

POLIZZA A PROTEZIONE DEL CREDITO

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: **CHIARA Tutela Mutuo**

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza "CHIARA Tutela Mutuo" è la soluzione assicurativa studiata per coprirti dal rischio di dover far fronte al rimborso di un finanziamento, nel caso di un evento negativo relativo alla tua salute o alla tua capacità lavorativa. **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 polizza ti tutela nel caso si verifichi un evento sfavorevole che possa compromettere: (i) la tua capacità di rimborsare il debito residuo in essere sul mutuo che hai acceso, oppure (ii) la tua capacità di pagare con regolarità le rate del mutuo alle scadenze pattuite. Sono assicurabili i mutui ipotecari e chirografari. L'assicurazione è attivabile anche a fronte di mutui in corso.

Puoi scegliere di assicurarti contro il rischio di non potere rimborsare il debito residuo oppure scegliere di assicurarti anche contro il rischio di non poter pagare con regolarità le rate del mutuo.

In relazione alla protezione del debito residuo, la stessa opera a fronte dei seguenti eventi:

- ✓ **Morte** derivante da un infortunio
- ✓ **Invalidità Permanente Totale** derivante da un infortunio.

In entrambi i casi l'indennizzo pagato all'assicurato o ai suoi aventi diritto è pari al valore del debito residuo del mutuo in linea capitale, secondo l'originario piano di ammortamento. Se decidi di assicurare un capitale inferiore a quello richiesto, anche l'indennizzo verrà calcolato sulla base della percentuale di capitale assicurato.

Con riferimento alla protezione della rata del mutuo, le garanzie previste dal prodotto sono acquistabili in base alla categoria professionale dell'Assicurato, secondo il seguente schema:

- ✓ **Inabilità Temporanea Totale**: disponibile soltanto per i lavoratori autonomi, la garanzia opera a fronte di un infortunio o di una malattia che impedisca all'Assicurato di svolgere la sua specifica attività per un periodo limitato di tempo;
- ✓ **Perdita Involontaria d'Impiego**: disponibile unicamente per i lavoratori dipendenti di azienda privata di diritto italiano (purché gli stessi abbiano superato il periodo di prova e lavorino in modo continuativo da almeno dodici mesi), la garanzia opera a fronte di un licenziamento che comporti per l'Assicurato un periodo (limitato nel tempo) di disoccupazione;
- ✓ **Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico** (sempre attivabile per Non Lavoratori, Lavoratori Dipendenti di Ente pubblico; attivabile congiuntamente alla garanzia "Inabilità Temporanea Totale" per Lavoratori autonomi e in aggiunta alla garanzia "Perdita involontaria d'impiego" per Lavoratori Dipendenti di Ente privato). La garanzia opera a fronte di un ricovero ospedaliero reso necessario per l'esecuzione di uno dei "Grandi Interventi Chirurgici" indicati in polizza e derivanti da infortunio o malattia.

Con riferimento a tutte le garanzie a protezione della rata, la somma assicurata corrisponde all'indennità mensile indicata in polizza. Se decidi di assicurare un capitale inferiore a quello richiesto, anche l'indennità mensile verrà calcolata sulla base della percentuale di capitale assicurato.



Che cosa non è assicurato?

- * Non sono assicurate le persone affette da alcolismo e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività H.I.V.
- * Persone che, quando l'assicurazione ha inizio, hanno età inferiore a 18 anni o superiore a 73 anni compiuti, fermo restando che l'età dell'Assicurato alla scadenza contrattuale non potrà essere superiore ai 74 anni compiuti.
- * Non sono assicurate le conseguenze (quali morte, invalidità permanente, etc.) di eventi non qualificabili come infortuni ovvero eventi fortuiti, violenti ed esterni (l'evento dannoso deve aver origine dall'ambiente circostante e non dall'interno dello organismo, come per esempio un infarto).



Ci sono limiti di copertura?

- ! Non sono assicurate le conseguenze derivanti da ubriachezza, uso e abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi, uso di stupefacenti, salvo la somministrazione terapeutica, di allucinogeni e simili.
- ! Sono esclusi gli infortuni causati da:
 - guida di veicoli senza relativa abilitazione in base alle disposizioni di Legge o in caso di patente scaduta;
 - guida di mezzi di locomozione aerea, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
 - partecipazione a corse automobilistiche o motociclistiche e relative prove ed allenamenti;
 - delitti dolosi compiuti o tentati, compreso il suicidio;
 - guerra, insurrezioni, tumulti popolari, terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni;
 - operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.
- ! Sono escluse le inabilità non strettamente connesse alla malattia o quelle che sono conseguenza di situazioni in cui non vi è alterazione vera e propria del suo stato di salute (come il parto).
- ! Relativamente all'assicurazione "Perdita involontaria d'impiego", non sono assicurate le ipotesi di disoccupazione conseguenti a risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato e comunque in tutti i casi in cui la disoccupazione è un evento programmato in base alla natura di rapporto, ovvero sia conseguenza di (pre)pensionamento o di licenziamento per giusta causa o giustificato motivo soggettivo.



Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie Morte da infortunio e Invalidità Permanente Totale hanno validità in tutto il mondo.
- ✓ La garanzia Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia ha validità nell'ambito dell'Unione Europea.
- ✓ La garanzia Perdita Involontaria d'Impiego ha validità soltanto nel territorio della Repubblica italiana (l'assicurazione non opera se al momento del sinistro l'Assicurato sta svolgendo la propria attività lavorativa all'estero, salvo che ciò avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana).
- ✓ La garanzia Ricovero Ospedaliero per Grande intervento Chirurgico è operante per infortuni e malattie verificatisi in tutto il mondo, ad eccezione del caso di infortuni e malattie verificatesi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea (salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni).



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 un aggravamento di rischio o, in ogni caso, una variazione nella categoria professionale in cui sei stato inquadrato.

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 alla valutazione;
- attenerti a tutte le eventuali ulteriori indicazioni fornite dalla Compagnia.



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio, in forma unica anticipata, avviene alla data di decorrenza della copertura assicurativa mediante autorizzazione irrevocabile all'addebito sul conto corrente aperto presso la filiale della Banca che ti vende il prodotto.

In caso di finanziamento di nuova erogazione il premio può essere anche finanziato, su tua esplicita richiesta.

L'importo del premio, in tale caso, viene aggiunto all'importo del finanziamento e viene addebitato contestualmente a ciascuna rata secondo il piano di ammortamento previsto.

Le garanzie a protezione della rata, quando la polizza ha durata superiore a dieci anni, prevedono il pagamento di un premio in forma annua a partire dal termine dei primi dieci anni di durata contrattuale fino alla scadenza del contratto stesso. Il premio annuo viene pagato mediante addebito sul conto corrente.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

Per le garanzie a protezione della rata di rimborso del mutuo, se la polizza ha durata superiore a dieci anni, la durata iniziale è decennale (a partire dal termine del decimo anno le garanzie hanno durata annuale con tacito rinnovo).



Come posso disdire la polizza?

Hai il diritto di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento in cui il contratto stesso è concluso, inviando comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata con avviso di ricevimento. La Compagnia rimborsa il premio pagato al netto dell'imposta.

Fermo quanto sopra, in caso di polizza poliennale con durata superiore a 5 anni, trascorso il quinquennio puoi recedere dal contratto inviando una raccomandata con preavviso di 60 giorni.

Assicurazione a protezione del credito

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni

(DIP aggiuntivo Danni)

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

CHIARATutela Mutuo



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.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 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 tuoi confronti nei limiti delle somme assicurate e dei relativi massimali concordati.

Come descritto nel DIP, la presente polizza può essere sottoscritta scegliendo una o entrambe le coperture previste a protezione del debito e a protezione della rata del finanziamento.

