a motore (pubblico o privato), mezzi non targati e bici elettriche.

Nel caso di utilizzo di veicoli privati in qualità di conducente o trasportato, sono compresi gli infortuni subiti:

- ✓ durante la messa in moto e lo svolgimento delle operazioni strettamente necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermo forzato, dovuto a guasto o avaria, o non forzato per stati di malore del conducente o del passeggero;
- ✓ nel tentativo di segnalare una situazione di pericolo venutasi a creare in caso di incidente o di fermo forzato del mezzo;
- ✓ nel tentativo di salvataggio del mezzo e/o dei suoi passeggeri.

In caso di utilizzo di mezzi pubblici in qualità di passeggero, sono in garanzia anche gli infortuni subiti:

- ✓ durante la salita o la discesa dai mezzi di trasporto compresi in garanzia.

In caso di utilizzo dei mezzi non targati, sono compresi gli infortuni subiti:

- ✓ durante la messa in moto e lo svolgimento delle operazioni strettamente necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermo;
- ✓ nel tentativo di salvataggio del mezzo e/o dei suoi passeggeri ove previsti dalla normativa.

Si precisa che nelle casistiche sopra esposte sono compresi gli infortuni subiti:

- in conseguenza di malore o in stato di incoscienza non dovuti a condizioni patologiche;
- a causa di imperizia, imprudenza, negligenza anche gravi (colpa grave).

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.

✓ **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.

Il Contraente al momento della sottoscrizione può scegliere tra due somme assicurate per le garanzie morte e invalidità permanente, più precisamente tra 50.000 euro (pacchetto SILVER) o 100.000 euro (pacchetto GOLD) per ciascuna garanzia.

In caso di polizza per nucleo familiare, tali somme operano per singolo assicurato.

SEZIONE ASSISTENZA

✓ **Assistenza alla persona**

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 la consegna dei farmaci, il prelievo di campioni per esami del sangue, la consegna dell'esito di accertamenti diagnostici, l'assistenza infermieristica/socioassistenziale, l'invio di un fisioterapista, il 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 di prenotazione appuntamento con organizzazione dell'alloggio e trasposto dell'assicurato (se necessario).
- ✓ **network convenzionato:** servizio informativo di carattere medico/sanitario, e possibilità di accedere a 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 del 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 morte dell'assicurato, la traduzione della cartella clinica/verbale di pronto soccorso.

✓ **Assistenza ai mezzi non targati**

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

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni con riduzione del premio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE MEZZI NON TARGATI

RESPONSABILITÀ CIVILE MEZZI NON TARGATI

Oltre a quanto indicato nel DIP, si precisa che nella polizza per nucleo familiare, il massimale e il sottolimito per danni a cose sono da intendersi per nucleo.



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 subiti in conseguenza o in occasione di:

- ! conduzione di veicoli, aeromobili, natanti, mezzi non targati, in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e farmaci psicotropi,
- ! conduzione di veicoli e natanti se il conducente è privo della patente necessaria secondo le normative 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;
- ! mancato utilizzo del casco, se obbligatorio per Legge;
- ! mancato utilizzo di specifiche misure di protezione, visibilità o sicurezza, se obbligatorie per Legge;
- ! suicidio o tentato suicidio, auto-lesioni;
- ! partecipazione a furti, rapine e/o a qualsivoglia altro delitto (anche tentato) e/o reato;
- ! operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio assicurabile dalla presente polizza;
- ! in caso di delitti e atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo il caso di atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ! partecipazione, a titolo professionale o sotto contratto remunerato, a competizioni ufficiali organizzate da qualsiasi federazione sportiva, incluso l'allenamento in vista di queste competizioni;
- ! stato di malore o di incoscienza causato da infermità mentale, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici o altra infermità mentale di gravità analoga;
- ! imprese temerarie;
- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati od accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, ecc.);
- ! guerra (dichiarata o non), guerra civile, anche se non dichiarata, e insurrezione generale, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, invasioni, occupazioni militari, attentati ai quali l'Assicurato abbia partecipato attivamente;
- ! dolo dell'Assicurato o delle persone appartenenti al nucleo familiare dell'Assicurato;
- ! guida dei veicoli e natanti, per acrobazie, eventi sportivi, competizioni, gare, e loro sessioni di prova, nonché qualsiasi attività sportiva svolta in qualità di membro di un club o di un gruppo sportivo autorizzato;
- ! guida di natanti privati in aree marittime militari;
- ! in qualità di trasportato sui mezzi non targati quando il trasporto è vietato dalla normativa vigente;
- ! guida dell'allievo, se al suo fianco non vi è una persona abilitata a svolgere le funzioni di istruttore ai sensi delle disposizioni vigenti;
- ! nel caso di natanti con targa in prova, se la navigazione avviene senza l'osservanza delle disposizioni vigenti;
- ! competizioni/allenamenti ciclistici, pratica di downhill e l'utilizzo della bicicletta su percorsi impervi (in montagna, sentieri non asfaltati etc.).

Inoltre, sono esclusi dalla copertura:

- ! l'infarto e le ernie (comprese quelle discali) da qualunque causa provocati;
- ! infortuni avvenuti prima della entrata in vigore;
- ! le conseguenze dirette e indirette derivanti da situazioni pregresse alla data di decorrenza.

Oltre a quanto indicato nel DIP, limitatamente alla conduzione dei mezzi di micromobilità, l'assicurazione non copre:

- ! l'infortunio avvenuto durante la conduzione di mezzi di micromobilità aventi caratteristiche tecniche e costruttive diverse da quanto previsto dalle normative vigenti al momento del sinistro, salvo i termini di adeguamento previsti dalla normativa in vigore per i monopattini elettrici già in circolazione;

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

GARANZIE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
Morte da infortunio in mobilità	non previsto	non previsto	non previsto
Invalità permanente da infortunio in mobilità	non previsto	La Compagnia: - non liquida alcun indennizzo se l'invalità permanente è pari o inferiore al 5%; - se l'invalità permanente è superiore al 5% e inferiore o uguale al 14%, liquida la differenza tra l'invalità accertata e la franchigia stessa; - per invalidità permanenti superiori comprese tra il 15% e il 30% liquida un indennizzo pari all'invalità accertata; - se l'invalità permanente è superiore al 30% liquida un indennizzo superiore rispetto all'invalità accertata, determinato in funzione della percentuale individuata nella tabella di accertamento invalidità; - a partire da invalidità permanente pari o superiore al 65% liquida l'intera somma assicurata	non previsto

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE MEZZI NON TARGATI

! Non sono considerati terzi ai fini della copertura responsabilità civile:

- il coniuge e il convivente more uxorio dell'assicurato;
- i genitori dell'assicurato;
- i figli dell'Assicurato;
- qualsiasi altro parente o affine o convivente con l'assicurato, come definiti dagli artt. 74 e seguenti del Codice Civile;
- qualsiasi persona iscritta nello Stato di Famiglia dell'assicurato;
- le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio prestato a favore dell'assicurato.

Oltre a quanto indicato nel DIP, la garanzia Responsabilità Civile non copre in alcun caso i sinistri e conseguenti danni causati, occorsi in conseguenza, o in occasione di:

- ! danni subiti da terzi trasportati, qualora il trasporto sia stato effettuato in deroga alle disposizioni normative vigenti;
- ! guida di mezzi non targati in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e farmaci psicotropi,
- ! mancato utilizzo di specifiche misure di visibilità o di sicurezza, se obbligatorie per legge;
- ! in caso di delitti e atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato, salvo il caso di atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ! dolo dell'assicurato o delle persone autorizzate dall'assicurato, o delle persone appartenenti al suo nucleo familiare;
- ! stato di malore o di incoscienza causato da infermità mentale, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici o altra infermità mentale di gravità analoga;
- ! imprese temerarie;
- ! di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati od accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, ecc.);
- ! guerra (dichiarata o non), guerra civile, anche se non dichiarata, e insurrezione generale, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, invasioni, occupazioni militari, attentati ai quali l'assicurato abbia partecipato attivamente;
- ! partecipazione a furti, rapine e/o a qualsivoglia altro delitto e/o reato;
- ! sinistri per i quali l'assicurato abbia fatto transazioni di ogni genere con il danneggiato senza il preventivo benestare della Compagnia, ivi il riconoscimento di responsabilità totale o parziale;
- ! danni provocati dall'assicurato in caso di traino di mezzi non targati o conduzione di animali, oppure nel caso in cui il mezzo non targato venga trainato o traini altro mezzo.

Inoltre, sono esclusi dalla copertura:

- ! i sinistri avvenuti antecedentemente la validità della copertura;
- ! i sinistri che siano conseguenza diretta e indiretta di malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze.

Esclusioni particolare mezzi di micromobilità

La garanzia di Responsabilità Civile non è operante in caso di:

- ! verificarsi del sinistro in un Paese in cui la guida dei mezzi di micromobilità richieda un'assicurazione obbligatoria per la circolazione su strada dei veicoli a motore o qualsiasi altro tipo di assicurazione obbligatoria, questo non sarà coperto dal presente contratto;
- ! tutti i casi in cui, per una qualsiasi fase della mobilità connessa la guida dei mezzi di micromobilità, sia necessaria per legge un'assicurazione obbligatoria di Responsabilità Civile nel Paese di utilizzo del mezzo di micromobilità;
- ! guida di monopattini fuori dai centri urbani (strade extra-urbane) in aree diverse da quelle consentite dalle disposizioni legislative, regolamentari o provvedimenti delle Autorità competenti vigenti al momento del sinistro.

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

La Compagnia tiene indenne l'Assicurato nei limiti del massimale di euro 500.000 per sinistro e periodo di assicurazione

GARANZIE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
Responsabilità civile dei mezzi non targati	non previsto	250 euro per sinistro in caso di danni a cose di terzi	50.000 euro per danni a cose di terzi

SEZIONE ASSISTENZA

ASSISTENZA ALLA PERSONA E AI MEZZI NON TARGATI

Oltre a quanto indicato nel DIP, le prestazioni di assistenza 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;
- ! 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;
- ! spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.

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.

