

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza "**CHIARAConto**" è la polizza contro gli infortuni studiata per proteggerti dalle conseguenze di eventuali infortuni occorsi nello svolgimento della tua attività professionale e di ogni altra attività extraprofessionale. **Puoi acquistare questo prodotto soltanto se sei titolare di un conto corrente presso la banca che ti vende il prodotto.**



Che cosa è assicurato?

La sezione **Infortuni** prevede una copertura per i seguenti eventi che possono derivare da un infortunio, occorso sia durante l'attività lavorativa (copertura professionale) sia durante il tuo tempo libero (copertura extraprofessionale):

- ✓ **Morte:** in caso di morte a seguito di un infortunio, la Compagnia corrisponde ai tuoi eredi, un importo determinato in base al saldo (a debito o a credito) risultante sul conto corrente di riferimento al momento del sinistro.
- ✓ **Invalidità permanente da infortunio:** se l'infortunio ti ha causato un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%, la Compagnia ti paga un indennizzo calcolato secondo i medesimi criteri applicati per il caso di morte e con i medesimi limiti di indennizzo.

L'importo da corrispondere si determina come segue:

- per il rapporto bancario che presenti un saldo attivo al verificarsi dell'infortunio, un capitale pari alla media dei saldi creditori in linea capitale ed interessi risultanti dalle evidenze della banca nei 30 giorni precedenti a quello in cui si è verificato l'infortunio;
- per il rapporto bancario che presenti un saldo passivo al verificarsi dell'infortunio, un capitale pari al saldo in linea capitale e interessi risultante dalle evidenze della banca il giorno precedente a quello dell'infortunio.



Che cosa non è assicurato?

Infortuni. Non sono assicurabili le persone:

- × che, quando l'assicurazione ha inizio, abbiano età superiore a 79 anni;
- × affette da alcolismo e/o dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV;
- × che presentino un grado d'invalidità permanente pari o superiore al 60%.



Ci sono limiti di copertura?

L'assicurazione non comprende i sinistri:

- ! causati da guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se sei privo della patente di guida. È fatto salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che tu abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
 - ! derivanti da ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
 - ! avvenuti durante il richiamo al servizio militare per mobilitazione per motivi di carattere eccezionale;
 - ! conseguenza di delitti da te compiuti o tentati;
 - ! conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e di accelerazione artificiale di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x);
 - ! conseguenze di guerre o insurrezioni, ad eccezione degli infortuni che si verificano entro 14 giorni dall'inizio di una guerra, se ed in quanto ti trovi in uno stato estero al momento dell'inizio dell'evento bellico;
 - ! conseguenza di uragani, inondazioni, alluvioni, mareggiate, allagamenti, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti.
- Sono inoltre escluse le rotture sottocutanee di tendini.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione Infortuni vale nel mondo intero.



Che obblighi ho?

Hai il dovere di:

- fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare;
- comunicare alla Compagnia con lettera raccomandata eventuali cambiamenti che possono comportare aggravamento di rischio.

In caso di sinistro devi:

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



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio avviene alla data di decorrenza della copertura assicurativa e successivamente con periodicità annuale.

Il pagamento avviene mediante autorizzazione irrevocabile all'addebito dell'importo del premio su conto corrente aperto presso la filiale della Banca che ti vende il prodotto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione inizia dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, se hai pagato il premio, e termina alle ore 24.00 del giorno indicato in polizza come data di scadenza.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.



Come posso disdire la polizza?

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

Non sono previste altre modalità per cessare anticipatamente il contratto.

Assicurazione protezione conto corrente

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni

(DIP aggiuntivo Danni)

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.



CHIARAConto

Data: 3 novembre 2021 – il presente DIP Aggiuntivo è l'ultima versione disponibile

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

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

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

P. IVA e Cod. Fisc. 07530080154 - Società del Gruppo Helvetia soggetta alla Direzione ed al Coordinamento della Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia - Società con Socio Unico - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n° 1.00062 - Iscrizione all'Albo dei Gruppi Assicurativi n° ord. 031. Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sui Danni con Decreto Ministeriale n.16723 del 20/6/1986 - G.U. n.148 del 28/6/1986.

Il patrimonio netto della Compagnia, all'ultimo bilancio approvato, è pari a 89,793 milioni di euro di cui 15,600 milioni di euro costituiscono la parte relativa al capitale sociale e 61,757 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 31.12.2020.