SEZIONE “PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO”

Se vengono scelte le garanzie a “Protezione del Debito Residuo”, operano le prestazioni di seguito indicate:

- ✓ **Morte derivante da Infortunio**
- ✓ **Invalità Permanente Totale da infortunio di grado pari o superiore al 60% della capacità totale**

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

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

Le garanzie valgono anche durante:

- a) la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti (“rischi sportivi”);
- b) gli infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari (“rischio volo”);
- c) gli infortuni derivanti da stato di guerra (“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 previste.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

SEZIONE “PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO”

In base alla categoria professionale dell'Assicurato le garanzie a “Protezione Rata del Finanziamento” sono le seguenti:

in relazione alla Categoria Professionale: Lavoratore Autonomo, è attivabile la garanzia:

- ✓ **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia**

La garanzia opera se:

- l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui l'assicurazione è efficace;
- il Sinistro, se conseguente a Malattia, sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla data di decorrenza;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni previste nella polizza;
- l'Assicurato e/o i suoi aventi causa e/o il Contraente abbiano adempiuto agli obblighi indicati nella polizza.

In relazione alla Categoria Professionale: Lavoratore Dipendente Privato, è attivabile la garanzia:

- ✓ **Perdita Involontaria dell'Impiego**

La garanzia opera se la perdita di impiego avviene in conseguenza di:

- Licenziamento per messa in mobilità (licenziamento collettivo ex artt. 4 o 24, legge n. 223/1991);
- Licenziamento per giustificato motivo oggettivo.

In relazione alle Categorie Professionali: Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente Pubblico, Non Lavoratore, è attivabile la garanzia:

✓ **Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, per tutte le Categorie Professionali (Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente Privato, Lavoratore Dipendente Pubblico, Non Lavoratore)**

La Compagnia corrisponde l'indennizzo forfettario a condizione che il ricovero ospedaliero presso un Istituto di Cura sia di durata non inferiore a 5 giorni e che detto intervento rientri tra quelli previsti dal contratto. Questa garanzia è sempre attivata per le Categorie Professionali diverse da Lavoratore Dipendente Privato, mentre è possibile attivarla per gli Assicurati appartenenti a quest'ultima categoria, in aggiunta alla garanzia Perdita involontaria dell'impiego.



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

LIMITI GENERALI

Sono previsti i seguenti limiti di somme assicurate:

- ! **500.000 euro relativo al debito residuo;**
- ! **3.000 euro mensili per la rata di rimborso del finanziamento.**

SEZIONE "PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO"

Morte derivante da un infortunio

Invalidità Permanente Totale da infortunio che di grado pari o superiore al 60% della capacità totale

Con riferimento ad entrambe le garanzie (Morte e Invalidità Permanente Totale), oltre quanto già rappresentato nel DIP, l'Assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- 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);
- infarti e/o ernie;
- rotture sottocutanee di tendini;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, sindromi organiche cerebrali.

Inoltre, l'Assicurazione non comprende gli infortuni:

- subiti in stato di ubriachezza, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti; subiti in occasione di partecipazione ad imprese temerarie e/o pericolose;
- derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine.

SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO"

Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia

Oltre a quanto già rappresentato nel DIP, l'Assicurazione non opera se l'Inabilità Temporanea Totale al lavoro è causata da:

- malattie sorte prima della sottoscrizione della polizza, malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della data di decorrenza della Assicurazione e sottaciute dolosamente dall'Assicurato;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- infortuni subiti in stato di ubriachezza, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- guida di veicoli e natanti a motore quando l'assicurato si trova in stato di ebbrezza alcolica;
- malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- guerra anche non dichiarata, salvo il caso in cui l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi bellici mentre si trova in uno stato estero sino ad allora in pace. La garanzia è operante per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità e a condizione che l'Assicurato non vi prenda parte attiva;

- insurrezioni, atti di terrorismo;
- scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi
 - i comportamenti nevrotici;
 - sindromi organiche cerebrali;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico;
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali (salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità della Assicurazione);
- Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri della Unione Europea (salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni);
- mal di schiena e patologie assimilabili provati da esami radiologici e clinici.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, i termini di carenza e le franchigie relativi alla presente copertura:

Indennizzo	Rata assicurata
Periodo di Franchigia Assoluta	30 giorni
Limite di Indennizzo	Sino a 15 rate per Sinistro; Massimo 60 rate per tutta la durata del contratto

! Perdita Involontaria dell'Impiego

L'Assicurazione non opera se:

- al momento della sottoscrizione della polizza, l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione o messa in mobilità, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- la disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo, licenziamento disciplinare o di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni;
- la disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- la disoccupazione è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se comunque il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o atipici e/o se la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio contratto inserimento, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "lavoro a progetto";
- al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria attività lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- l'Assicurato ha un contratto di lavoro non regolato dalla legge italiana;
- l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità (casi per cui l'Assicurazione è operante);
- l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente in modo continuativo per i 12 (dodici) mesi precedenti la data del Sinistro;
- la disoccupazione è conseguenza del superamento del periodo di comporto;
- al momento della sottoscrizione della polizza, l'Assicurato era in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, i termini di carenza e le franchigie relativi alla presente copertura:

Indennizzo	Rata assicurata
Periodo di Franchigia Assoluta	30 giorni
Limite di Indennizzo	Sino a 15 rate per Sinistro; Massimo 60 rate per tutta la durata del contratto

! Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico

! L'Assicurazione non opera in caso di:

- malattie sorte prima della stipula della polizza, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione e non confessate volontariamente dall'Assicurato alla Compagnia;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- infortuni subiti in stato di ubriachezza, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o stupefacenti;

- malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra, insurrezioni, atti di terrorismo;
- scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- sindromi organiche cerebrali;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, i termini di carenza e le franchigie relativi alla presente copertura:

Indennizzo	12 volte la rata assicurata per ricovero da GIC in regime di solvenza 6 volte la rata assicurata per ricovero da GIC in SSN o in regime di convenzionamento
Periodo di Franchigia Relativa	5 giorni



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?


Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:


• **SEZIONE "PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO"**


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:
 - sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it;
 - helvetiaitalia@pec.helvetia.it;
- 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 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità, precisando l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento;
- corredare la denuncia con certificato medico nonché fornire ulteriori certificati medici attestanti il decorso delle lesioni;
- 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 fare quanto possibile per evitare/diminuire il danno (fermo restando che l'accertamento deve essere effettuato in Italia);
- In caso di morte da infortunio, devono essere presentate:
 - (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;
 - (vi) 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;
 - (vii) eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

	<ul style="list-style-type: none"> • SEZIONE “PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO” 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 qui riportati: <ul style="list-style-type: none"> - sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it; - helvetiaitalia@pec.helvetia.it; 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 60 (sessanta) 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 deve contenere: <ul style="list-style-type: none"> - <u>In caso di sinistro Inabilità Temporanea Totale:</u> <ol style="list-style-type: none"> a) copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita; b) attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo; c) certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica; d) i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale). - <u>In caso di sinistro Perdita d'Impiego:</u> <ol style="list-style-type: none"> a) copia di un documento di identità; b) copia della scheda professionale e del contratto di lavoro; c) copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro; d) copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia o l'inserimento nelle liste di Mobilità e l'eventuale permanenza in tali liste; e) attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione o di Mobilità. - <u>In caso di sinistro Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico:</u> <ol style="list-style-type: none"> a) copia del documento di identità; b) autocertificazione della propria Categoria Professionale (eccezion fatta per i Lavoratori Dipendenti di Ente privato che devono produrre certificazione del Datore di Lavoro); c) certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica.
	Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	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.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni non vere o la mancata comunicazione di aggravamento di rischio possono comportare la cessazione della copertura assicurativa.
Obblighi dell'impresa	<ul style="list-style-type: none"> • SEZIONE “PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO” La Compagnia comunica l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione completa ricevuta e dispone il pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza. • SEZIONE “PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO” <ul style="list-style-type: none"> - Con riferimento ai sinistri <u>Inabilità Temporanea Totale</u> e <u>Perdita Involontaria dell'Impiego</u>, la Compagnia dispone il pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa utile alla valutazione del sinistro. - Con riferimento ai sinistri <u>Ricovero Ospedaliero da Grandi Interventi Chirurgici</u>, il pagamento avviene in un'unica soluzione una volta valutata la documentazione medica prodotta dall'Assicurato e fatti gli accertamenti sull'indennizzabilità del sinistro a termini di polizza, entro 30 giorni dal ricevimento della stessa.
 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il pagamento del premio – in forma unica anticipata – avviene al momento della decorrenza della polizza, tramite autorizzazione del Contraente all'addebito sul proprio conto corrente. In caso di finanziamento di nuova erogazione il premio (solo quando pagato in forma unica anticipata) può essere anche finanziato, su esplicita richiesta del Contraente e dietro accettazione della Banca.