Salvo quanto diversamente specificato per le singole prestazioni e quanto indicato nella successiva tabella, la copertura opera nel limite di 3 sinistri, durante ciascun periodo di assicurazione;

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

Gli interventi di assistenza devono essere preventivamente autorizzati dalla centrale operativa, pena la decadenza del diritto alla prestazione.

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

TABELLA ASSISTENZA ALLA PERSONA

GARANZIE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA D'URGENZA			
Consulto medico telefonico	non previsto	non previsto	non previsto
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA			
Reperimento e consegna farmaci	non previsto	non previsto	non previsto
Prelievo campioni	non previsto	non previsto	non previsto
Consegna esito esami	non previsto	non previsto	non previsto
Assistenza infermieristica	non previsto	non previsto	500 euro per periodo di assicurazione. Fino a 10 giorni successivi alle dimissioni.
Invio fisioterapista	non previsto	non previsto	800 euro per periodo di assicurazione.
Reperimento di presidi medico-chirurgici	non previsto	non previsto	250 euro per sinistro. Fino a un massimo di 60 giorni per sinistro .

GARANZIE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
ASSISTENZA DOMICILIARE NON SANITARIA			
Trasferimento per cure riabilitative / fisioterapiche	non previsto	non previsto	30 euro per ogni servizio (da e per il luogo di cura). Fino a massimo 6 trasferimenti .
Invio di un insegnante per supporto scolastico	non previsto	non previsto	3 giorni per sinistro e 4 ore per giorno.
TELECONSULTAZIONE			
Videoconsultazione	non previsto	non previsto	non previsto
Prescrizione medica	non previsto	non previsto	non previsto
SECOND OPINION CON DIAGNOSI CORRELATA AVANZATA			
Diagnosi correlata avanzata	non previsto	non previsto	Massimo 3 specialisti .
NETWORK CONVENZIONATO			
Card Network Convenzionato	non previsto	non previsto	non previsto
ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO IN CASO DI INFORTUNIO			
Trasferimento/ Rimpatrio sanitario	non previsto	non previsto	Aereo sanitario entro il limite di 30.000 euro per sinistro
Rimpatrio salma	non previsto	non previsto	Spese di trasporto e feretro (compreso acquisto) entro il limite di 8.000 euro .
Prolungamento del soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato	non previsto	non previsto	80 euro per notte (limitatamente alle spese di pernottamento e prima colazione) e per persona, con il massimo di 500 euro per sinistro.
Viaggio di famiglia 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	2.500 euro per sinistro.
Interprete a disposizione	non previsto	non previsto	Fino a un massimo di 4 ore lavorative per sinistro. Limite di rimborso per spese di interprete (non convenzionato) di 500 euro per sinistro e per periodo di assicurazione.
Viaggio di un familiare in caso di decesso dell'Assicurato	non previsto	non previsto	Limite di 800 euro per periodo di assicurazione.
Traduzione cartella clinica/verbale di pronto soccorso	non previsto	non previsto	non previsto

TABELLA ASSISTENZA MEZZI NON TARGATI

GARANZIE	SCOPERTI	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
PRESTAZIONI VALIDE PER I MEZZI NON TARGATI			
Invio di un mezzo di soccorso e trasporto dell'Assicurato	non previsto	non previsto	3 prestazioni per periodo di assicurazione. In caso di trasporto in autonomia del mezzo non targato per il rientro al domicilio o altra destinazione entro 100 km dal sinistro, limite di 500 euro per periodo assicurazione.
Trasporto del mezzo a seguito di infortunio dell'Assicurato	non previsto	non previsto	Spese di ritiro e trasporto nel limite di 500 euro per sinistro.
PRESTAZIONI VALIDE PER LE E-BIKE E LE BICICLETTE			
Rientro al domicilio/prosecuzione del viaggio	non previsto	non previsto	Costo dei biglietti ferroviari entro il limite di 200 euro per sinistro (indipendentemente dal numero di persone coinvolte). Costo taxi entro il limite 200 euro per sinistro
Spese di albergo	non previsto	non previsto	Massimo 3 notti (esclusivamente per spese pernottamento e prima colazione), con il limite di 300 euro per sinistro (indipendentemente dal numero di persone coinvolte, la prestazione vale per il conducente ed eventuali trasportati).
Servizio di accompagnamento	non previsto	non previsto	Spese di trasporto entro il limite di 50 euro per sinistro.
Consulenza veterinaria telefonica	non previsto	non previsto	non previsto



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>SEZIONE INFORTUNI</p> <p><u>Denuncia di sinistro:</u> In caso di sinistro il Contraente o, l'assicurato o i suoi aventi diritto devono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>La denuncia può essere inviata alla Compagnia all'indirizzo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano • oppure può essere inviata tramite e-mail o PEC ai seguenti indirizzi: <ul style="list-style-type: none"> - infoclienti@helvetiitalia.it; - helvetiitalia@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, 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.

In caso di morte da infortunio dell'assicurato, i beneficiari identificati nel modulo di polizza 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:

- 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;
- 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.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE MEZZI NON TARGATI

In caso di sinistro, l'Assicurato ha l'obbligo:

- di avvisare per iscritto l'Intermediario oppure la Compagnia entro 5 giorni dal momento in cui ne ha avuto conoscenza.

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:

- infoclienti@helvetiaitalia.it;
- 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, 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 dedicate.

- di trasmettere la documentazione richiesta dalla Compagnia necessaria a provare il diritto alla prestazione assicurativa.

SEZIONE 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: **800 612 595**;
- 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.

	<p><u>Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro relativo alla "Second Opinion".</u> L'Assicurato o il familiare o persona terza, da loro delegata, deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - contattare la centrale operativa, dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00 (esclusi i giorni festivi) ai numeri sopra riportati; - 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 circa il trattamento dei dati forniti. <p>Assistenza diretta/in convenzione: non prevista</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero verde: 800 612 595 (da rete fissa dall'Italia). • Telefono: +39 06 42115763 (dall'estero o cellulare). <p>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. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<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>Obblighi dell'impresa</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>INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO</p> <p>L'Assicurato mediante apposita richiesta e previa presentazione di idonea documentazione medico legale, può ottenere a titolo di acconto importo pari al 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo. Per procedere con la liquidazione è necessario che vengano soddisfatte tutte le seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - siano trascorsi almeno 90 giorni dalla data di presentazione della denuncia; - la percentuale di invalidità permanente stimata dalla Compagnia sia superiore al 50%; - non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro.



Quando e come devo pagare?

<p>Premio</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 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>Rimborso</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>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

<p>Durata</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.</p>
<p>Sospensione</p>	<p>Non è prevista la facoltà per il cliente di richiedere la sospensione delle garanzie di polizza.</p>



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipula	Non è previsto il diritto di ripensamento.
Risoluzione	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 proteggere se stessa o il nucleo familiare (il coniuge o convivente more uxorio o unione civile e i figli conviventi risultanti dallo Stato di famiglia) dalle possibili conseguenze di un infortunio avvenuto durante la mobilità in qualità di conducente, trasportato, passeggero e pedone, e che desidera altresì tutelarsi in caso di danni a terzi per danni a persone e/o cose derivanti dalla guida dei mezzi non targati, oltre che accedere a servizi di assistenza alla persona e ai mezzi non targati.



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?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami inerenti al rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto alla Società presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti: Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami –Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano – Email reclami@helvetia.it Eventuali reclami riguardanti il comportamento della banca distributrice e dei dipendenti e collaboratori di quest'ultima potranno essere inoltrati direttamente alla banca distributrice. La Società o la banca distributrice, ciascuna per la propria competenza, inviano la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it .

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione (obbligatoria)	Mediazione: interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	(facoltativa) Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> Arbitrato (facoltativo): in caso di 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. 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 http://www.ec.europa.eu/fin-net, chiedendo l'attivazione della Procedura. <p>Tramite il sito della Compagnia (www.helvetia.it) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.</p>

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 in mobilità -

Assicurazione Infortuni e responsabilità civile

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 in mobilità**, la polizza che tutela le persone fisiche dagli infortuni subiti in qualità di conducente, trasportato, passeggero e pedone, nonché la responsabilità civile derivante dalla guida dei mezzi non targati per danni a persone e cose. Completano la copertura le prestazioni di assistenza alla persona e ai mezzi non targati.

Le garanzie previste sono:



Infortuni



Responsabilità Civile della guida dei mezzi non targati (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	5
NORME COMUNI	10
Art. 1.1 CONDIZIONI PER LA STIPULA E IL RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE.....	10
Art. 1.2 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO	10
Art. 1.3 DURATA, PROROGA E DISDETTA DELL'ASSICURAZIONE.....	10
Art. 1.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	11
Art. 1.5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	11
Art. 1.6 AGGRAVAMENTO DI RISCHIO	11
Art. 1.7 DIMINUZIONE DEL RISCHIO (valido solo in caso di modifica del domicilio)	11
Art. 1.8 ALTRE ASSICURAZIONI	12
Art. 1.9 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI.....	12
Art. 1.10 DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO	12
Art. 1.11 FORO COMPETENTE	12
Art. 1.12 ONERI FISCALI.....	12
Art. 1.13 MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni)	12
Art. 1.14 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	13
SEZIONE INFORTUNI	14
Art. 2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	14
Art. 2.2 PERSONE ASSICURABILI	15
Art. 2.3 MORTE DA INFORTUNIO	15
Art. 2.4 INVALIDITÀ PERMANENTE	16
Art. 2.5 PERSONE NON ASSICURABILI	16
Art. 2.6 LIMITI GENERALI DI OPERATIVITÀ DELLA CONDUZIONE DEI MEZZI DI MICROMOBILITÀ	17
Art. 2.7 ESCLUSIONI GENERALI	18
Art. 2.8 FRANCHIGIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO	19
Art. 2.9 SCELTA DELLA FORMA DI COPERTURA.....	20
Art. 2.10 VALIDITA' TERRITORIALE.....	20



SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE MEZZI NON TARGATI	21
Art. 3.1. OGGETTO DELLA GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE MEZZI NON TARGATI	21
Art. 3.2. PERSONE ASSICURABILI	21
Art. 3.3. PERSONE NON ASSICURABILI	22
Art. 3.4. PERSONE NON CONSIDERATE TERZI	22
Art. 3.5. ESCLUSIONI GENERALI	23
Art. 3.6. ESCLUSIONI PARTICOLARI MEZZI DI MICROMOBILITÀ	23
Art. 3.7. MASSIMALE RESPONSABILITÀ CIVILE MEZZI NON TARGATI.....	24
Art. 3.8. FRANCHIGIA	24
Art. 3.9. SCELTA DELLA FORMA DI COPERTURA.....	24
Art. 3.10. VALIDITÀ TERRITORIALE	24
SEZIONE ASSISTENZA	25
Art. 4.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	25
Art. 4.2 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA	25
Art. 4.3 ESCLUSIONI GENERALI	31
Art. 4.4 ESTESIONE TERRITORIALE.....	31
Art. 4.5 MODALITÀ OPERATIVE DELLA POLIZZA	31
Art. 4.6 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	34
Art. 4.7 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA	34
Art. 4.8 ESCLUSIONI GENERALI	36
Art. 4.9 VALIDITÀ TERRITORIALE.....	36
Art. 4.10 MODALITÀ OPERATIVE DELLA POLIZZA.....	36
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	38
Art. 5.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO	38
Art. 5.2 OBBLIGHI IN ATTESA DELLA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO.....	39
Art. 5.3 OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI INDENNIZZO	39
Art. 5.4 CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ	40
Art. 5.5 CUMULO DI INDENNITÀ'	40
Art. 5.6 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO.....	41
Art. 5.7 CONTROVERSIE - ARBITRO IRRITUALE	41
Art. 5.8 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO	42
Art. 5.9 PAGAMENTO DEL RISARCIMENTO.....	42
Art. 5.10 GESTIONE DELLE VERTENZE	42
Art. 5.11 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA.....	43
Art. 5.12 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO SECOND OPINION.....	43
Art. 5.13 OBBLIGHI DELLA CENTRALE OPERATIVA PER CONTO DELLA COMPAGNIA.....	43
APPENDICE A – Tabella per accertamento grado di invalidità permanente.....	44
NORME DI LEGGE RICHIAMATE NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	45
NUMERI UTILI.....	49



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 garanzie specifiche o la sola sezione assistenza.

A

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

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*.

Aree Aeroportuali: aree riservate al traffico e alla sosta di aeromobili civili e militari.

Aree Equiparate alle Strade di Uso Pubblico: aree di proprietà di soggetti pubblici o privati cui può accedere una molteplicità di veicoli, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: le stazioni di servizio, i parcheggi dei supermercati, i cantieri aperti al pubblico.

Aree Pedonali: zone interdette alla circolazione dei veicoli.

Aree Private: aree di proprietà di soggetti pubblici o privati cui possono accedere soltanto i veicoli autorizzati, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: cortili condominiali, cantieri recintati, ecc

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'*assicurazione*. Nel caso in cui sia operante la forma di copertura "Individuale", è la persona fisica indicata nel *modulo di polizza*; qualora sia operante la forma di copertura "Nucleo Familiare" è la persona indicata nel *modulo di polizza* nonché il coniuge o convivente more uxorio/unione civile e i figli conviventi risultanti dallo *stato di famiglia* al momento del *sinistro*.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

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*.



B

Beneficiario: in caso di *Infortunio* che comporti il decesso dell'*Assicurato*, i soggetti o gli enti a cui la *Compagnia* deve liquidare l'*indennizzo*.

Biciclette: velocipede a due o più ruote funzionanti a propulsione esclusivamente muscolare, per mezzo di pedali o di analoghi dispositivi, azionati dalle persone che si trovano sul velocipede.

Bicicletta elettrica: velocipede a due ruote dotato di motore elettrico con acceleratore che funziona indipendentemente dalla propulsione muscolare del conducente, e il cui motore ha una potenza nominale continua massima superiore a 0,25 KW.

C

Carrozzina elettrica: ausilio medico per la mobilità personale dotato di propulsione elettrica azionata da un apposito comando che permette alla persona di muoversi in completa autonomia.

Le *carrozze elettriche* per disabili oggetto di copertura devono essere certificate CE, iscritte al "Repertorio" secondo quanto previsto da decreto del Ministro della Salute del 20 febbraio 2007 "Nuove modalità per gli adempimenti previsti dall'articolo 13 del decreto legislativo 24 febbraio 1997, n.46" e successiva Ordinanza del 23 dicembre 2008, nonché iscritte come dispositivo medico.

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: 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*.

Codice della Strada: Decreto Legislativo n. 285/1992 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

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*.

D

Data di Decorrenza: la data indicata sul *modulo di polizza* dalla quale decorre l'*assicurazione*.

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

E-bike: velocipede a due ruote con pedalata assistita, dotata di un motore ausiliario elettrico avente potenza nominale continua massima di 0,25 KW, la cui alimentazione è progressivamente ridotta ed infine interrotta quando il veicolo raggiunge i 25 km/h o prima se il ciclista smette di pedalare.

Estero: tutti i Paesi del Mondo esclusi l'*Italia*, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano



F

Famigliare: il coniuge o convivente more uxorio o unione civile e i figli conviventi risultanti dallo *Stato di famiglia* al momento del *sinistro*.

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*.

H

Hoverboard: dispositivo auto-bilanciato - certificato CE ai sensi della Direttiva 2006/42/CE - la cui velocità massima non supera i 20 Km/h e avente le caratteristiche costruttive indicate nel Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 04.06.2019 (G.U. Serie Generale n. 162 del 12.07.2019) e in ogni altra successiva disposizione normativa, regolamentare o altro provvedimento delle Autorità competenti. Se il dispositivo è in grado di sviluppare una velocità massima superiore a 20 Km/h, dovrà essere dotato di regolatore di velocità configurabile in modo da non superare la velocità massima di 20 Km/h. Per la circolazione dopo il tramonto o in condizioni di scarsa visibilità diurna, il dispositivo dovrà essere altresì dotato di luce anteriore bianca o gialla fissa e catarifrangenti rossi o luce rossa fissa collocati nella parte posteriore.

I

Incidente: l'evento accidentale subito dal *mezzo non targato* durante la circolazione stradale, incluso l'urto o la collisione con ostacolo mobile o fisso e cadute dovute a buche stradali, con altri veicoli identificati e non, compreso il ribaltamento o l'uscita di strada, anche se dovuto ad imperizia, negligenza ed inosservanza di norme e regolamenti (così come definiti dalla legge), tale da provocare un danno che determina l'immobilizzo immediato del *mezzo non targato* stesso, ovvero ne consente la marcia con il rischio di aggravamento del danno o non gli consente di circolare autonomamente in normali condizioni di sicurezza.

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

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.

Invalidità permanente: perdita definitiva, in misura totale o parziale, della capacità dell'*Assicurato* allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione da lui 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 cronica: *malattia* che presenta sintomi costanti nel tempo ed i cui effetti si sono stabilizzati senza possibilità di nessuna cura risolutiva.

Massimale (per la sezione Responsabilità civile): l'importo che rappresenta il massimo esborso a cui è tenuta la *Compagnia*.



Mezzo di soccorso: mezzo di assistenza utilizzato per il recupero o trasporto del mezzo e della persona in caso di *incidente*.

Mezzo o Mezzi di micromobilità: *Hoverboard – Monopattini Elettrici – Monowheel – Segway.*

Mezzo non targato: i *mezzi di micromobilità*, le *E-Bike*, le *Biciclette* e le *Carrozze elettriche*.

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 censito*, indicazione dei *beneficiari* in caso di morte, il *premio* dovuto, le garanzie operanti e le *somme assicurate* e i *massimali*).

Monopattini Elettrici: dispositivo non autobilanciato - certificato CE ai sensi della Direttiva 2006/42/CE - dotato di motore elettrico avente potenza nominale massima non superiore a 500 W e di segnalatore acustico, la cui velocità massima non supera i 20 Km/h e avente le caratteristiche costruttive indicate nel Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 4.6.2019 (G.U. Serie Generale n. 162 del 12.07.2019) e delle successive normative L. 8 del 28.02.2020, L. 156 del 09.11.2021, L. 15 del 25.02.2022, Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 18.08.2022 (G.U. Serie Generale n.202) e in ogni altra successiva disposizione normativa, regolamentare o altro provvedimento delle Autorità competenti; con tempi di adeguamento dei monopattini in circolazione previsti dalla normativa vigente. Se il dispositivo è in grado di sviluppare una velocità massima superiore a 20 Km/h, dovrà essere dotato di regolatore di velocità configurabile in modo da non superare la velocità massima di 20 Km/h. Per la circolazione dopo il tramonto o in condizioni di scarsa visibilità diurna, il dispositivo dovrà essere altresì dotato di luce anteriore bianca o gialla fissa e catarifrangenti rossi o luce rossa fissa collocati nella parte posteriore.

Monowheel: dispositivo auto-bilanciato- certificato CE ai sensi della Direttiva 2006/42/CE - la cui velocità massima non supera i 20 Km/h e avente le caratteristiche costruttive indicate nel Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 04.06.2019 (G.U. Serie Generale n. 162 del 12.07.2019) e in ogni altra successiva disposizione normativa, regolamentare o altro provvedimento delle Autorità competenti. Se il dispositivo è in grado di sviluppare una velocità massima superiore a 20 Km/h, dovrà essere dotato di regolatore di velocità configurabile in modo da non superare la velocità massima di 20 Km/h. Per la circolazione dopo il tramonto o in condizioni di scarsa visibilità diurna, il dispositivo dovrà essere altresì dotato di luce anteriore bianca o gialla fissa e catarifrangenti rossi o luce rossa fissa collocati nella parte posteriore.

N

Nucleo familiare: la persona fisica indicata nel *modulo di polizza* nonché il coniuge o il convivente more uxorio o unione civile e i figli conviventi risultanti dallo *Stato di famiglia* al momento del *sinistro*.

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.

Percorsi Promiscui: percorsi pedonali e ciclabili

Piste Ciclabili: parte longitudinale della strada, opportunamente delimitata, riservata alla circolazione dei velocipedi.