Informazioni relative al margine di solvibilità Solvency II al 31.12.2020

Solvency Capital Requirement (SCR)	44.792.831
Minimum Capital Requirement (MCR)	19.372.576
Fondi Propri ammissibili a copertura del SCR	100.262.730
Fondi Propri ammissibili a copertura del MCR	100.262.730
Solvency Capital Ratio*	223,84%

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Si segnala che la Compagnia si impegna nei confronti dell'Assicurato nei limiti delle somme assicurate e dei relativi massimali concordati.

Sono operanti le garanzie di seguito indicate:

✓ **Morte da infortunio**

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza del contratto di assicurazione - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

✓ **Invalidità Permanente da infortunio**

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente pari o superiore al 60% e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Compagnia liquida all'Assicurato l'indennità.

Con riferimento ad entrambe le coperture (Morte e Invalidità Permanente), la Compagnia tutela l'Assicurato per gli infortuni subiti durante lo svolgimento dell'attività professionale ed extraprofessionale, comprendendo in garanzia anche gli infortuni:

- subiti in stato di maleore o incoscienza (non dovuti a condizioni patologiche);
- derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato;
- causati da tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o rapine, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- conseguenti ad atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

Le garanzie valgono anche per gli infortuni:

- occorsi durante la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti nonché durante la partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennis da tavolo, tiro, windsurf e vela ("rischi sportivi");
- che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari ("rischio volo");
- derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno stato estero ("rischio guerra").

Sono considerati Infortuni anche:

- i colpi di sole o di calore;
- l'assideramento o congelamento;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'annegamento;
- la folgorazione;
- gli infortuni causati da frane e smottamenti del terreno;
- le lesioni determinate da sforzi.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni di riduzione del premio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni aggiuntive.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

! ESCLUSIONI GENERALI (riferite a tutte le garanzie)

! Le prestazioni di cui alla presente polizza non sono dovute per gli infortuni:

- causati da guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcoolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- avvenuti durante il richiamo al servizio militare per mobilitazione per motivi di carattere eccezionale;
- conseguenza di azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e di accelerazione artificiale di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- conseguenze di guerre o insurrezioni;
- conseguenza di uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti.

! Sono inoltre escluse le rotture sottocutanee di tendini.

! ESCLUSIONI PARTICOLARI

! Rischi sportivi

Le prestazioni di cui alla presente polizza non sono dovute per gli infortuni derivanti da:

- corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- sport pericolosi;
- pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, le franchigie e l'eventuale scoperto relativi alle coperture ricomprese nella polizza:

Assicurazione	Limite di indennizzo	Franchigia	Scoperto
Morte da infortunio	<p><u>Limiti generali di indennizzo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • l'indennizzo massimo da parte della Compagnia non potrà essere superiore a € 80.000,00; • in caso di più adesioni associate ad un unico rapporto bancario l'indennizzo da parte della Compagnia non potrà eccedere l'importo di € 160.000,00 per anno assicurativo; • in caso di più rapporti bancari intestati al medesimo cliente l'indennizzo da parte della Compagnia non potrà eccedere l'importo di € 160.000,00 per anno assicurativo; • per i rapporti bancari che presentino un saldo creditore o debitore inferiore a € 3.000,00, la somma assicurata e di conseguenza l'indennizzo sarà pari a € 3.000,00, sia per il caso morte, sia per l'invalidità permanente; • qualora si verifichi un sinistro nel periodo che intercorre tra la data di chiusura del rapporto bancario e la scadenza anniversaria successiva la Compagnia indennizzerà un importo pari ad € 3.000,00, sia per il caso morte sia per l'invalidità permanente. 	-	-
Invalidità Permanente da infortunio	<p><u>Limiti particolari di indennizzo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • rapporti bancari intestati a persone fisiche: in caso di rapporti bancari cointestati a più persone fisiche la copertura è valida per tutti i cointestati con la semplice sottoscrizione del modulo di adesione da parte di uno solo di essi. L'indennizzo determinato non subirà variazioni se il saldo è debitore, mentre verrà ridotta pro-quota in relazione al numero dei cointestati se il saldo è creditore; • rapporti bancari intestati a Società: in caso di rapporti bancari intestati a persone fisiche titolari di ditte individuali e/o a Società di fatto, Società di persone, Società per Azioni, Società a Responsabilità Limitata, Società Cooperative, Società in nome collettivo, Società in accomandita (semplice o per azioni) l'assicurazione è valida unicamente per il soggetto indicato nel modulo di adesione. L'indennizzo determinato non subirà variazioni. 	-	-