	<p>Nel caso di contratto con durata superiore a dieci anni, il premio annuo relativo alle garanzie di cui alla sezione "Protezione della rata del mutuo" avverrà tramite addebito sul proprio conto corrente. Il pagamento effettuato secondo le modalità suindicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza. La polizza non prevede sconti.</p> <p>Il premio corrisposto comprende le imposte previste dalla normativa vigente.</p>
Rimborso	<ul style="list-style-type: none"> • In caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo, la Compagnia rimborserà all'Assicurato la porzione di premio non goduta, al netto delle imposte governative. Nel caso in cui l'Assicurato richieda un'estinzione parziale anticipata del mutuo, le prestazioni assicurate relative al contratto si ridurranno proporzionalmente della misura corrispondente alla quota estinta di debito residuo e la Compagnia rimborserà all'Assicurato la porzione di premio non goduta, al netto delle imposte governative. • In caso di recesso esercitato nei sessanta giorni successivi a quello in cui il contratto è stato concluso, la Compagnia provvederà al rimborso dell'intero premio versato - al netto delle imposte - entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>La durata dell'assicurazione, espressa in mesi interi, coincide con la durata del finanziamento, o con la sua durata residua in caso di finanziamento in essere, come prevista dal piano di ammortamento del finanziamento stesso, fino a un massimo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 360 mesi (30 anni) per i mutui ipotecari; • 120 mesi (15 anni) per i mutui chirografari, <p>fermo restando quanto segue per ciascuna sezione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Protezione del debito residuo": la durata massima coincide con quella del contratto, quale riportato sul Modulo; - "Protezione della rata del finanziamento": 120 mesi (10 anni) con tacito rinnovo annuale dopo il decimo anno. <p>La durata minima è pari a 12 mesi.</p> <p>È previsto un periodo di carenza (ossia il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale la stessa non ha effetto) fissato in 30 giorni, entro i quali le seguenti garanzie non sono operanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Inabilità Temporanea Totale" da temporanea da Malattia; - "Perdita Involontaria di Impiego"; - "Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico". <p>Se non è stato pagato il premio unico anticipato l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno del pagamento.</p> <p>Relativamente al premio annuo di rinnovo delle garanzie della Sezione Protezione della rata del finanziamento, il mancato pagamento alle scadenze convenute dei premi annuali determina la sospensione delle garanzie relative a questa sezione dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza. L'assicurazione riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze e il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti e non versati, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.</p> <p>La copertura si risolve di diritto se la Compagnia non agisce per la riscossione nel termine di 6 (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.</p>
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere la polizza.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Il Contraente ha diritto di recedere dall'assicurazione nei sessanta giorni successivi a quello in cui il contratto è stato concluso presentando richiesta scritta presso la filiale della Banca distributrice o dando comunicazione direttamente alla Compagnia tramite invio di lettera raccomandata A/R.
Risoluzione	<p>Nei casi di estinzione totale anticipata o trasferimento del contratto di finanziamento, il contratto di assicurazione si risolve automaticamente a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di estinzione del finanziamento.</p> <p>Se il contratto supera i cinque anni, il Contraente, trascorso il quinquennio, può esercitare annualmente la facoltà di recesso a partire dal quinto anno, senza oneri, con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata, ai sensi dell'art. 1899 Codice Civile.</p>



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 e presso quest'ultima intestatario di un mutuo - che intende tutelare economicamente se stesso o - in caso di Contraente persona giuridica - la persona fisica che ricopra un ruolo rilevante all'interno della Società in caso di: i) infortunio subito nel corso della propria attività professionale ed extraprofessionale che ne provochi il decesso o l'invalidità permanente; ii) di inabilità (lavoratore autonomo), di perdita di impiego (lavoratore dipendente privato) o di ricovero ospedaliero (lavoratore dipendente pubblico e non lavoratore) al fine di onorare il pagamento delle rate del finanziamento domiciliate sul conto corrente. Il prodotto non è sottoscrivibile qualora l'Assicurato, al momento dell'ingresso in copertura, abbia un'età superiore ai 74 anni compiuti.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 45,0%. I costi complessivamente sostenuti dall'Aderente, comprensivi di quelli di acquisizione sopra indicati, ammontano al 60,00% del premio

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 Compagnia presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti:</p> <p>Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami – Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano Fax 02 5351794 - Email. reclami@helvetia.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. La Compagnia 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 Compagnia 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 Compagnia (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>

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

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.

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. Gruppo Helvetia

Polizza connessa a un finanziamento

CHIARA *Tutela Mutuo*

Condizioni di Assicurazione

Modello CGA_IPMR009_1121
Edizione 11/2021

Sommario

GLOSSARIO.....	1
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	4
NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI.....	4
Art. 1.01 - APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI.....	4
Art. 1.02 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO.....	4
Art. 1.03 - DECORRENZA E DURATA ASSICURAZIONE.....	4
Art. 1.04 - CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ E COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO.....	4
Art. 1.05 - ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO.....	5
Art. 1.06 - PAGAMENTO DEL PREMIO.....	6
Art. 1.07 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE.....	6
Art. 1.08 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO.....	6
Art. 1.09 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO.....	6
Art. 1.10 - COLPA GRAVE.....	7
Art. 1.11 - DIRITTO DI RECESSO.....	7
Art. 1.12 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI.....	7
Art. 1.13 - ALTRE ASSICURAZIONI.....	7
Art. 1.14 - RINUNCIA ALLA RIVALSA.....	7
Art. 1.15 - ONERI FISCALI.....	7
Art. 1.16 - FORO COMPETENTE.....	7
Art. 1.17 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	7
Art. 1.18 - LIMITI DI ETÀ.....	7
Art. 1.19 - PERSONE NON ASSICURABILI – CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE.....	7
Art. 1.20 - RINNOVO ANNUALE.....	7
Art. 1.21 - PAGAMENTO DEL PREMIO DI RINNOVO.....	8
Art. 1.22 - MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause).....	8
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RELATIVE ALLA SEZIONE "PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO".....	9
ASSICURAZIONI PER DECESSO DA INFORTUNIO E INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO.....	9
ART. 2.01 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	9
ART. 2.02 - RISCHI SPORTIVI.....	9
ART. 2.03 - RISCHIO VOLO.....	9
ART. 2.04 - RISCHIO GUERRA.....	9
ART. 2.05 - BENEFICIARI.....	9
ART. 2.06 - CESSAZIONE DEL RAPPORTO TRA ASSICURATO E SOCIETÀ CONTRAENTE.....	9
ART. 2.07 - GARANZIE ASSICURATE.....	9
ART. 2.08 - ESCLUSIONI.....	10
ART. 2.09 - CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ.....	10
ART. 2.10 - VALIDITÀ TERRITORIALE.....	10
ART. 2.11 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI DELL'ASSICURATO.....	10
ART. 2.12 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO.....	11
ART. 2.13 - NON CUMULABILITÀ DEGLI INDENNIZZI.....	11
ART. 2.14 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO.....	11
Art. 2.15 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE.....	11
ART. 2.16 - PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI.....	11
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PER LA SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO".....	12
Art. 3.01 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	12
Art. 3.02 - MODIFICA A CATEGORIA PROFESSIONALE.....	12
Art. 3.03 - DENUNCIA SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI.....	12
Art. 3.04 - BENEFICIARI DELLE INDENNITÀ - MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI.....	12
Art. 3.05 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE.....	13

Art. 3.06 - VALIDITA' TERRITORIALE	13
ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA.....	14
Art. 3.07 - OGGETTO DELLA COPERTURA INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA	14
Art. 3.08 - INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA.....	14
Art. 3.09 - LIMITI DI INDENNIZZO	14
Art. 3.10 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA.....	14
Art. 3.11 - DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVA documentazione.....	14
Art. 3.12 - SINISTRI SUCCESSIVI.....	14
ASSICURAZIONE PER LA PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO.....	15
Art. 3.13 - OGGETTO DELLA COPERTURA IN CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO.....	15
Art. 3.14 - INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO	15
Art. 3.15 - LIMITI DI INDENNIZZO	15
Art. 3.16 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO.....	15
Art. 3.17 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO	15
ART. 3.18 - SINISTRI SUCCESSIVI.....	15
ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	16
Art. 3.19 - OGGETTO DELLA COPERTURA RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	16
Art. 3.20 - INDENNIZZO IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	16
Art. 3.21 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	16
Art. 3.22 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO	16
Art. 3.23 - DENUNCE SUCCESSIVE	16
TABELLA SINTETICA DELLE GARANZIE, TERMINI DI CARENZA, LIMITI E FRANCHIGIE APPLICABILI ALLA SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO".....	17
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	18

GLOSSARIO

Ai seguenti termini si attribuisce, convenzionalmente, il significato di seguito precisato.