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.

R

Recesso: scioglimento del vincolo contrattuale.



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

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

S

Segway: dispositivo auto-bilanciato - certificato CE ai sensi della Direttiva 2006/42/CE - dotato di segnalatore acustico, la cui velocità massima non superi i 20 Km/h e avente le caratteristiche costruttive indicate nel Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 04.06.2019 (G.U. Serie Generale n. 162 del 12.07.2019) e in ogni altra successiva disposizione normativa, regolamentare o altro provvedimento delle Autorità competenti. Se il dispositivo è in grado di sviluppare una velocità massima superiore a 20 Km/h, dovrà essere dotato di regolatore di velocità configurabile in modo da non superare la velocità massima di 20 Km/h. Per la circolazione dopo il tramonto o in condizioni di scarsa visibilità diurna, il dispositivo dovrà essere altresì dotato di luce anteriore bianca o gialla fissa e catarifrangenti rossi o luce rossa fissa collocati nella parte posteriore.

Servizio di Sharing Mobility: servizio di mobilità cittadina autorizzato dal Comune competente che consente l'utilizzo in condivisione di *mezzi non targati* per gli spostamenti all'interno delle città.

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*.

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.

Stato di Famiglia: certificato rilasciato dall'Anagrafe Comunale e attestante i componenti della famiglia anagrafica.

Strada: l'area ad uso pubblico destinata alla circolazione dei pedoni, dei veicoli e degli animali.

T

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.



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 in mobilità**

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* 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 (trenta) 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 all'art. 2.5 "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.



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 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 1.5 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 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 *modulo di polizza* prima della *data di decorrenza* 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. 1.6 AGGRAVAMENTO DI RISCHIO



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. 1.7 DIMINUZIONE DEL RISCHIO (valido solo in caso di modifica del domicilio)

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. 1.8 ALTRE ASSICURAZIONI

Il *Contraente* è esonerato dall'obbligo di denunciare l'esistenza di altre assicurazioni all'atto 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, con riferimento alla sezione Infortuni, può richiedere a ciascuna di esse l'*indennizzo* dovuto secondo la rispettiva polizza autonomamente considerata. Resta inteso che la *Compagnia* in caso di *sinistro* concorrerà con gli altri assicuratori al pagamento dell'*indennizzo* in base al rapporto esistente tra l'importo da essa dovuto, secondo la presente *assicurazione*, e la somma comprensiva degli importi dovuti da ciascun assicuratore secondo i rispettivi contratti, **esclusa ogni responsabilità solidale**.

La presente copertura opererà a secondo rischio per i *sinistri* di Responsabilità Civile avvenuti alla guida di *mezzi non targati con servizio di sharing mobility* in presenza di altra polizza, fermi gli obblighi di cui sopra.

Art. 1.9 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. 1.10 DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Le *Parti* possono 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. 1.11 FORO COMPETENTE

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

Art. 1.12 ONERI FISCALI

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

Art. 1.13 MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni)

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. 1.14 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 copre gli *infortuni* che l'Assicurato subisca in qualità di:

- 1) Conducente, non professionale, di:
 - a) Autovetture;
 - b) Autoveicoli di peso a pieno carico fino a 35 quintali;
 - c) Motoveicoli;
 - d) Ciclomotori;
 - e) Natanti ad uso privato o da diporto;purché abilitato alla guida a norma delle disposizioni di legge in vigore.
- 2) Trasportato di veicoli privati adibiti a trasporto di persone. Si intende incluso il trasporto di bambini su *E-bike* nei limiti consentiti dalla normativa vigente;
- 3) Conducente di *mezzi non targati*;
- 4) Passeggero dei seguenti mezzi:
 - a) di trasporto pubblico a motore terrestri e navali (quali: taxi, auto/filobus, tram, metropolitane, treni, navi, traghetti, battelli, aliscafi, vapori, funicolari e funivie);
 - b) di trasporto pubblico o privato, durante i viaggi aerei su velivoli o elicotteri da chiunque esercitati, esclusi i viaggi effettuati:
 - su aeromobili di società di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - su aeromobili in esercizio ad aeroclub;
 - su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- 5) Pedone, in conseguenza di investimento da parte di veicolo a motore (pubblico o privato), *mezzi non targati e bici elettriche*.

Nel caso di utilizzo di veicoli privati in qualità di conducente o trasportato, sono compresi gli *infortuni* subiti:

- I. durante la messa in moto e lo svolgimento delle operazioni strettamente necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermo forzato, dovuto a guasto o avaria, o non forzato per stati di malore del conducente o del passeggero;
- II. nel tentativo di segnalare una situazione di pericolo venutasi a creare in caso di incidente o fermo forzato del mezzo;
- III. nel tentativo di salvataggio del mezzo e/o dei suoi passeggeri.

In caso di utilizzo di mezzi pubblici in qualità di passeggero, sono ricompresi anche gli *infortuni* subiti durante la salita o la discesa dai mezzi di trasporto compresi in garanzia.

In caso di utilizzo dei *mezzi non targati*, sono compresi gli *infortuni* subiti:

- I. durante la messa in moto e lo svolgimento delle operazioni strettamente necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermo;
- II. nel tentativo di salvataggio del mezzo e/o dei suoi passeggeri ove previsti dalla normativa.

Si precisa che nelle casistiche sopra esposte sono compresi gli *infortuni* subiti:

- in conseguenza di malore o in stato di incoscienza non dovuti a condizioni patologiche;
- a causa di imperizia, imprudenza, negligenza anche gravi (colpa grave).



Art. 2.2 PERSONE ASSICURABILI

Nell'assicurazione individuale o per *nucleo familiare*, in base alla scelta effettuata dal *Contraente* in fase di sottoscrizione, sono assicurabili le persone fisiche residenti in *Italia*.

In caso di *assicurazione per nucleo familiare* si considerano in copertura esclusivamente la persona fisica indicata nel *modulo di polizza* nonché il coniuge o il convivente more uxorio o unione civile e i figli conviventi risultanti dallo *Stato di famiglia* al momento del *sinistro*.

Art. 2.2.1 Requisiti specifici di assicurabilità per la conduzione dei mezzi di micromobilità

Con riferimento ai *Monopattini elettrici*, destinati alla circolazione su *Strada* e sulle *Aree Equiparate alle Strade di Uso Pubblico* nei limiti previsti dalla normativa vigente, possono essere assicurati esclusivamente i maggiorenni e i minorenni di età non inferiore a 14 anni.

Con riferimento a *Hoverboard*, *Monowheel*, *Segway*, che siano destinati alla circolazione su *Strada* e sulle *Aree Equiparate alle Strade di Uso Pubblico* nei limiti previsti dalla normativa vigente, possono essere assicurati i maggiorenni e i minorenni solo se titolari di patente di categoria AM, A1 o B1.

**Quali sono i mezzi di micromobilità assicurati?**

Sono assicurati i mezzi di micromobilità descritti nel Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 4/06/2019.



Figura 1 - Segway



Figura 2 - Monopattino elettrico



Figura 3 - Monowheel



Figura 4 - Hoverboard

GARANZIE DI POLIZZA**Art. 2.3 MORTE DA INFORTUNIO****Art. 2.3.1 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*.

L'*indennizzo* ai *beneficiari* è dovuto anche se la morte dell'*Assicurato* avviene successivamente alla scadenza della *polizza* e comunque entro 2 (due) anni dal giorno dell'*infortunio*, purché l'*infortunio* da cui è conseguita la morte sia avvenuto durante la validità del contratto.

**Esempio di operatività della garanzia**

Somma assicurata Morte da infortunio: 100.000 euro

Data scadenza polizza: 12/11/2023

Sinistro: l'assicurato subisce un trauma alla testa e la rottura di un braccio a seguito di incidente stradale avvenuto alla guida di un monopattino in data 31/10/2023.

L'Assicurato muore per complicità inerenti il trauma cerebrale in data 15/12/2023.

La Compagnia liquiderà 100.000 euro ai beneficiari.



Art. 2.3.2 Estensioni di garanzia sempre operanti**Art. 2.3.2.1 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 6 (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.2.3.2.2 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 (centoventi) 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. 2.4 INVALIDITÀ PERMANENTE**Art. 2.4.1 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 in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali indicate nell'Appendice A (vedi allegati alle *condizioni di assicurazione*).

**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*.

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*.

COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA**Art. 2.5 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.

Nel caso di copertura individuale, se l'*Assicurato* compie il 65° anno di età durante l'*annualità assicurativa*, la copertura cessa alla prima scadenza annuale successiva.

Nel caso di copertura per nucleo familiare, se l'*Assicurato* censito compie il 65° anno di età durante l'*annualità assicurativa*, la copertura cessa alla prima scadenza annuale successiva.



In caso di raggiungimento del suddetto limite di età di uno degli *Assicurati* non censiti, sarà onere del *Contraente* comunicarlo alla *Compagnia*. Per tale soggetto la copertura non sarà più operante dalla prima scadenza annuale successiva alla data di raggiungimento del limite di età.

Art. 2.5.1 Inassicurabilità sopravvenuta

Copertura individuale

Il *Contraente* deve comunicare tempestivamente alla *Compagnia* la sopravvenuta inassicurabilità.

Premesso che la *Compagnia*, qualora al momento della stipula della *polizza* fosse stata a conoscenza che l'*Assicurato* rientrasse in una delle casistiche indicate al precedente art. 2.5 "Persone non assicurabili", non avrebbe acconsentito a prestare l'*assicurazione*, resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'*assicurazione* stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'*Assicurato* - a norma dell'art. 1898 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 (quarantacinque) 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.

Copertura nucleo famigliare

Il *Contraente* 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. 2.5 – Persone non assicurabili, non avrebbe acconsentito a prestare l'*assicurazione*, resta inteso che, contestualmente al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'*assicurazione* non sarà più operante nei confronti del soggetto per il quale dovesse sopravvenire una condizione di inassicurabilità - 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*.

La *Compagnia* non procederà al rimborso del *premio*, in quanto è determinato forfettariamente indipendentemente dal numero di teste assicurate.