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Denuncia in caso di sinistro:</p> <p>In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fare denuncia scritta al Servizio Sinistri della Compagnia tramite raccomandata A.R. oppure tramite e-mail o pec agli indirizzi di seguito riportati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it • helvetiaitalia@pec.helvetia.it <p>oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata. Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto, sul sito internet della Compagnia www.helvetiaitalia.it, oppure chiamando il Numero verde (dall'Italia) 800.909.650 oppure il Numero +39 025351 1 per chiamate dall'estero; il sinistro deve essere denunciato entro 10 giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità.</p> <p>La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.</p> <p>Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici da trasmettersi alla Compagnia attestante la stabilizzazione dei postumi ai fini della valutazione.</p> <p>L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari o 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.</p> <p>L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.</p> <p>L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.</p> <p>In caso di morte da infortunio dell'Assicurato, il beneficiario identificato in polizza o, in difetto, gli eredi legittimi e/o testamentari, devono presentare:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero; ii. certificato di morte; iii. certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato; iv. atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi; v. nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, la quietanza emessa dalla Compagnia munita di autorizzazione del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace; vi. eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto. <p>Si precisa che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: le garanzie offerte nella presente polizza sono prestate direttamente dalla Compagnia.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: non prevista.</p>
	<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, del Codice Civile.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni non vere o la mancata comunicazione di aggravamento di rischio possono comportare la cessazione della copertura assicurativa.</p>
<p>Obblighi dell'Impresa</p>	<p>La Compagnia liquida l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e provvede al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Il pagamento del premio avviene con cadenza annuale mediante autorizzazione irrevocabile per tutta la durata del contratto, all'addebito su conto corrente intrattenuto presso una filiale della Banca distributrice del prodotto.</p> <p>Non è prevista la possibilità di frazionare il premio.</p> <p>Non sono previsti sconti.</p> <p>Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza. Il premio si intende comprensivo di imposta.</p>
Rimborso	<p>Al manifestarsi, nel corso del contratto, di condizioni che avrebbero impedito l'emissione della polizza, quali la dipendenza da sostanze psicoattive (alcool - stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico) oppure nel caso in cui l'Assicurato presenti una invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% non dovuta ad infortunio, l'assicurazione cessa.</p> <p>In caso di cessazione, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione, la parte di premio al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Il contratto ha durata annuale con tacito rinnovo.</p> <p>Se non è stato pagato il premio o la rata di premio l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.</p> <p>Qualora il Contraente non proceda al pagamento e la Compagnia non agisca per la riscossione nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti l'assicurazione si risolve, fermo il diritto della Compagnia al pagamento del premio di assicurazione in corso ed al rimborso delle spese.</p> <p>Qualora durante la durata contrattuale si verifichi il raggiungimento dell'80° anno di età, la polizza cesserà alla prima scadenza annuale.</p>
Sospensione	Non è previsto il diritto alla sospensione del contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il contratto non prevede il diritto di ripensamento dopo la stipula.
Risoluzione	Non è previsto il diritto alla risoluzione del contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato ad un mercato di riferimento rappresentato da un pubblico indistinto di clientela titolare di un conto corrente aperto presso la Banca Distributrice, che intende tutelare economicamente se stessa e la propria famiglia in caso di un infortunio subito nel corso della propria attività professionale ed extraprofessionale che ne provochi il decesso o l'invalidità permanente. Il prodotto non è sottoscrivibile qualora l'Assicurato, al momento dell'ingresso in copertura, abbia un'età superiore ai 79 anni compiuti.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 50,00%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>Eventuali reclami inerenti il 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 Fax 02 5351794 - Email reclami@helvetiaitalia.it</p> <p>Eventuali reclami riguardanti il comportamento della banca distributrice e dei dipendenti e collaboratori di quest'ultima potranno essere inoltrati direttamente alla banca distributrice.</p> <p>La Società o la banca distributrice, ciascuna per la propria competenza, inviano la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>
<p>All'IVASS</p>	<p>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</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione (obbligatoria)</p>	<p>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).</p>
<p>Negoziazione assistita (facoltativa)</p>	<p>Negoziazione assistita: tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Arbitrato (facoltativo): qualora dovesse sorgere un dissenso tra l'Assicurato e la Società circa la determinazione dell'ammontare del danno. In tal caso, ai sensi di polizza, i periti, nominati da ciascuna delle Parti, si accordano di nominare un terzo perito, detto Arbitro, per addivenire ad una decisione. • 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 di seguito indicato, e chiedendo l'attivazione della Procedura: http://www.ec.europa.eu/fin-net. <p>Tramite il sito della Società (www.helvetiaitalia.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 PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. Gruppo Helvetia