ASSICURATO:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, più precisamente, la persona fisica indicata nominativamente sul Modulo di polizza.

ASSICURAZIONE:

il contratto di assicurazione.

BENEFICIARIO:

il soggetto cui spetta l'indennizzo.

COMPAGNIA:

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., l'impresa che presta le coperture assicurative.

CONTRAENTE:

il soggetto, intestatario di un rapporto di conto corrente con la Banca distributrice del prodotto. Con la sottoscrizione del Modulo di polizza il Contraente assume in proprio gli obblighi nascenti dall'assicurazione.

ENTE EROGANTE:

l'istituto bancario erogante il finanziamento.

FILIALE:

l'agenzia della banca dove è stato sottoscritto il Modulo di polizza.

FINANZIAMENTO:

il contratto di finanziamento con il quale l'Ente erogante, indicato sul Modulo di polizza, concede in prestito una somma predeterminata ed al quale si riferisce la presente assicurazione.

FRANCHIGIA:

la parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO:

la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

MODULO DI POLIZZA:

il documento, sottoscritto dal Contraente, che riporta i dati necessari per la gestione del contratto

POLIZZA:

l'insieme dei documenti che comprovano il contratto di assicurazione.

PREMIO:

la somma 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.

SOMMA ASSICURATA:

valore, indicato sul Modulo di polizza, in base al quale è stipulata l'assicurazione.

DEFINIZIONI SPECIFICHE PER LE SEZIONI “PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO” E “PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO”

ABUSO DI PSICOFARMACI:

assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.

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 PROFESSIONALE:

l'attività lavorativa svolta dall'Assicurato in modo continuativo e abituale con cui produce un reddito o percepisce una retribuzione.

CAPITALE INIZIALE ASSICURATO:

la somma, pari all'importo erogato (per i finanziamenti di nuova accensione) o al Debito Residuo (per i finanziamenti in corso) al momento della sottoscrizione dell'assicurazione, sulla base della quale viene determinato il premio e la misura dell'indennizzo.

DISOCCUPAZIONE:

lo status dell'Assicurato qualora egli, in quanto Lavoratore Dipendente di un Ente Privato, si trovi a:

- a) aver cessato, non volontariamente, la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione che generi un reddito o un guadagno;
- b) essere iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o nelle liste di mobilità regionali;
- c) non rifiutare irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

EBBREZZA ALCOOLICA:

la condizione, conseguente alla assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcool nel sangue risulti essere pari o superiore al limite di 0,8 grammi per litro.

ENTE PRIVATO:

ogni soggetto giuridico che non sia parte della Pubblica Amministrazione.

ENTE PUBBLICO:

ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione.

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI:

Interventi chirurgici e patologie elencati nella tabella allegata alla specifica Sezione delle Condizioni di Assicurazione.

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE:

la perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.

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 lavorativa totale.

ISTITUTO DI CURA:

ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

LAVORATORE AUTONOMO:

la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata) e che compori denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 32 (reddito agrario), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, e continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente Polizza e durante la vigenza del Contratto le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono inoltre considerati Lavoratori Autonomi i "Lavoratori a Progetto".

LAVORATORE DIPENDENTE:

la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'Art. 50, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere:

- a) (lavoratori soci di cooperative),
- c) (borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento),
- d) (remunerazioni dei sacerdoti),
- g) (indennità parlamentari ed assimilate).

MALATTIA:

alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

MALATTIA MENTALE:

stato di sofferenza psichica, prolungato nel tempo, che incide sul vivere quotidiano dell'individuo, causando problematicità sul piano affettivo, socio-relazionale e lavorativo. Rientrano nella definizione di malattie mentali sia le nevrosi sia le psicosi. A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, sono considerate malattie mentali la schizofrenia, la depressione, il disturbo da attacchi di panico, l'anoressia, la bulimia, il disturbo ossessivo-compulsivo.

MALATTIA PREGRESSA:

alterazione dello stato di salute – come sopra specificato – per la quale sono stati effettuati, prima della sottoscrizione della polizza, accertamenti medici o eseguite terapie.

MORTE:

decesso dell'assicurato a seguito di infortunio.

NON LAVORATORE:

la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.

NORMALE ATTIVITÀ LAVORATIVA:

l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

PERDITA DI OCCUPAZIONE:

la risoluzione definitiva del contratto di lavoro a tempo indeterminato in corso tra l'Assicurato ed il relativo Datore di Lavoro derivante da recesso di quest'ultimo.

PERIODO DI CARENZA:

periodo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale l'Assicurazione non ha effetto.

PERIODO DI FRANCHIGIA ASSOLUTA:

periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, oppure per Perdita Involontaria dell'impiego, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

PERIODO DI FRANCHIGIA RELATIVA:

periodo di tempo per il quale deve protrarsi un Sinistro di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, indennizzabile ai termini di Polizza, affinché l'Assicurato abbia diritto all'Indennizzo.

PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE:

periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione, di quello di Inabilità Temporanea Totale o di sinistro Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, liquidabile ai sensi di Polizza, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa a un nuovo Sinistro rispettivamente per Perdita Involontaria dell'impiego, Inabilità Temporanea Totale ovvero Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico.

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE:

ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro Consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

RICOVERO OSPEDALIERO:

la degenza ininterrotta dello Assicurato, che comporti il pernottamento in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia.

SINDROME ORGANICA CEREBRALE:

termine con il quale vengono indicate le patologie organiche che causano una riduzione della funzione mentale. A titolo esemplificativo ma non esaustivo rientrano in questa categoria encefalopatia post-traumatica, emorragia intracerebrale e/o subaracnoidea, ematoma subdurale cronico, commozione cerebrale, problemi di respirazione come ipossia o ipercapnia, morbo di Parkinson, Alzheimer.

SPORT PERICOLOSI:

pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° 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 scio idroski, sci acrobatico, sciestremo, 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, downhill.

UBRIACHEZZA:

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

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 ovvero oneri a carico di Contraente e/o Assicurato

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 1.01 - APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI

Le presenti condizioni di assicurazione si applicano esclusivamente ai titolari di un conto corrente presso una filiale della Banca distributrice del prodotto, che siano sottoscrittori di un finanziamento richiesto all'Ente erogante, la cui tipologia è indicata nel Modulo di polizza.

Art. 1.02 - 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. 1.03 - DECORRENZA E DURATA ASSICURAZIONE

1.03.1 - Decorrenza dell'assicurazione

La decorrenza dell'assicurazione, riportata sul Modulo di polizza, coincide

- per i finanziamenti da concedere, con la data di erogazione del finanziamento stesso,
- per i finanziamenti in corso, con la data di emissione della polizza di assicurazione,

sempreché contestualmente sia stato corrisposto il premio, altrimenti l'assicurazione resterà sospesa fino alle ore 24.00 della data di pagamento del premio.

Il premio indicato nel Modulo di polizza rappresenta la somma dovuta alla Compagnia per il periodo assicurativo indicato nel modulo stesso.