Art. 2.6 LIMITI GENERALI DI OPERATIVITÀ DELLA CONDUZIONE DEI MEZZI DI MICRO-MOBILITÀ

Art. 2.6.1 Mezzi di micromobilità oggetto di copertura

La copertura assicurativa è prestata esclusivamente per i mezzi aventi le seguenti caratteristiche.

Hoverboard, Monowheel, Monopattini Elettrici, Segway: certificati CE ai sensi della Direttiva 2006/42/CE, aventi caratteristiche tecniche e costruttive conformi a quelle indicate nel Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 04.06.2019 (G.U. Serie Generale n. 162 del 12.07.2019) e nelle successive normative: L. n. 8 del 28.02.2020, L. n. 156 del 09/11/2021, L. n.15 del 28/02/2022, Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 18.08.2022 (G.U. Serie Generale n.202) e in ogni altra successiva disposizione normativa, regolamentare o altro provvedimento delle Autorità competenti in materia; con tempi di adeguamento dei *monopattini elettrici* già in circolazione previsti dalla normativa vigente.

Art. 2.6.2 Limiti di copertura

Ferme le condizioni, le esclusioni, i limiti e le *somme assicurate* indicate nel *modulo di polizza*, l'*assicurazione opera* per gli *infortuni* subiti dall'*Assicurato* durante la conduzione dei *mezzi di micromobilità* per uso privato, a scopo ludico, di svago, per lo spostamento casa/lavoro, a condizione che il *sinistro* sia occorso in conseguenza di:

- circolazione dei *mezzi di micromobilità* su *Strada* e *Aree Equiparate alle Strade di Uso Pubblico*, nei limiti in cui detta circolazione è ammessa in conformità alle vigenti disposizioni legislative e regolamentari o provvedimenti delle Autorità competenti, nonché nelle *Aree Private*, ad esclusione delle *Aree Aeroportuali* civili e militari, aree militari, autodromi e piste;
- circolazione dei *mezzi di micromobilità* in *Aree pedonali, Piste Ciclabili* o sui *Percorsi Promiscui*, nei limiti in cui detta circolazione è ammessa in conformità alle vigenti disposizioni legislative, regolamentari o provvedimenti delle Autorità competenti;

Art. 2.6.3 Rischi esclusi

L'*Assicurazione* non copre l'*infortunio*:

- avvenuto durante la conduzione di *mezzi di micromobilità* aventi caratteristiche tecniche e costruttive diverse da quanto previsto dalle normative vigenti al momento del *sinistro*, *salvo i termini di adeguamento previsti dalla normativa in vigore per i monopattini elettrici già in circolazione*;
- avvenuto durante la conduzione di monopattini con motore a scoppio;



- avvenuto durante la conduzione dei *mezzi di micromobilità* per finalità diverse da uso privato, a scopo ludico, svago, spostamento casa/lavoro (quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: uso professionale, anche occasionale; trasporto di cose o persone remunerato, anche se occasionale; ecc.).



I rider sono inclusi nella copertura?

L'attività di rider a qualsiasi titolo svolta con i "*Mezzi di micromobilità*" non è coperta dalla presente polizza.

Art. 2.7 ESCLUSIONI GENERALI

Sono esclusi dall'*assicurazione* gli *infortuni* subiti in conseguenza o in occasione di:

- a) inosservanza di norme di legge (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il *codice della strada*, nonché le norme di circolazione stradale vigenti), disposizioni regolamentari (anche private) o altra disposizione normativa delle autorità competenti; o di norme di circolazione interna ad *Aree private*.
- b) conduzione di veicoli, aeromobili, natanti, *mezzi non targati*, in *stato di ebbrezza* o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti, allucinogeni, *psicofarmaci* e *farmaci psicotropi*,
- c) conduzione di veicoli e natanti se il conducente è privo della patente necessaria secondo le normative 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;
- d) mancato utilizzo del casco, se obbligatorio per Legge;
- e) mancato utilizzo di specifiche misure di protezione, visibilità o sicurezza, se obbligatorie per Legge;
- f) suicidio o tentato suicidio, auto-lesioni;
- g) partecipazione a furti, rapine e/o a qualsivoglia altro delitto (anche tentato) e/o reato;
- h) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da *infortunio* assicurabile dalla presente *polizza*;
- i) delitti e atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*, salvo il caso di atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- j) partecipazione, a titolo professionale o sotto contratto remunerato, a competizioni ufficiali organizzate da qualsiasi federazione sportiva, incluso l'allenamento in vista di queste competizioni;
- k) stato di malore o di incoscienza causato da infermità mentale, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici o altra infermità mentale di gravità analoga;
- l) imprese temerarie;
- m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati od accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, ecc.);
- n) guerra (dichiarata o non), guerra civile, anche se non dichiarata, e insurrezione generale, tumulti popolari, atti di *terrorismo*, vandalismo, invasioni, occupazioni militari, attentati ai quali l'*Assicurato* abbia partecipato attivamente;
- o) dolo dell'*Assicurato* o delle persone appartenenti al *nucleo familiare* dell'*Assicurato*;
- p) guida dei veicoli e natanti, per acrobazie, eventi sportivi, competizioni, gare, e loro sessioni di prova, nonché qualsiasi attività sportiva svolta in qualità di membro di club o di gruppo sportivo autorizzato;
- q) guida dei veicoli in *aree aeroportuali* civili e militari, aree militari, autodromi e piste;
- r) guida di natanti privati in aree marittime militari;
- s) in qualità di trasportato sui *mezzi non targati* quando il trasporto è vietato dalla normativa vigente;
- t) guida dell'allievo, se al suo fianco non vi è una persona abilitata a svolgere le funzioni di istruttore ai sensi delle disposizioni vigenti;
- u) nel caso di natanti con targa in prova, se la navigazione avviene senza l'osservanza delle disposizioni vigenti;
- v) competizioni e relativi allenamenti ciclistici, pratica di downhill e l'utilizzo della bicicletta su percorsi impervi (in montagna – sentieri non asfaltati ecc.).

Inoltre, sono esclusi dalla copertura:

- l'infarto e le ernie (comprese quelle discali) da qualunque causa provocati;
- *infortuni* avvenuti prima della entrata in vigore;
- le conseguenze dirette e indirette derivanti da situazioni pregresse alla *data di decorrenza*.



Art. 2.8 FRANCHIGIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

La Compagnia:

- non liquida alcun *indennizzo* se l'*invalidità permanente* è pari o inferiore al 5%;
- se l'*invalidità permanente* è superiore al 5% e inferiore o uguale al 14%, liquida la differenza tra l'*invalidità accertata* e la *franchigia* stessa;
- per *invalidità permanenti* superiori comprese tra il 15% e il 30% liquida un *indennizzo* pari all'*invalidità accertata*;
- se l'*invalidità permanente* è superiore al 30% liquida un *indennizzo* superiore rispetto all'*invalidità accertata*, determinato in funzione della percentuale individuata nella seguente tabella;
- a partire da un'*invalidità permanente* pari o superiore al 65% liquida l'intera *somma assicurata*.

Tabella liquidazione invalidità per invalidità accertate comprese tra 31% e 64%

Percentuale di invalidità accertata	Percentuale di invalidità liquidata
31%	32%
32%	34%
33%	36%
34%	38%
35%	40%
36%	42%
37%	44%
38%	46%
39%	48%
40%	50%
41%	52%
42%	54%

Percentuale di invalidità accertata	Percentuale di invalidità liquidata
43%	56%
44%	58%
45%	60%
46%	62%
47%	64%
48%	66%
49%	68%
50%	70%
51%	72%
52%	74%
53%	76%
54%	78%

Percentuale di invalidità accertata	Percentuale di invalidità liquidata
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: 50.000 euro

Invalidità permanente da infortunio accertata: 3%

La Compagnia non liquiderà all'Assicurato alcun indennizzo

Esempio 2)

Somma assicurata: 50.000 euro

Invalidità permanente da infortunio accertata: 20%

$(50.000 \times 20) / 100 = 10.000$ euro

La Compagnia liquiderà all'Assicurato 10.000 euro

Esempio 3)

Somma assicurata: 100.000 euro

Invalidità permanente da infortunio accertata: 45%

In base alla tabella di accertamento presente nelle condizioni di assicurazione, per l'invalidità permanente accertata sopra indicata, è prevista la liquidazione di 60 punti percentuali.

$(100.000 \times 60) / 100 = 60.000$ euro

La Compagnia liquiderà all'Assicurato 60.000 euro



COME PERSONALIZZARE LA COPERTURA

Art. 2.9 SCELTA DELLA FORMA DI COPERTURA

Il *Contraente* al momento della sottoscrizione può scegliere tra le seguenti forme di copertura:

- Individuale;
- *Nucleo familiare*.

La forma di copertura individuale opera esclusivamente per l'*Assicurato* censito nel *modulo di polizza*.

La forma di copertura *nucleo familiare* opera per la persona fisica indicata nel *modulo di polizza* nonché il coniuge o convivente more uxorio o unione civile e i figli conviventi risultanti dallo *Stato di famiglia* al momento del *sinistro*.

In caso di polizza per nucleo familiare, tali somme operano per singolo assicurato.

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

Art. 2.10 VALIDITA' TERRITORIALE

La copertura *infortuni* opera:

- nel mondo intero per gli *infortuni* subiti come conducente di mezzi diversi dai *mezzi non targati* e per *infortuni* subiti come passeggero o come trasportato, nonché come pedone.
- nel territorio italiano, compresa la Repubblica di San Marino e lo Stato Città del Vaticano, per gli *infortuni* subiti come conducente di *mezzi non targati*.

TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE	SCOPERTO	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
Morte da infortunio in mobilità	non previsto	non previste	non previsti
Invalità permanente da infortunio in mobilità	non previsto	<p>La Compagnia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non liquida alcun indennizzo se l'invalità permanente è pari o inferiore al 5%; - se l'invalità permanente è superiore al 5% e inferiore o uguale al 14%, liquida la differenza tra l'invalità accertata e la franchigia stessa; - per invalità permanenti superiori comprese tra il 15% e il 30% liquida un indennizzo pari all'invalità accertata; - se l'invalità permanente è superiore al 30% liquida un indennizzo superiore rispetto all'invalità accertata, determinato in funzione della percentuale individuata nella tabella di accertamento invalità; - a partire da un'invalità permanente pari o superiore al 65% liquida l'intera somma assicurata. 	non previsti





SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE MEZZI NON TARGATI



La presente sezione opera esclusivamente

- se espressamente richiamata nel *modulo di polizza*,
- e
- se è stato pagato il relativo *premio*.