Polizza infortuni

CHIARAConto

Condizioni di Assicurazione

Modello CGA_IPCR003_1121
Edizione 11/2021

Sommario

GLOSSARIO	1
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	2
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN GENERALE.....	2
Art. 1 – APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI	2
Art. 2 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO.....	2
Art. 3 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO	2
Art. 4 – DECORRENZA DELLA GARANZIA E PAGAMENTO DEL PREMIO.....	2
Art. 5 – DURATA DELL’ASSICURAZIONE E TACITO RINNOVO.....	2
Art. 6 – LIMITI DI ETÀ.....	2
Art. 7 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	2
Art. 8 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI.....	2
Art. 9 – ALTRE ASSICURAZIONI	2
Art. 10 – ONERI FISCALI.....	2
Art. 11 – FORO COMPETENTE	2
Art. 12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	2
Art. 12.1 – MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)	3
Art. 13 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	3
Art. 14 – MORTE DA INFORTUNIO	3
Art. 15 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO.....	3
Art. 16 - LIMITI DI INDENNIZZO	3
Art. 17 - RAPPORTI BANCARI INTESTATI A PERSONE FISICHE.....	4
Art. 18 - RAPPORTI BANCARI INTESTATI A SOCIETÀ	4
Art. 19 – RISCHI SPORTIVI.....	4
Art. 20 – RISCHIO VOLO	4
Art. 21 – RISCHIO GUERRA.....	4
Art. 22 – ESCLUSIONI	4
Art. 23 – PERSONE NON ASSICURABILI – CESSAZIONE DELL’ASSICURAZIONE.....	4
Art. 24 – ESTENSIONE TERRITORIALE.....	4
Art. 25 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA.....	4
Art. 26 – MASSIMALE DI CUMULO.....	4
Art. 27 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ.....	4
Art. 28 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DI SINISTRO	5
Art. 29 – OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO	5
Art. 30 -- DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO.....	5

Art. 31 – NON CUMULABILITA' DEGLI INDENNIZZI.....	6
Art. 32 – PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI.....	6
Art. 33 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE	6
APPENDICE “A” Tabella INAIL delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente (D.P.R. 30/6/65 n°1124).....	8

GLOSSARIO

Assicurato: la persona fisica, che può coincidere o meno con il Contraente, il cui interesse è protetto dall'assicurazione, per conto della quale è stipulata la Polizza ed è stato pagato il Premio. Sono assicurati gli intestatari e/o cointestatari del rapporto bancario specificato nel Modulo di Polizza, aperto presso una filiale della Banca, che siano:

- a) persone fisiche;
- b) persone fisiche titolari di ditte individuali;
- c) persone fisiche partecipanti in qualità di soci se il rapporto bancario è intestato a Società di fatto e Società semplici;
- d) componenti dei Consigli di Amministrazione se il rapporto bancario è intestato a Società per Azioni, Società a responsabilità limitata, Società Cooperative;
- e) Soci Amministratori (con o senza rappresentanza) se il rapporto bancario è intestato a Società in nome Collettivo;
- f) Socio Amministratore se il rapporto bancario è intestato a Società in accomandita (semplice o per azioni).

Per quanto riguarda le persone che rientrano nei punti d), e) ed f) l'assicurazione è operante alla condizione che il Modulo di Polizza sia sottoscritto da un legale rappresentante della Società.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

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

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

Beneficiario: il soggetto cui spetta l'indennizzo.

Compagnia: HELVETIA ITALIA ASSICURAZIONI S.p.A., la compagnia che presta le garanzie assicurative.

Condizioni di assicurazione: termini e condizioni alle quali è prestata la copertura assicurativa.