1.03.2 - Durata dell'assicurazione

La durata dell'assicurazione coincide con la durata del finanziamento, o con la sua durata residua in caso di finanziamento in essere, come prevista dal piano di ammortamento del finanziamento stesso, espressa in mesi ed arrotondata per eccesso qualora la data di scadenza originaria del contratto di finanziamento cada in un giorno diverso rispetto a quella della data di decorrenza dell'assicurazione.

La durata minima dell'assicurazione è pari ad 1 (un) anno, mentre la durata massima è pari a:

- 30 (trenta) anni per i mutui ipotecari;
- 15 (quindici) anni per i mutui chirografari;

le garanzie relative alla sezione "Protezione della Rata del finanziamento" hanno durata massima di 10 (dieci) anni. Si vedano i successivi artt. 1.20 e 1.21 per le modalità di rinnovo e per il calcolo del premio dovuto dal Contraente.

La copertura, di durata poliennale è proposta in alternativa ad analogo copertura di durata annuale, nel rispetto delle condizioni di legge, come espressamente indicato all'art. 1.06 "Pagamento del premio". Ai sensi dell'art. 1889 Codice Civile, se il contratto supera i cinque anni il Contraente, trascorso il quinquennio, può esercitare annualmente la facoltà di recesso a partire dal quinto anno, senza oneri, con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Per le polizze poliennali di durata superiore ai 10 (dieci) anni si rinvia al disposto degli artt. 1.20 "Rinnovo Annuale" e 1.21 "Pagamento del Premio di rinnovo annuale".

1.03.3 - Cessazione del rischio

Qualora sia liquidato un sinistro per Invalidità Permanente da infortunio o per decesso da infortunio, il contratto si scioglie contestualmente.

Art. 1.04 - CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ E COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

Art. 1.04.1 - Condizioni di assicurabilità

Il capitale assicurato iniziale viene definito in misura pari

- all'importo del mutuo se di nuova erogazione, oppure
- al debito residuo del mutuo se in corso di ammortamento,

quale risultante alla sottoscrizione della polizza.

Il limite massimo di importo del capitale assicurato iniziale è di 500.000,00 euro.

Nel caso di mutuo con capitale erogato di importo superiore a 500.000,00 euro, sulla base di quanto sopra, le prestazioni erogate dalla Compagnia al momento del sinistro risulteranno riproporzionate.

Il capitale assicurato iniziale è preso a riferimento per la determinazione della somma assicurata relativa alla Rata del finanziamento; il limite massimo di importo della rata di finanziamento assicurata è di 3.000 euro mensili.

Il capitale assicurato decresce secondo le regole di calcolo di un piano di ammortamento alla francese a rate mensili costanti (a prescindere dalla regolare corrisposizioni delle rate stesse); di conseguenza le prestazioni assicurate potrebbero differire rispetto all'ammontare del mutuo.

Art. 1.04.2 - Cointestazione del finanziamento

In caso di contestazione del contratto di finanziamento è possibile assicurare fino a due cointestatari, fermo restando che ciò potrà avvenire unicamente mediante emissione di due distinte polizze.

Il capitale assicurato per ciascuna delle suddette polizze potrà essere liberamente scelto dal Contraente in una percentuale compresa tra il 50 (cinquanta) per cento ed il 100 (cento) per cento del valore del finanziamento erogato ovvero del debito residuo del finanziamento se in corso di ammortamento di cui all'art.1.04.1, fermi i limiti ivi riportati. Per la determinazione della somma assicurata relativa alla Rata del finanziamento si fa riferimento al capitale assicurato.

Art. 1.05 - ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO**Art. 1.05.1 Estinzione totale o trasferimento del mutuo**

Nei casi di estinzione totale anticipata o trasferimento del contratto di finanziamento, il contratto di assicurazione si risolve automaticamente a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di estinzione del finanziamento. In tal caso la Compagnia rimborsa la parte di premio non goduta a decorrere dal giorno di estinzione del finanziamento al netto delle imposte governative, secondo le seguenti modalità.

Sezione Protezione debito residuo del finanziamento

La Compagnia rimborsa la parte di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte governative) relativa alle garanzie Morte da infortunio e Invalidità Permanente Totale da Infortunio (IPT) e che si riferisce ai mesi mancanti alla scadenza contrattuale, calcolata a decorrere dal giorno di estinzione totale o di trasferimento del finanziamento, secondo la seguente formula:

$$R_{PD T} = \text{Frazione/Durata} \times \text{Premio}_{PD}$$

dove:

$R_{PD T}$ = parte di premio relativo alle garanzie Morte da infortunio e IPT rimborsato in caso di estinzione totale;

Frazione = tempo che intercorre tra data di estinzione del finanziamento (o di trasferimento) e scadenza contrattuale originaria, espresso in mesi;

Durata = durata contrattuale, espressa in mesi;

Premio_{PD} = premio versato relativo alle garanzie suindicate al netto delle imposte governative.

Sezione Protezione della rata del finanziamento

Qualora l'estinzione anticipata totale o il trasferimento avvenga nei primi dieci anni dalla decorrenza della polizza, la Compagnia rimborsa la parte di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte governative), riferita ai mesi mancanti alla scadenza del decimo anno, calcolata a decorrere dal giorno di estinzione totale o di trasferimento del finanziamento, secondo la seguente formula:

$$R_{PR T} = T/120 \times \text{Premio}_{PR}$$

dove:

$R_{PR T}$ = parte del premio relativo alle garanzie per la protezione della rata rimborsato in caso di estinzione totale;

T = tempo che intercorre tra la data di estinzione del finanziamento (o del trasferimento) e quella di scadenza del 10° anno dalla decorrenza della polizza, espresso in mesi;

Premio_{PR} = premio versato relativo alle garanzie suindicate al netto delle imposte governative.

Qualora invece l'estinzione anticipata totale o il trasferimento avvenga dopo la scadenza del periodo suindicato, la parte di premio annuo, relativo alle garanzie suindicate, corrisposta e non usufruita sarà rimborsata - al netto delle imposte governative - in base al periodo che intercorre tra la data di estinzione o di trasferimento del finanziamento e il termine dell'annualità assicurativa in corso.

Esemplificazione relativa al calcolo del premio da rimborsare a seguito di estinzione totale del Mutuo	
Durata Polizza	180 mesi (15 anni)
Capitale Assicurato Iniziale	100.000 euro
Rata Mensile Assicurata (indicativa)	644 euro
Premio unico netto imposte garanzia Decesso da infortunio	954 euro
Premio unico netto imposte garanzia Invalidità Totale Permanente (IPT)	1.091 euro
Premio unico netto imposte garanzia Inabilità Temporanea Totale (ITT)	732 euro
Premio unico netto imposte garanzia Grandi Interventi Chirurgici (GIC)	872 euro
Data estinzione (dalla decorrenza)	dopo 60 mesi
Durata residua della polizza in mesi	120 mesi
Valore Debito Residuo del mutuo ante estinzione anticipata *	69.936 euro
Rateo di premio da restituire per la garanzia Decesso da infortunio	636 euro
Rateo di premio da restituire per la garanzia IPT	727 euro
Rateo di premio da restituire per la garanzia ITT (durata residua 60 mesi)	366 euro
Rateo di premio da restituire per la garanzia GIC (durata residua 60 mesi)	436 euro

* Si precisa che il debito residuo è stato calcolato applicando un tasso di interesse ipotetico prudenziale pari al 2,00%.

Resta inteso che nella determinazione del premio da rimborsare si terrà conto di eventuali precedenti operazioni di estinzione parziale.

Il Contraente ha tuttavia la facoltà di proseguire l'Assicurazione per la durata residua ed alle condizioni originariamente pattuite, dandone comunicazione scritta alla Compagnia al momento dell'estinzione del finanziamento o del suo trasferimento.

Art. 1.05.2 Estinzione parziale del mutuo

Nei casi di estinzione parziale del finanziamento, le prestazioni assicurate relative al contratto si ridurranno proporzionalmente della misura corrispondente alla quota estinta di debito residuo.

Il rimborso del premio avverrà con modalità differenziate in base alle prestazioni cui si riferisce.