COSA È ASSICURATO

Art. 3.1. OGGETTO DELLA GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE MEZZI NON TARGATI

L'*assicurazione* tiene indenne l'*Assicurato* di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di Legge, a titolo di risarcimento, per capitale, interessi e spese, per danni involontariamente causati a terzi per morte o per lesioni personali e/o a cose di terzi, durante la guida dei *mezzi non targati* da parte dell'*Assicurato*, per uso privato, ludico, di svago, spostamento casa/lavoro.

Relativamente ai *mezzi di micromobilità* è condizione essenziale per l'operatività della copertura che il *sinistro* sia occorso in conseguenza di:

- utilizzo su *Strada e Aree Equiparate alle Strade di Uso Pubblico*, nei limiti in cui detta circolazione è ammessa in conformità alle vigenti disposizioni normative, regolamentari o provvedimenti delle Autorità competenti, nonché nelle *Aree Private*, ad esclusione delle *aree aeroportuali* civili e militari, aree militari, autodromi e piste;
- utilizzo in *Aree pedonali, Piste Ciclabili* o sui *Percorsi Promiscui*, nei limiti in cui detto utilizzo è ammesso in conformità alle vigenti disposizioni legislative, regolamentari o provvedimenti delle Autorità competenti.



Le biciclette elettriche sono incluse nella copertura?

Non sono in copertura le biciclette elettriche, vale a dire i velocipedi a due ruote dotati di motore elettrico con acceleratore che funziona indipendentemente dalla propulsione muscolare del conducente, e il cui motore ha una potenza nominale continua massima superiore a 0,25 KW e che per circolare devono essere sottoposte alle norme del codice della strada (ad esempio: essere munite di targa, essere condotte da maggiori di 14 anni muniti di apposito patentino ecc.)

Art. 3.2. PERSONE ASSICURABILI

Nella *polizza* individuale o a *nucleo familiare*, in base alla scelta effettuata dal *Contraente* in fase di sottoscrizione, sono assicurabili le persone fisiche residenti in *Italia*.

In caso di *polizza* per *nucleo familiare*, si considerano in copertura esclusivamente la persona fisica indicata nel *modulo di polizza* nonché il coniuge o convivente more uxorio o unione civile e i figli conviventi risultanti dallo *Stato di famiglia* al momento del *sinistro*.



Con riferimento ai *Monopattini elettrici*, destinati alla circolazione su *Strada* e sulle *Aree Equiparate alle Strade di Uso Pubblico* nei limiti previsti dalla normativa vigente, possono essere assicurati esclusivamente i maggiorenni e i minorenni di età non inferiore a 14 anni.

Con riferimento a *Hoverboard, Monowheel, Segway*, che siano destinati alla circolazione su *Strada* e sulle *Aree Equiparate alle Strade di Uso Pubblico* nei limiti previsti dalla normativa vigente, possono essere assicurati i maggiorenni e i minorenni solo se titolari di patente di categoria AM, A1 o B1.

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

Art. 3.3. 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.

In caso di forma di copertura individuale, se l'*Assicurato* compie il 65° anno di età durante l'*annualità assicurativa*, la copertura cessa alla prima scadenza annuale utile.

In caso di forma di copertura *nucleo familiare*, se l'*Assicurato* censito compie il 65° anno di età durante l'*annualità assicurativa*, la copertura cessa alla prima scadenza annuale utile.

In caso di raggiungimento del suddetto limite di età di uno degli *Assicurati* non censiti, sarà onere del *Contraente* comunicarlo alla *Compagnia*. Per tale soggetto la copertura non sarà più operante dalla prima scadenza annuale successiva alla data di raggiungimento del limite di età.

Art. 3.3.1 Inassicurabilità sopravvenuta

Copertura individuale

Il *Contraente* deve comunicare tempestivamente alla *Compagnia* la sopravvenuta inassicurabilità.

Premesso che la *Compagnia*, qualora al momento della stipula della *polizza* fosse stata a conoscenza che l'*Assicurato* rientrasse in una delle casistiche indicate al precedente art.3.3 "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.

Copertura nucleo familiare

Il *Contraente* 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. 2.5 – Persone non assicurabili, non avrebbe acconsentito a prestare l'*assicurazione*, resta inteso che, contestualmente al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'*assicurazione* non sarà più operante nei confronti del soggetto per il quale dovesse sopravvenire una condizione di inassicurabilità - 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*.

La *Compagnia* non procederà al rimborso del *premio*, in quanto è determinato forfettariamente indipendentemente dal numero di teste assicurate.

Art. 3.4. PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Non sono considerati terzi ai fini della copertura responsabilità civile:

- il coniuge e il convivente more uxorio dell'*Assicurato*;
- i genitori dell'*Assicurato*;
- i figli dell'*Assicurato*;
- qualsiasi altro parente o affine o convivente con l'*Assicurato*, come definiti dagli artt. 74 e seguenti del Codice Civile;



- qualsiasi persona iscritta nello *Stato di Famiglia* dell'Assicurato;
- le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio prestato a favore dell'Assicurato.

Art. 3.5. ESCLUSIONI GENERALI

La garanzia Responsabilità Civile non copre in alcun caso i *sinistri* e conseguenti danni causati, occorsi in conseguenza, o in occasione di:

- a) danni subiti da terzi trasportati, qualora il trasporto sia stato effettuato in deroga alle disposizioni normative vigenti;
- b) inosservanza di norme di legge (compreso il *codice della strada*) e regolamentari (compresi i regolamenti di natura privata, a titolo esemplificativo ma non esaustivo i regolamenti condominiali), incluse quelle relative alla circolazione;
- c) guida di *mezzi non targati* in *stato di ebbrezza* o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti, allucinogeni, *psicofarmaci* e *farmaci psicotropi*;
- d) mancato utilizzo di specifiche misure di visibilità o di sicurezza, se obbligatorie per legge;
- e) delitti e atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo il caso di atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) dolo dell'Assicurato o delle persone autorizzate dall'Assicurato, o delle persone appartenenti al nucleo familiare dell'Assicurato;
- g) guida dei *mezzi non targati* in *aree aeroportuali* civili e militari, aree militari, autodromi e piste;
- h) stato di malore o di incoscienza causato da infermità mentale, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici o altra infermità mentale di gravità analoga;
- i) imprese temerarie;
- j) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati od accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, ecc.);
- k) guerra (dichiarata o non), guerra civile, anche se non dichiarata, e insurrezione generale, tumulti popolari, atti di *terrorismo*, vandalismo, invasioni, occupazioni militari, attentati ai quali l'Assicurato abbia partecipato attivamente;
- l) partecipazione a furti, rapine e/o a qualsivoglia altro delitto e/o reato;
- m) guida dei *mezzi non targati* per eventi sportivi di qualsiasi natura;
- n) *sinistri* per i quali l'Assicurato abbia fatto transazioni di ogni genere con il danneggiato senza il preventivo benestare della *Compagnia*, ivi il riconoscimento di responsabilità totale o parziale;
- o) danni provocati dall'Assicurato durante la guida di un *mezzo non targato* che, secondo la legislazione del luogo in cui si è verificato il *sinistro*, è qualificato come veicolo a motore terrestre soggetto all'assicurazione obbligatoria R.C.A.;
- p) danni provocati dall'Assicurato in caso di traino di *mezzi non targati* o conduzione di animali, oppure nel caso in cui il *mezzo non targato* venga trainato o traini altro mezzo;
- q) guida di *biciclette elettriche*, vale a dire i velocipedi a due ruote dotati di motore elettrico con acceleratore che funziona indipendentemente dalla propulsione muscolare del conducente, e il cui motore ha una potenza nominale continua massima superiore a 0,25 KW e che per circolare devono essere sottoposte alle norme del *codice della strada* (ad esempio: essere munite di targa, essere condotte da maggiori di 14 anni muniti di apposito patentino ecc.);
- r) guida di monopattino con motore a scoppio.

Inoltre, sono esclusi dalla copertura:

- i *sinistri* avvenuti antecedentemente la validità della copertura;
- i *sinistri* che siano conseguenza diretta e indiretta di malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicitanze.

Art. 3.6. ESCLUSIONI PARTICOLARI MEZZI DI MICROMOBILITÀ

La assicurazione non è operante:

- in caso di verificarsi del *sinistro* in un Paese in cui la guida dei *mezzi di micromobilità* richieda un'assicurazione obbligatoria per la circolazione su strada dei veicoli a motore o qualsiasi altro tipo di assicurazione obbligatoria;
- in tutti i casi in cui, per una qualsiasi fase della mobilità connessa la guida dei *mezzi di micromobilità*, sia necessaria per legge un'assicurazione obbligatoria di Responsabilità Civile nel Paese di utilizzo del *mezzo di micromobilità*;
- in caso di guida di monopattini fuori dai centri urbani (strade extra-urbane) in aree diverse da quelle consentite dalle disposizioni legislative, regolamentari o provvedimenti delle Autorità competenti vigenti al momento del *sinistro*.



Art. 3.7. MASSIMALE RESPONSABILITÀ CIVILE MEZZI NON TARGATI

La *Compagnia* tiene indenne l'Assicurato nei limiti del *massimale* di euro 500.000 per *sinistro* e *periodo di assicurazione*. In caso di danno a cose è previsto un limite di risarcimento pari a euro 50.000 per *sinistro* e *periodo di assicurazione*.

In caso di *polizza per nucleo familiare* il suddetto *massimale* è da intendersi per nucleo.

Art. 3.8. FRANCHIGIA

I danni a cose di terzi derivanti dalla guida dei *mezzi non targati*, fermi i limiti di quanto assicurato, verranno liquidati dalla *Compagnia* al netto della *franchigia* di euro 250 per *sinistro*.