Contraente: il soggetto, titolare del rapporto bancario con la Banca distributrice del prodotto, che stipula il contratto con la Compagnia.

Filiale: l'agenzia della banca dove è stata sottoscritta la polizza.

Franchigia: la parte di indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza, diretta ed esclusiva - entro due anni dall'evento - la morte e/o una invalidità permanente.

Invalidità permanente: la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa, indipendentemente dall'attività svolta, conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza in misura pari o superiore al 60% della capacità totale.

Limite d'indennizzo: la somma massima dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

Modulo di polizza: il documento, sottoscritto dal Contraente e dalla Compagnia, che riporta tutti i dati necessari per la gestione del contratto.

Morte: decesso dell'assicurato a seguito d'infortunio.

Polizza: l'insieme dei documenti che comprovano l'assicurazione.

Premio: la somma, comprensiva d'imposte, dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Sport pericolosi: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala U.I.A.A., sci d'alpinismo, arrampicata libera (free climbing), paracadutismo, deltaplano e sport aerei in genere, equitazione durante gare e relative prove, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, skeleton, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni subacquee con autorespiratore, canoa fluviale oltre il 3° grado, salto con l'elastico (bungee jumping), rafting, hydrospeed, kitesurf, down-hill.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono aggiornate alla data del 03/11/2021

Per effetto di quanto disposto dal 2° comma dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs 7/9/2005 n. 209), al fine di dar loro risalto sono evidenziate con carattere di particolare rilievo quelle Condizioni di Assicurazione che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie o vero oneri a carico di Contraente e/o Assicurato.

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI

Le presenti condizioni di assicurazione si applicano esclusivamente ai titolari di un rapporto bancario presso la Banca distributrice del prodotto. Pertanto, in caso di estinzione del rapporto bancario specificato nel Modulo di Polizza, l'assicurazione viene risolta di diritto con effetto dalla prima scadenza anniversaria successiva alla chiusura del rapporto bancario, senza necessità di disdetta e senza l'applicazione del termine di tolleranza di cui all'art. 1901, 2° comma del Codice Civile.

Art. 2 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

Art. 3 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 C.C.

Art. 4 – DECORRENZA DELLA GARANZIA E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel modulo di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di 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 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 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e viene riattivata dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti e non versati, ai sensi dell'art. 1901 C.C.

Il contratto di assicurazione si risolve di diritto se la Compagnia non agisce per la riscossione nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, fermo il diritto al premio di assicurazione in corso ed al rimborso delle spese.

Art. 5 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE E TACITO RINNOVO

L'assicurazione ha la durata indicata sul modulo di polizza.

In mancanza di disdetta data dal Contraente o dalla Compagnia, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 6 – LIMITI DI ETÀ

L'età massima per la stipula della presente assicurazione è fissata nel 79° anno di età compiuto.

Qualora si verifichi il raggiungimento del 80° anno di età nel corso di un periodo annuale di assicurazione, l'assicurazione cesserà automaticamente alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento dell'80° anno di età, senza necessità di disdetta.

Art. 7 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 8 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Ai sensi dell'art. 1891 del codice civile, se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo Assicurato.

Art. 9 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal comunicare alla Compagnia l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio assicurato con il presente contratto, fermo l'obbligo - in caso di sinistro - di dare avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del C.C.

Art. 10 – ONERI FISCALI

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

Art. 11 – FORO COMPETENTE

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

Art. 12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 12.1 – MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)

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

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Compagnia tutela l'assicurato contro gli infortuni subiti durante lo svolgimento dell'attività professionale ed extraprofessionale.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) gli infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, non provocati da ebbrezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- b) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'assicurato;
- c) gli infortuni causati da tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o rapine, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- d) atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) l'assideramento o congelamento;
- g) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- h) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- i) l'asfissia di origine non dipendente da malattia;
- j) l'annegamento;
- k) la folgorazione;
- l) gli infortuni causati da frane e smottamenti del terreno;
- m) le lesioni determinate da sforzi, **esclusi gli infarti e le emie.**

La Compagnia garantisce in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza ai sensi degli artt. 14 "Morte da infortunio" e 15 "Invalidità permanente da infortunio" una somma determinata come segue:

- a) se il rapporto bancario presenta un saldo attivo, il pagamento di un capitale pari alla media dei saldi creditori in linea capitale ed interessi risultanti dalle evidenze della banca nei 30 giorni precedenti a quello in cui si è verificato l'infortunio;
- b) se il rapporto bancario presenta un saldo passivo, il pagamento di un capitale pari al saldo in linea capitale ed interessi risultante dalle evidenze della banca il giorno precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio.