Sezione Protezione debito residuo del finanziamento

La Compagnia rimborsa la parte di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte governative) relativa alle garanzie Morte da infortunio e Invalidità Permanente Totale da Infortunio (IPT) e che si riferisce ai mesi mancanti alla scadenza contrattuale, calcolata a decorrere dal giorno di estinzione parziale anticipata del finanziamento, secondo la seguente formula:

$$R_{PD P} = \text{Frazione/Durata} \times \text{Premio}_{PD} \times \text{Quota}$$

dove:

$R_{PD P}$ = parte di premio relativo alle garanzie Morte da infortunio e IPT rimborsato in caso di estinzione parziale;

Frazione = tempo che intercorre tra la data di estinzione parziale del finanziamento e la scadenza contrattuale originaria, espresso in mesi;

Durata = durata contrattuale, espressa in mesi;

Premio_{PD} = premio versato relativo alle garanzie suindicate che tiene conto di eventuali precedenti estinzioni parziali;

Quota = rapporto tra l'importo rimborsato anticipatamente dall'Assicurato e l'importo corrispondente al debito residuo relativo al finanziamento al momento dell'estinzione parziale, calcolato secondo le condizioni previste dal piano di ammortamento originario. In caso di copertura assicurativa attivata per un capitale inferiore al finanziamento richiesto la suddetta quota è ulteriormente riproporzionata alla percentuale assicurata.

Sezione Protezione della rata del finanziamento

Qualora l'estinzione anticipata parziale avvenga nei primi dieci anni dalla decorrenza della polizza, la Compagnia rimborsa la parte di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte governative) riferita ai mesi mancanti alla scadenza del 10° anno, calcolata a decorrere dal giorno di estinzione parziale del finanziamento, secondo la seguente formula:

$$R_{PRP} = T/120 \times \text{Premio}_{PR} \times \text{Quota}$$

dove:

R_{PRP} = parte del premio relativo alle garanzie per la protezione della rata rimborsato in caso di estinzione parziale;

T = tempo intercorrente tra la data di estinzione parziale del finanziamento e quella di scadenza del 10° anno dalla decorrenza della polizza, espresso in mesi;

Premio_{PR} = premio versato relativo alla garanzia suindicata al netto delle imposte governative.

Quota = rapporto tra l'importo rimborsato anticipatamente dall'Assicurato e l'importo corrispondente al debito residuo relativo al finanziamento al momento dell'estinzione parziale, calcolato secondo le condizioni previste dal piano di ammortamento originario. In caso di copertura assicurativa attivata per un capitale inferiore al finanziamento richiesto la suddetta quota è ulteriormente riproporzionata alla percentuale assicurata.

Qualora invece l'estinzione anticipata parziale avvenga dopo la scadenza del periodo suindicato, la parte di premio annuo relativo alle garanzie suindicate corrisposta e non usufruita verrà rimborsata - al netto delle imposte governative - in base alla quota estinta anticipatamente e al periodo che intercorre tra la data di estinzione parziale del finanziamento e il termine dell'annualità assicurativa in corso.

Con riferimento alle polizze di durata superiore a dieci anni, sia qualora l'estinzione anticipata venga richiesta prima della scadenza del decimo anno dalla decorrenza di polizza sia qualora ciò avvenga dopo tale data, sarà calcolato un nuovo premio annuo in funzione della nuova rata assicurata ricalcolata a seguito dell'estinzione parziale.

Esemplificazione relativa al calcolo del premio da rimborsare a seguito di estinzione parziale del Mutuo	
Durata Polizza	180 mesi (15 anni)
Capitale Assicurato Iniziale	100.000 euro
Rata Mensile Assicurata (indicativa)	644 euro
Premio unico netto imposte garanzia Decesso da infortunio	954 euro
Premio unico netto imposte garanzia Invalidità Totale Permanente (IPT)	1.091 euro
Premio unico netto imposte garanzia Inabilità Temporanea Totale (ITT)	732 euro
Premio unico netto imposte garanzia Grandi Interventi Chirurgici (GIC)	872 euro
Data estinzione (dalla decorrenza)	dopo 60 mesi
Durata residua della polizza in mesi	120 mesi
Valore Debito Residuo del mutuo ante estinzione anticipata *	69.936 Euro
Importo estinto anticipatamente	10.000 euro
Rateo di premio da restituire per la garanzia Decesso da infortunio	91 euro
Rateo di premio da restituire per la garanzia IPT	104 euro
Rateo di premio da restituire per la garanzia ITT (durata residua 60 mesi)	52 euro
Rateo di premio da restituire per la garanzia GIC (durata residua 60 mesi)	62 euro

* Si precisa che il debito residuo è stato calcolato applicando un tasso di interesse ipotetico prudenziale pari al 2,00%.

Resta inteso che nella determinazione del premio da rimborsare si terrà conto di eventuali precedenti operazioni di estinzione parziale.

Il Contraente ha facoltà di proseguire l'Assicurazione per la durata residua ed alle condizioni originariamente pattuite (senza richiedere il riproporzionamento delle prestazioni assicurate), dandone comunicazione scritta alla Compagnia al momento dell'estinzione parziale del finanziamento.

Art. 1.05.3 Rinegoziazione del mutuo

Con riferimento ai casi di rinegoziazione l'Assicurazione resterà in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento stesso e le prestazioni assicurate continueranno ad esser operanti secondo il piano di ammortamento originale, considerando gli effetti di eventuali precedenti estinzioni parziali della polizza.

Art. 1.06 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio avviene in via unica e anticipata mediante addebito su conto corrente intrattenuto presso una filiale della Banca distributrice del Prodotto.

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

La misura della riduzione di premio ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile a fronte della sottoscrizione della copertura poliennale di cui all'art. 1.03.2 "Durata dell'assicurazione" è indicata nel Modulo di polizza.

Per le polizze di durata superiore ai dieci anni dove è presente la sezione "Protezione della rata del finanziamento" il premio di rinnovo verrà determinato e pagato ai sensi degli artt. 1.20 "Rinnovo annuale" e 1.21 "Pagamento del premio di rinnovo".

Art. 1.07 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.08 - 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. 1.09 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.10 - COLPA GRAVE

La Compagnia corrisponde l'indennizzo liquidabile ai sensi di polizza anche per gli infortuni determinatisi per colpa grave dell'Assicurato, del Contraente o dei Beneficiari.

Art. 1.11 - DIRITTO DI RECESSO

In aggiunta a quanto indicato al 4° capoverso dell'art. 1.03.2 "Durata dell'assicurazione" per il caso di recesso dopo il primo quinquennio di durata del contratto, il Contraente ha diritto di recedere dall'assicurazione nei sessanta giorni successivi a quello in cui il contratto è stato concluso; in questo caso la Compagnia provvederà al rimborso dell'intero premio versato, al netto delle imposte di legge, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione.

Il Contraente deve presentare richiesta scritta presso la filiale della Banca distributrice il prodotto o darne comunicazione scritta alla Compagnia tramite invio di lettera raccomandata A/R.

L'esercizio del diritto di recesso libera il Contraente, l'Assicurato e la Compagnia da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24.00 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

Art. 1.12 - 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. 1.13 - 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 darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 1.14 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Compagnia rinuncia - salvo in caso di dolo - al diritto di surroga verso l'Assicurato nonché verso le persone delle quali l'Assicurato stesso debba rispondere a norma di legge.

Art. 1.15 - ONERI FISCALI

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

Art. 1.16 - FORO COMPETENTE

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

Art. 1.17 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 1.18 - LIMITI DI ETÀ

Sono assicurabili le persone fisiche - intestatarie e/o cointestatarie o garanti del contratto di finanziamento - che, alla data di sottoscrizione del Modulo di polizza, abbiano una età compresa tra 18 e 74 anni di età non compiuti.

L'età a scadenza del finanziamento non potrà essere pari o superiore a 75 anni di età.

Art. 1.19 - PERSONE NON ASSICURABILI – CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Non sono assicurabili le persone:

- affette da
 - intossicazione cronica alcolica;
 - tossicodipendenza;
 - epilessia e sintomi epilettoidi;
 - sindromi organiche cerebrali;
 - immunodeficienza acquisita (HIV);
- che presentano invalidità permanente di grado pari o superiore al 40%.