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

Esempio 1)

Sinistro: danno a un'auto parcheggiata a seguito di urto avvenuto durante la conduzione di un monopattino.

Massimale RC mezzi non targati: 500.000 euro

Sottolimito per danni a cose di terzi: 50.000 euro

Franchigia per danni a cose di terzi: 250 euro

Danno accertato all'auto del terzo: 1.500 euro

$1.500 - 250 = 1.250$ euro

La Compagnia liquiderà all'Assicurato euro 1.250 euro

COME PERSONALIZZARE LA COPERTURA

Art. 3.9. SCELTA DELLA FORMA DI COPERTURA

Per la presente garanzia opererà la forma di copertura, individuale o per *nucleo familiare*, scelta dal *Contraente* alla sottoscrizione della *polizza*.

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

Art. 3.10. VALIDITÀ TERRITORIALE

La copertura Responsabilità Civile della guida dei *mezzi non targati* opera nel territorio italiano, compresi Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE	SCOPERTO	FRANCHIGIE	LIMITI DI INDENNIZZO
Responsabilità civile dei mezzi non targati	non previsto	250 euro per sinistro in caso di danni a cose di terzi	50.000 euro per danni a cose di terzi





SEZIONE ASSISTENZA



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 il soggetto a cui è affidata la gestione dei *sinistri*, dandone tempestivo avviso al *Contraente* e senza che ciò comporti la variazione delle prestazioni garantite.

ASSISTENZA ALLA PERSONA (sempre operante)

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 PRESTAZIONI DI 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 PRESTAZIONI DI 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.

Art. 4.2.2.4 Assistenza infermieristica

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 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.

Art. 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
- necessari 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 10 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 Italia e all'estero)

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 (prestazione valida solamente in Italia)

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, al fine di ottenere 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 è 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 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 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**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 comune di residenza o altro comune in *Italia*, 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 per Assicurato.

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 *famigliare* 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 *famigliare* 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 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:

- a) 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);
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- c) sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- d) dolo o colpa grave dell'*Assicurato*, compreso il suicidio o tentato suicidio;
- e) abuso di alcolici, *psicofarmaci* nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- f) *infortuni* derivanti da atti di pura temerarietà dell'*Assicurato*;
- g) 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;
- h) ogni evento derivante da situazioni pregresse già note all'*Assicurato*;
- i) eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
- j) 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 ESTESIONE TERRITORIALE

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'art. 4.2.7 operano all'estero.

Art. 4.5 MODALITÀ OPERATIVE DELLA POLIZZA

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



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



ASSISTENZA MEZZI NON TARGATI (sempre operante)

COSA È ASSICURATO

Art. 4.6 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La *Compagnia*, per il tramite della *centrale operativa*, mette a disposizione dell'*Assicurato* una serie di prestazioni di assistenza:

- Valide per i *mezzi non targati*:
 - invio di un mezzo di soccorso e trasporto dell'*Assicurato*;
 - trasporto del mezzo a seguito di *infortunio* dell'*Assicurato*.
- Valide per le *E-bike* e le *biciclette*:
 - rientro al *domicilio*/prosecuzione del viaggio;
 - spese di albergo;
 - servizio di accompagnamento;
 - consulenza veterinaria telefonica in caso di infortunio del cane o gatto dell'*Assicurato* a seguito di incidente;

per il cui dettaglio si rimanda al successivo articolo 4.7.

Art. 4.7 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Art. 4.7.1 PRESTAZIONI VALIDE PER I MEZZI NON TARGATI

Art. 4.7.1.1 Invio di un mezzo di soccorso e trasporto dell'Assicurato

In caso di immobilizzo del *mezzo non targato* a seguito di *incidente* che rende impossibile il proseguimento del viaggio, l'*Assicurato* potrà richiedere alla *centrale operativa* l'invio di un *mezzo di soccorso* che provvederà a trasportare il mezzo e l'*Assicurato* fino al *domicilio* di quest'ultimo o ad altra destinazione da lui indicata.

La destinazione scelta non potrà avere una distanza superiore a 100 km dal luogo in cui è avvenuto il *sinistro*.

Il costo che è necessario sostenere per coprire la distanza eccedente i 100 km dal luogo in cui è avvenuto il *sinistro* resta a carico dell'*Assicurato*, e sarà onere di quest'ultimo regolare il pagamento con il fornitore intervenuto.

Non sono comprese nella prestazione di assistenza le eventuali spese di recupero e rimessa su strada del *mezzo non targato* dovute all'utilizzo di mezzi speciali.

Nel caso in cui nel luogo ove si trovi l'*Assicurato* al momento della richiesta di assistenza, non sia possibile l'intervento di un *mezzo di soccorso*, la prestazione sarà resa nelle strade adiacenti su rete stradale pubblica. In alternativa a quanto di sopra descritto, l'*Assicurato* può provvedere in autonomia al trasporto e al proprio rientro presso il *domicilio* o ad altra destinazione entro i 100 km dal luogo in cui è avvenuto il *sinistro*, del *mezzo non targato* immobilizzato a seguito di *incidente*, previa autorizzazione della *centrale operativa* e anticipando i relativi costi.

La *Compagnia*, a fronte dei documenti giustificativi presentati alla *centrale operativa* delle spese sostenute dall'*Assicurato*, tiene a proprio carico il relativo costo fino a un massimo di 500 euro per *periodo di assicurazione*.

Art. 4.7.1.2 Trasporto del mezzo a seguito di infortunio dell'Assicurato

Qualora in caso di *infortunio* occorso all'*Assicurato* a seguito di *incidente* su *mezzo non targato* si debba provvedere al trasporto del mezzo e degli effetti personali, la *centrale operativa* provvederà alla consegna dei beni (veicolo ed effetti personali) presso il *domicilio* dell'*Assicurato* o, in alternativa, presso il *domicilio* di una persona dallo stesso designata al momento della richiesta di attivazione della prestazione alla *centrale operativa*.

La *Compagnia* terrà a proprio carico le spese di ritiro e di trasporto (dal momento dell'avvenuta comunicazione alla *centrale operativa*) entro il limite di euro 500,00 per *sinistro*.

Da tale prestazione sono esclusi i veicoli il cui valore commerciale, dopo l'evento imprevisto, risulti inferiore all'ammontare delle spese previste per il trasporto in *Italia*.

La *Compagnia* non assume nessuna responsabilità per eventuali atti di vandalismo, furto di accessori e parti del veicolo, eventuali ulteriori danneggiamenti da parte di terzi durante l'immobilizzo ed in attesa delle operazioni di trasporto.



Art. 4.7.2 PRESTAZIONI VALIDE PER LE E-BIKE E LE BICICLETTE**Art. 4.7.2.1 Rientro al domicilio/prosecuzione del viaggio**

Qualora la *bicicletta* o la *e-bike* resti immobilizzata a seguito di *incidente*, e le riparazioni comportino un tempo di immobilizzo superiore a 36 ore o non sia possibile ripararle, la *centrale operativa* organizzerà il rientro dell'*Assicurato* fino al proprio *domicilio* in *Italia* o, in alternativa, fino al luogo di destinazione inizialmente previsto. Il rientro o il proseguimento sarà effettuato, ad insindacabile giudizio della *centrale operativa*, in treno (prima classe) o in taxi.

La *Compagnia* terrà a proprio carico:

- il costo dei biglietti ferroviari entro il limite di euro 200 per *sinistro*, indipendentemente dal numero di persone coinvolte;
- il costo del taxi entro il limite di euro 200 per *sinistro*.

Si specifica che:

- le spese prese in carico dalla *Compagnia* sono esclusivamente quelle per i biglietti di viaggio o il costo del taxi dell'*Assicurato* e degli eventuali passeggeri.
- il tempo necessario per la ricerca del guasto e per il reperimento dei pezzi di ricambio non è considerato nel calcolo delle ore di manodopera effettiva;
- la prestazione non è fornita qualora l'*Assicurato* abbia già richiesto la prestazione "Spese di albergo".

La prestazione è operante esclusivamente se il *sinistro* si è verificato ad oltre 50 km dal *domicilio* dell'*Assicurato*.

Art. 4.7.2.2 Spese di albergo

Qualora la *bicicletta* o la *e-bike* restino immobilizzate a seguito di *incidente* e, al momento del *sinistro*, il punto di assistenza sia chiuso (poiché il *sinistro* è avvenuto in orario notturno o in giorno festivo) oppure qualora le riparazioni comportino un tempo di immobilizzo superiore a 36 ore, la *centrale operativa* provvederà alla prenotazione e sistemazione dell'*Assicurato* in un albergo nei pressi del centro di riparazione più vicino al luogo dove è avvenuto l'*incidente*, fino ad un massimo di 3 notti.

La *Compagnia* terrà a proprio carico le spese di pernottamento entro il limite di euro 300,00 per *sinistro*, indipendentemente dal numero di persone coinvolte.

Si specifica che:

- la prestazione si intende limitata alle sole spese di pernottamento e prima colazione;
- le spese di pernottamento prese in carico dalla *Compagnia* sono esclusivamente quelle per il conducente e gli eventuali trasportati;
- il tempo necessario per la ricerca del guasto e per il reperimento dei pezzi di ricambio non è considerato nel calcolo delle ore di manodopera effettiva;
- la prestazione non è fornita qualora l'*Assicurato* abbia già richiesto il "Rientro al *domicilio*/ prosecuzione del viaggio".

La prestazione è operante esclusivamente se il *sinistro* si è verificato ad oltre 50 km dal *domicilio* dell'*Assicurato*.

Art. 4.7.2.3 Servizio di accompagnamento

Qualora la *bicicletta* o la *e-bike* rimanessero immobilizzate per *incidente* durante il viaggio e l'*Assicurato* usufruisse della prestazione "Spese d'albergo", potrà richiedere alla *centrale operativa* la disponibilità di un taxi per raggiungere l'albergo.

La *Compagnia* terrà a proprio carico le spese e di trasporto (dal momento dell'avvenuta comunicazione alla Centrale Operativa) entro il limite di euro 50,00 per *sinistro*.