In tutti i casi il saldo verrà determinato tenendo conto dell'esito di operazioni in corso il giorno dell'evento.

Art. 14 – MORTE DA INFORTUNIO

Se l'Assicurato muore a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia liquida il capitale assicurato agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato stesso nei limiti previsti dall'art. 16 – Limiti di indennizzo.

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

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 ai beneficiari o eredi il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Artt. 60 e 62 C.C. **Qualora, dopo il pagamento dell'indennizzo, l'assicurato risultasse in vita, la Compagnia avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.**

Art. 15 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente pari o superiore al 60% e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Compagnia liquida all'Assicurato l'indennità **nei limiti previsti dall'art. 16 – Limiti di indennizzo.**

La percentuale di invalidità permanente è determinata facendo riferimento ai valori delle menomazioni riportati nell'Appendice A.

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva, non determinabile sulla base dei valori specificati nella successiva tabella riportata nell'appendice A, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

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

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

Art. 16 - LIMITI DI INDENNIZZO

L'indennizzo massimo da parte della Compagnia non potrà essere superiore a 80.000,00 euro (ottantamila/00).

In caso di più rapporti bancari intestati al medesimo cliente l'indennizzo da parte della Compagnia non potrà eccedere l'importo di 160.000,00 euro (centosessantamila/00) per anno assicurativo.

In caso di più adesioni associate ad un unico rapporto bancario l'indennizzo da parte della Compagnia non potrà eccedere l'importo di 160.000,00 euro (centosessantamila/00) per anno assicurativo.

Per i rapporti bancari che presentino un saldo creditore o debitore inferiore a 3.000,00 euro (tremila/00), la somma assicurata e di conseguenza l'indennizzo sarà pari a 3.000,00 euro (tremila/00), sia per il caso morte che per l'invalidità permanente.

Qualora si verifichi un sinistro nel periodo che intercorre tra la data di chiusura del rapporto bancario e la scadenza anniversaria successiva la Compagnia indennizzerà un importo pari ad 3.000,00 euro (tremila/00), sia per il caso morte che per l'invalidità permanente.

Art. 17 - RAPPORTI BANCARI INTESTATI A PERSONE FISICHE

In caso di rapporti bancari cointestati a più persone fisiche la copertura è valida per tutti i cointestatari con la semplice sottoscrizione del modulo di adesione da parte di uno solo di essi e l'indennizzo determinato con la procedura sopra esposta non subirà variazioni se il saldo è debitore, come al precedente punto b), mentre verrà ridotta pro-quota in relazione al numero dei cointestatari se il saldo è creditore come al precedente punto a).

Art. 18 - RAPPORTI BANCARI INTESTATI A SOCIETÀ

In caso di rapporti bancari intestati a persone fisiche titolari di ditte individuali e/o a Società di fatto, Società di persone, Società per Azioni, Società a Responsabilità Limitata, Società Cooperative, Società in nome collettivo, Società in accomandita (semplice o per azioni) l'assicurazione è valida unicamente per il soggetto indicato nel modulo di adesione. L'indennizzo determinato con la procedura sopra esposta non subirà variazioni rispetto ai precedenti punti b) - se il saldo è debitore ed a) - se il saldo è creditore.

Art. 19 – RISCHI SPORTIVI

La garanzia vale durante la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti.

La garanzia non vale per gli infortuni derivanti da:

- a) corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- b) sport pericolosi;
- c) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente.

Art. 20 – RISCHIO VOLO

La garanzia vale per gli infortuni che l'assicurato subisce in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari.

Art. 21 – RISCHIO GUERRA

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno stato estero.

Art. 22 – ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende gli infortuni:

- a) causati da guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcoolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- c) avvenuti durante il richiamo al servizio militare per mobilitazione per motivi di carattere eccezionale;
- d) conseguenza di azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- e) conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e di accelerazione artificiale di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- f) conseguenze di guerre o insurrezioni, salvo quanto previsto dall'art. 21 - "Rischio Guerra";
- g) conseguenza di uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti.