Il manifestarsi di tali affezioni o condizioni in corso di contratto comporta per l'Assicurato la cessazione delle garanzie previste dalle Sezioni "Protezione del debito residuo" e "Protezione della rata del finanziamento", senza obbligo della Compagnia di corrispondere alcun indennizzo.

In tal caso la Compagnia s'impegna a restituire al Contraente la parte di premio, al netto delle imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui la Compagnia ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. 1.20 - RINNOVO ANNUALE

In presenza della sezione "Protezione della rata del Finanziamento" e qualora il finanziamento abbia una durata (originaria in caso di mutuo nuovo o residua in caso di mutuo in corso) superiore ai dieci anni:

- le prestazioni garantite allo scadere del 10° anno si rinnoveranno tacitamente di anno in anno fino alla scadenza originaria del finanziamento e, comunque, non oltre la durata massima stabilita per la sezione "Protezione del debito residuo", previa applicazione del premio di rinnovo annuale, calcolato con il seguente algoritmo, premio che sarà costante per ciascun rinnovo:

$$PA = PT/10$$

dove:

PA = Premio annuo

PT = Premio totale (comprensivo di costi, provvigioni e imposte) delle prestazioni "Protezione rata finanziamento"

È facoltà delle Parti, tuttavia, interrompere il rinnovo annuale mediante disdetta da inoltrarsi a mezzo lettera raccomandata alla altra Parte almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza anniversaria.

- la Compagnia invierà all'Assicurato una comunicazione entro 90 giorni dalla ricorrenza decennale del contratto per ricordargli il rinnovo annuale tacito di dette garanzie.

Art. 1.21 - PAGAMENTO DEL PREMIO DI RINNOVO

Le rate di premio annuo devono essere pagate alle scadenze annuali stabilite, con le medesime modalità indicate al primo capoverso dell'art. 1.06 "Pagamento del premio".

In caso di estinzione del conto corrente sul quale vengono addebitati i premi del contratto relativi alla sezione "Protezione della rata del finanziamento", le garanzie relative al quest'ultima si intendono sospese con effetto dalla prima scadenza di rata successiva alla chiusura del conto, senza necessità di disdetta e senza l'applicazione del termine di tolleranza di cui all'art.1901, 2° comma del Codice Civile.

È escluso il pagamento dei premi in contanti o con modalità diverse da quella sopra indicata.

Il mancato pagamento alle scadenze convenute dei premi annuali determina la sospensione delle garanzie relative alla sezione "Protezione della rata del finanziamento" dalle ore 24.00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza.

L'assicurazione riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze e il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti e non versati, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

La copertura si risolve di diritto se la Compagnia non agisce per la riscossione nel termine di 6 (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. 1.22 - 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

PARTE NON SCRITTA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RELATIVE ALLA SEZIONE "PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO"**ASSICURAZIONI PER DECESSO DA INFORTUNIO E INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO****ART. 2.01 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

La Compagnia tutela l'Assicurato per gli infortuni subiti durante lo svolgimento dell'attività professionale ed extraprofessionale. Sono compresi in garanzia anche gli infortuni:

- subiti in stato di malore 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;

Sono considerati infortuni:

- 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.

ART. 2.02 - 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.

In ogni caso la garanzia non vale per infortuni derivanti da:

- corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore o di mezzi aerei (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili),
- sport pericolosi;
- pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente.

ART. 2.03 - RISCHIO VOLO

La garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i soli voli di linea regolari.

ART. 2.04 - 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. 2.05 - BENEFICIARI

Nel caso di Contraente Persona Fisica:

- per la garanzia Invalidità Permanente, beneficiario dello Indennizzo è l'Assicurato stesso;
- per la garanzia Morte, in caso di sinistro l'indennizzo è corrisposto ai Beneficiari designati dall'Assicurato.

Nel caso di Contraente Persona Giuridica (società):

Beneficiario delle prestazioni previste dalla presente assicurazione è la società contraente. L'Assicurato rinuncia espressamente alla facoltà di revoca o modifica del Beneficiario.

ART. 2.06 - CESSAZIONE DEL RAPPORTO TRA ASSICURATO E SOCIETÀ CONTRAENTE

Nel caso in cui l'Assicurato cessi i rapporti di collaborazione, dipendenza, o associazione con la società Contraente (in base ai quali è stata stipulata l'assicurazione stessa), quest'ultima dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia, a mezzo di lettera raccomandata A/R. La copertura non sarà comunque più operante a partire dal giorno di cessazione del rapporto tra Assicurato e società Contraente.

Ricevuta la predetta comunicazione, la Compagnia restituirà alla società Contraente il rateo del premio unico pro-quota relativo al periodo di assicurazione non goduto, così come previsto all'art. 1.05 "Estinzione anticipata o trasferimento del mutuo".

ART. 2.07 - GARANZIE ASSICURATE

Sono operanti le garanzie di seguito indicate:

A) MORTE

In caso di decesso dell'Assicurato per infortunio, la Compagnia corrisponde un indennizzo pari al debito residuo in linea capitale al momento dell'infortunio secondo l'originario piano di ammortamento del finanziamento, rapportato alla "percentuale da assicurare" indicata nel Modulo di polizza, fermo restando il limite massimo del capitale iniziale assicurato.

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 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.

B) INVALIDITÀ PERMANENTE

In caso di Invalidità Permanente dell'Assicurato per infortunio di grado pari o superiore al 60% della capacità totale, la Compagnia corrisponde un indennizzo pari al debito residuo in linea capitale al momento dell'infortunio secondo lo originario piano di ammortamento del finanziamento, rapportato alla "percentuale da assicurare" indicata nel Modulo di polizza e fermo il limite massimo del capitale iniziale assicurato. Le garanzie operano purché il decesso o l'invalidità permanente si verifichi entro 2 (due) anni dall'infortunio, anche successivamente alla scadenza della polizza.

ART. 2.08 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a) 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 abilitazione scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) guida di veicoli e natanti a motore quando l'assicurato si trova in stato di ebbrezza alcolica;
- c) manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- d) 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) guerre o insurrezioni, salvo quanto diversamente previsto all'art. 2.04;
- g) uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti;
- h) infarti e/o ernie;
- i) rotture sottocutanee di tendini;
- j) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- k) sindromi organiche cerebrali

Sono altresì esclusi gli infortuni:

- l) subiti in stato di ubriachezza, alcoolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- m) subiti in occasione di partecipazione ad imprese temerarie e/o pericolose;
- n) derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o nelle Forze dell'Ordine.

ART. 2.09 - CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ

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

Se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente, il grado di quest'ultima verrà valutato facendo riferimento ai valori delle menomazioni riportati nell'Allegato A (Tabella INAIL) al D.P.R. 30/6/65 n°1124 relativo alle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente.

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 di cui sopra specificate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 2.10 - VALIDITA' TERRITORIALE

Le garanzie della presente Sezione hanno validità nel Mondo intero.

ART. 2.11 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

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

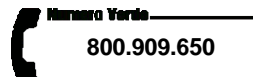
Servizio Sinistri

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, o 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 3 (tre) 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. 2.12.

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 successoria, se testamentaria o legittima, e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, la quietanza emessa dalla Compagnia dovrà essere integrata da autorizzazione del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia dal reimpiego delle somme spettanti al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla Compagnia e necessaria per accertare le modalità del sinistro e per la corretta identificazione degli aventi diritto.

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

ART. 2.12 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 2.09 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. 2.13 - NON CUMULABILITÀ DEGLI INDENNIZZI

Gli indennizzi per Morte e per Invalidità Permanente da infortunio non potranno in alcun caso cumularsi tra di loro.

ART. 2.14 - 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. 2.11;

in ogni caso, alla Compagnia dovrà esser 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. 2.15 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro per Morte da infortunio o Invalidità Permanente da infortunio, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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 rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

ART. 2.16 - PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI

Verificata la sussistenza dell'obbligo al pagamento, la Compagnia esegue i pagamenti entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta completa di tutta la documentazione necessaria (ovvero dalla data di ricevimento presso la filiale interessata, se anteriore), comprensiva della quietanza di pagamento sottoscritta dall'avente diritto.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PER LA SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO"**Art. 3.01 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Le garanzie della presente Sezione consistono nel pagamento dell'indennità prevista dalla garanzia attivata in funzione della Categoria Professionale dell'Assicurato, a condizione che siano decorsi i periodi di carenza e di franchigia stabiliti e fermi restando i limiti massimi di indennizzo indicati alle singole garanzie.