Art. 4.7.3 Consulenza veterinaria telefonica in caso di infortunio del cane o gatto dell'Assicurato a seguito di incidente con Bicicletta o E-bike.

Qualora l'*Assicurato* necessiti, in caso di infortunio del proprio cane o gatto a seguito di *incidente* con *Bicicletta* o *E-bike*, di valutarne urgentemente lo stato di salute e non riesca a reperire il proprio veterinario di fiducia, potrà contattare direttamente la *centrale operativa* per ottenere consulenza telefonica veterinaria.

La *centrale operativa* non fornirà diagnosi, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'*Assicurato* in condizione di ottenere le informazioni di cui necessita.



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

Art. 4.8 ESCLUSIONI GENERALI

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

- a) 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);
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- c) sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- d) dolo o colpa grave dell'*Assicurato*, compreso il suicidio o tentato suicidio;
- e) abuso di alcolici, *psicofarmaci* nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- f) *infortuni* derivanti da atti di pura temerarietà dell'*Assicurato*;
- g) 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;
- h) ogni evento derivante da situazioni pregresse già note all'*Assicurato*;
- i) eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
- j) 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.
- 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. 4.9 VALIDITA' TERRITORIALE

Le prestazioni di assistenza ai *mezzi non targati* sono operanti nella Repubblica Italiana, nella Repubblica di San Marino e nello Stato della Città del Vaticano.

Art. 4.10 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
PRESTAZIONI VALIDE PER I MEZZI NON TARGATI			
Invio di un mezzo di soccorso e trasporto dell'Assicurato	non previsto	non previsto	3 prestazioni per periodo di assicurazione. In caso di trasporto in autonomia del mezzo non targato per il rientro al domicilio o altra destinazione entro 100 km dal sinistro, limite di 500 euro per periodo assicurazione.
Trasporto del mezzo a seguito di infortunio dell'Assicurato	non previsto	non previsto	Spese di ritiro e trasporto nel limite di 500 euro per sinistro.
PRESTAZIONI VALIDE PER LE E-BIKE E LE BICICLETTE			
Rientro al domicilio/proseguimento del viaggio	non previsto	non previsto	Costo dei biglietti ferroviari entro il limite di 200 euro per sinistro (indipendentemente dal numero di persone coinvolte). Costo taxi entro il limite 200 euro per sinistro
Spese di albergo	non previsto	non previsto	Massimo 3 notti (esclusivamente per spese di pernottamento e prima colazione), con il limite di 300 euro per sinistro (indipendentemente dal numero di persone coinvolte, la prestazione vale per il conducente ed eventuali trasportati).
Servizio di accompagnamento	non previsto	non previsto	Spese di trasporto entro il limite di 50 euro per sinistro.
Consulenza veterinaria telefonica in caso di infortunio del cane o gatto dell'Assicurato a seguito di incidente	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, oppure
 - contattando i riferimenti indicati nella sezione "Contatti 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];

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* o i *beneficiari*, 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.



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:

- 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;
- 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* o 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

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% del presumibile ammontare dell'*indennizzo*.

Condizione essenziale è che siano trascorsi almeno 90 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*, liquidagli eredi testamentari o legittimi:

- 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, 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 testamentari o legittimi, 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 testamentari o legittimi 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 testamentari o legittimi 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.

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 sopra indicati, 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 INDENNITÀ

L'indennità per il caso morte 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 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 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 RESPONSABILITÀ CIVILE MEZZI NON TARGATI

CHE OBBLIGHI HO

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



In caso di *sinistro*, l'Assicurato ha l'obbligo di avvisare per iscritto l'Intermediario oppure la *Compagnia* entro 5 giorni dal momento in cui ne ha avuto conoscenza [► art.1913 del 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.

L'Assicurato deve trasmettere la documentazione richiesta dalla *Compagnia* necessaria a provare il diritto alla prestazione assicurativa.

La gestione del *sinistro* e la liquidazione dei relativi eventuali indennizzi/risarcimenti ai terzi danneggiati spetteranno alla *Compagnia*, la quale, in sede di istruzione della pratica, potrà richiedere all'Assicurato l'eventuale integrazione della documentazione relativa al *sinistro*. Il *Contraente* e/o l'Assicurato dovranno evadere la richiesta della *Compagnia* in ordine all'integrazione della documentazione relativa al *sinistro* nel più breve tempo possibile.



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

QUALI NORME REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 5.9 PAGAMENTO DEL RISARCIMENTO

Verificata l'operatività dell'*assicurazione* e la responsabilità dell'Assicurato, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la *Compagnia* provvede al pagamento del risarcimento entro 30 giorni dal ricevimento degli atti di quietanza debitamente firmati, a patto che non sia stata fatta opposizione e sia stata verificata la titolarità dell'interesse assicurato.

Art. 5.10 GESTIONE DELLE VERTENZE

La *Compagnia* assume, fino a quando ne ha interesse, a nome dell'Assicurato la gestione stragiudiziale e giudiziale delle vertenze, sia in sede civile che penale, aventi ad oggetto richieste di risarcimento danni avanzate dal danneggiato nei confronti dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici, ed avvalendosi di tutti i diritti e le azioni spettanti all'Assicurato stesso.

L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione della vertenza e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda.

L'Assicurato deve trasmettere alla *Compagnia* l'atto di citazione o qualunque atto giudiziario ricevuto in notificazione entro il termine di 10 giorni dal ricevimento unitamente a tutti i documenti e gli elementi utili per la gestione della controversia e per la predisposizione delle difese tecnico giuridiche.

Nel caso in cui l'Assicurato non adempia a detti obblighi o incorra comunque nelle decadenze previste dalla Legge, la *Compagnia* si riserverà il diritto di non gestire la vertenza a nome dell'Assicurato, al quale verranno restituiti tutti gli atti e i documenti, fermo restando il diritto della *Compagnia* a rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi.

Sono a carico della *Compagnia* le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato entro il limite di un importo pari ad un quarto del *massimale* stabilito nel *modulo di polizza* per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto *massimale*, le spese verranno ripartite fra la *Compagnia* e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La *Compagnia* non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende o sanzioni dovute dall'Assicurato a seguito della circolazione e/o utilizzo del *mezzo non targato* e/o del *sinistro* occorso, né delle spese di giustizia penale.



SEZIONE ASSISTENZA ALLA PERSONA E AI MEZZI NON TARGATI

CHE OBBLIGHI HO

Art. 5.11 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. 5.12 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 *centrale operativa*, 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 circa il trattamento dei dati forniti.

Art. 5.13 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 per accertamento grado di invalidità permanente

L'indennizzo viene calcolato – ferme le *franchigie* operanti – sulla somma assicurata per *invalidità permanente* in proporzione al grado di invalidità accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

	destro	sinistro
Perdita, anatomica o funzionale di:		
– un arto superiore	70%	60%
– una mano o un avambraccio	60%	50%
– un pollice	18%	16%
– un indice	14%	12%
– un medio	8%	6%
– un anulare	8%	6%
– un mignolo	12%	10%
– una falange ungueale del pollice	9%	8%
– una falange di un altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
Anchilosi:		
– della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
– del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
– del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
– del nervo radiale	35%	30%
– del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
– al di sopra della metà della coscia	70%	
– al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
– al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
– un piede	40%	
– ambedue i piedi	100%	
– un alluce	5%	
– un altro dito del piede	1%	
– la falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi:		
– dell'anca in posizione favorevole	35%	
– del ginocchio in estensione	25%	
– della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
– della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%	
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
– una vertebra cervicale	12%	
– una vertebra dorsale	5%	
– 12° dorsale	10%	
– una vertebra lombare	10%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
Esiti di frattura del sacro	3%	
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
– un occhio	25%	
– ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di:		
– un orecchio	10%	
– ambedue gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta:		
– monolaterale	4%	
– bilaterale	10%	
Perdita anatomica:		
– di un rene	15%	
– della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	

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



NORME DI LEGGE RICHIAMATE NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Codice Civile

NUMERO E TESTO ARTICOLI RICHIAMATI:	DOVE:
<p>Art. 60 Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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; 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; 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto. 	<p>• COSA È ASSICURATO (Sezione Infortuni)</p>
<p>Art. 62 La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte. Questa dichiarazione è pronunziata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50. Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.</p>	<p>• COSA È ASSICURATO (Sezione Infortuni)</p>
<p>Art. 1891 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>	<p>• NORME COMUNI</p>
<p>Art. 1892 Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.</p>	<p>• NORME COMUNI</p>



NUMERO E TESTO ARTICOLI RICHIAMATI:	DOVE:
<p>Art. 1893</p> <p>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.</p> <p>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>	<p>• NORME COMUNI</p>
<p>Art. 1894</p> <p>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>	<p>• NORME COMUNI</p>
<p>Art. 1897</p> <p>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.</p> <p>La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.</p>	<p>• NORME COMUNI</p>
<p>Art. 1898</p> <p>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].</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.</p> <p>Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.</p>	<p>• NORME COMUNI</p> <p>• COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO LE ALTRE LIMITAZIONI DI COPERTURA (Sezione infortuni)</p>
<p>Art. 1901</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesidai giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.</p>	<p>• NORME COMUNI</p>
<p>Art. 1910</p> <p>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.</p> <p>Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.</p> <p>Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.</p> <p>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>	<p>• NORME COMUNI</p> <p>• COSA FARE IN CASO DI SINISTRO (Sezione infortuni)</p>



NUMERO E TESTO ARTICOLI RICHIAMATI:	DOVE:
<p>Art. 1913 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>	<p>• COSA FARE IN CASO DI SINISTRO</p>
<p>Art. 1914 L'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno. Le spese fatte a questo scopo dall'assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente. L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente. L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti. L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.</p>	<p>• COSA FARE IN CASO DI SINISTRO (Sezione infortuni)</p>
<p>Art. 1915 L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.</p>	<p>• COSA FARE IN CASO DI SINISTRO (Sezione infortuni e responsabilità civile mezzi non targati)</p>



**PAGINA LASCIATA
INTENZIONALMENTE
IN BIANCO**



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
E-mail PEC: 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
E-mail PEC: 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
e-mail pec: helvetiaitalia@pec.helvetia.it

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