Sono inoltre esclusi:

- h) le rotture sottocutanee di tendini.

Art. 23 – PERSONE NON ASSICURABILI – CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Premesso che la Compagnia, qualora al momento della stipulazione della polizza, fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool - stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, 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 (quarantacinque) giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Non sono, altresì, assicurabili le persone che, al momento della stipula della polizza o prima del verificarsi dell'infortunio, presentano invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%.

Art. 24 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 25 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi eredi, al diritto di surrogazione verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 26 – MASSIMALE DI CUMULO

L'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia, in caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la Compagnia in conseguenza di un unico evento non potrà comunque superare l'importo di € 4.000.000. Qualora gli indennizzi liquidabili ai sensi di polizza eccedano nel loro complesso tale importo, saranno proporzionalmente ridotti.

Art. 27 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Se al momento dell'infortunio l'assicurato non è fisicamente integro e

sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 28 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DI SINISTRO

In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fare denuncia scritta alla Compagnia tramite raccomandata A.R. all'indirizzo:

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Via G. B. Cassinis, 21, - 20139 Milano

Servizio Sinistri

oppure agli indirizzi e-mail o pec di seguito riportati:

- sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it
- helvetiaitalia@pec.helvetia.it

oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza sulla quale denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata.

Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto assicurativo, sul sito internet della Compagnia www.helvetiaitalia.it oppure chiamando il Numero verde:



oppure il numero **+39 02 5351 1** per chiamate dall'estero e inviare lo stesso ad uno degli indirizzi sopra riportati.

Il sinistro deve essere denunciato entro 10 (dieci) giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici da trasmettersi alla Compagnia attestante la stabilizzazione dei postumi ai fini della valutazione di cui all'art. 29.

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

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

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 C. C.).

In caso di morte da infortunio dell'Assicurato, il beneficiario identificato in polizza o, in difetto, gli eredi legittimi e/o testamentari, devono presentare:

- documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero;
- certificato di morte;
- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, la quietanza emessa dalla Compagnia munita di autorizzazione 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.

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

Art. 29 – OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 27 delle presenti Norme 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.

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.

Art. 30 – DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO

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

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

- l'importo già concordato
- oppure, in mancanza

- l'importo offerto

oppure, se non vi è stata ancora l'offerta

- l'importo oggettivamente determinabile dalla Compagnia sulla base della documentazione fornita con le modalità e nei termini stabiliti dall'art. 28; in ogni caso, alla Compagnia dovrà essere consegnato il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

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

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

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Compagnia, gli eredi o aventi causa

dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Compagnia e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

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

Art. 31 – NON CUMULABILITA' DEGLI INDENNIZZI

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

Art. 32 – PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI

La Compagnia liquida l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e provvede al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 33 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

Qualora tra l'Assicurato e Compagnia insorgano eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro e sulla misura dell'indennizzabilità la decisione della controversia può essere demandata, su richiesta dell'Assicurato, ad un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici legali la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali. Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici dove si riunirà il Collegio. Il Collegio può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per Compagnia e l'assicurato, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

La Compagnia e l'Assicurato si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico.

PARTE NON SCRITTA



APPENDICE "A" Tabella INAIL delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente (D.P.R. 30/6/65 n°1124)

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

In caso di constatato mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti il grado di invalidità viene stabilito mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione fino ad un limite massimo del 100%. La valutazione per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, il grado di invalidità è stabilito con riferimento alle percentuali previste alla suesposta tabella, tenendo conto della misura nella quale è diminuita la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla attività svolta dall'Assicurato.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

In qualsiasi caso, relativamente ai postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo, l'indennizzo verrà effettuato facendo riferimento ad un valore massimo fissato nel 3%.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE
IN BIANCO

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

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

Capitale Sociale € 15.600.000 i.v.
N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano, C.F. 02446390581
R.E.A. n. 865966 e Partita I.V.A. 07530080154
Imp. Autor. all'eser. delle ass. e riass. con D. di ric. del M. Ind., Comm. ed Artig. del 20/06/1986
(G.U. n. 148 del 28/06/1986) e successive autorizzazioni
Società con Unico Socio
Società soggetta alla Direzione e al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 1.00062
Iscr. Albo Gruppi Ass. n. d'ord. 031