Le Categorie Professionali e relative garanzie attivabili sono:

Categoria Professionale:	Garanzie (*)		
	ITT	PII	GIC
Lavoratore Autonomo	X		X
Lavoratore Dipendente Privato		X	X <small>(attivabile solo congiuntamente a PII)</small>
Lavoratore Dipendente Pubblico			X
Non Lavoratore			X

(*) Legenda Garanzie:

- ITT: Inabilità Temporanea Totale al lavoro da malattia o da infortunio;
- PII: Perdita Involontaria dell'Impiego;
- GIC: Grande Intervento Chirurgico.

Art. 3.02 - MODIFICA A CATEGORIA PROFESSIONALE

In caso di modifica della Categoria Professionale nel corso dell'assicurazione, il Contraente o l'Assicurato deve dare tempestiva comunicazione alla Compagnia. Qualora la nuova Categoria Professionale comporti una diversa garanzia – secondo la tabella di cui all'art. 3.01 – la Compagnia adeguerà il contratto in base al nuovo status lavorativo.

Qualora il Contraente o l'Assicurato non accettino le nuove condizioni, le garanzie relative alla presente Sezione s'intendono non più operanti dalla data di comunicazione del nuovo status lavorativo e la Compagnia rimborserà la parte di premio non usufruita con le modalità previste all'art. 1.05.

La mancata comunicazione di tale modifica comporta l'impossibilità di adeguamento del contratto e la conseguente inefficacia della copertura assicurativa.

Art. 3.03 - DENUNCIA SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

In caso di sinistro, il Contraente e/o 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.

Servizio Sinistri

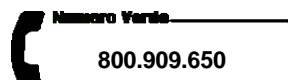
Via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano

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, o 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 60 (sessanta) giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità.

unitamente alla documentazione di cui all'art. 3.11 per il caso di sinistro Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, di cui all'art. 3.17 per il caso di sinistro Perdita involontaria dell'impiego e di cui all'art. 3.22 per il caso di sinistro Grande Intervento Chirurgico.

Una volta avvenuto il pagamento dell'indennizzo relativo alle rate comprese nella denuncia iniziale, se il sinistro dovesse protrarsi, il Contraente e/o l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a compilare ed inviare alla Compagnia il modulo di continuazione del sinistro, reperibile presso le filiali della Banca distributrice il prodotto, a mezzo raccomandata A/R entro 60 giorni dalla scadenza della rata di finanziamento successiva a quelle già liquidate e così successivamente fino al termine del sinistro.

La Compagnia potrà, in ogni momento, richiedere al Contraente e/o all'Assicurato od ai suoi aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurante diritto alle prestazioni di cui alla assicurazione.

L'Assicurato deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.

Art. 3.04 - BENEFICIARI DELLE INDENNITÀ - MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Per tutte le garanzie della presente sezione, beneficiario dell'Indennizzo è l'Assicurato.

Verificata la sussistenza dell'obbligo al pagamento, la Compagnia esegue i pagamenti entro 30 giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione necessaria (o dalla data di ricevimento presso la filiale interessata, se anteriore).

Art. 3.05 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro per infortunio o malattia, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, a un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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 rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Art. 3.06 - VALIDITA' TERRITORIALE

Le garanzie "Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio o Malattia" e "Indennizzo Forfettario per Grandi Interventi Chirurgici" hanno validità nell'ambito dell'Unione Europea.

Per la garanzia "Perdita Involontaria dell'Impiego" vale quanto indicato all'art. 3.16 "Esclusioni per il caso di Perdita Involontaria dell'Impiego", lettera f).

PARTE NON SCRITTA

ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA
(operante solo se espressamente richiamata sul Modulo di polizza)
Art. 3.07 - OGGETTO DELLA COPERTURA INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o da malattia, la Compagnia corrisponderà l'Indennizzo di cui all'art. 3.08 a condizione che:

- a) l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui l'assicurazione è efficace ai sensi dell'art. 1.03 delle Norme comuni a tutte le Sezioni;
- b) il Sinistro, se conseguente a Malattia, sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni successivo alla data di decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 3.10;
- d) l'Assicurato e/o i suoi aventi causa e/o il Contraente abbiano adempiuto agli obblighi di cui al precedente art. 3.03.

Art. 3.08 - INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

L'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia consiste nel pagamento dell'Indennità mensile indicata nel Modulo di polizza, per ciascuna rata del finanziamento che venga a scadere nel periodo di inabilità lavorativa comprovato e decorso il Periodo di Franchigia Assoluta sotto indicato.

Ai finanziamenti con rateazione diversa da quella mensile, si attribuiranno convenzionalmente le scadenze mensili con riguardo al giorno di scadenza delle rate stesse e ciò sino alla chiusura del sinistro.

Non sono indennizzabili e pertanto saranno escluse dal calcolo, le rate scadenti nel Periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni. La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di completa interruzione del lavoro come da certificato medico attestante l'inabilità.

Art. 3.09 - LIMITI DI INDENNIZZO

Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è pari a 15 (quindici) rate per sinistro. Inoltre, il numero massimo di indennizzi da corrispondere per tutta la durata della garanzia non potrà essere superiore a 60 (sessanta).

Art. 3.10 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Sono esclusi i casi di Inabilità Totale Temporanea causati da:

- a) malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della data di decorrenza della Assicurazione e sottaciute dolosamente dall'Assicurato alla Compagnia;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) infortuni subiti in stato di ubriachezza, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- d) guida di veicoli e natanti a motore quando l'Assicurato si trova in stato di ebbrezza alcolica;
- e) malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- f) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) guerra anche non dichiarata, salvo il caso in cui l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi bellici mentre si trova in uno stato estero sino ad allora in pace. La garanzia è operante per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità e a condizione che l'Assicurato non vi prenda parte attiva;
- h) insurrezioni, atti di terrorismo;
- i) scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- j) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- k) sindromi organiche cerebrali;
- l) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico;
- o) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità della Assicurazione;
- p) Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri della Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- q) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea.

Art. 3.11 - DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVA documentazione

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve allegare al modulo di cui al precedente art. 3.03 la seguente documentazione:

- a) copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- b) attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo;
- c) certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- d) i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dalla assicurazione.

Art. 3.12 - SINISTRI SUCCESSIVI

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riquilificazione di 30 giorni, oppure di 90 (novanta) giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

ASSICURAZIONE PER LA PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO
(garanzia operante solo se espressamente richiamata sul Modulo di polizza)

Art. 3.13 - OGGETTO DELLA COPERTURA IN CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO

La garanzia si attiva, fatte salve le esclusioni all'art. 3.16, qualora la perdita di impiego sia conseguenza di:

- Licenziamento per messa in mobilità (licenziamento collettivo ex artt. 4 o 24, legge n. 223/1991);
- Licenziamento per giustificato motivo oggettivo.

In caso di Perdita involontaria dell'impiego, la Compagnia corrisponde all'Assicurato l'Indennizzo di cui all'art.3.14 a condizione che:

- a) si sia verificato un Sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di disoccupazione a carico dell'Assicurato durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi dell'art. 1.03 delle Norme comuni a tutte le Sezioni;
- b) la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o della lettera di messa in mobilità, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24.00 della data termine del Periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni successivo alla Data di decorrenza;
- c) l'Assicurato od i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui al precedente art. 3.03.

Art. 3.14 - INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO

L'Indennizzo per il caso di Perdita involontaria dell'impiego consiste nel pagamento dell'Indennità mensile indicata in Polizza, per ciascuna rata del finanziamento che venga a scadere nel periodo di disoccupazione comprovato e decorso il Periodo di Franchigia Assoluta sotto indicato.

Ai finanziamenti con rateazione diversa da quella mensile, si attribuiranno convenzionalmente le scadenze mensili con riguardo al giorno di scadenza delle rate stesse e ciò sino alla chiusura del sinistro.

Non sono indennizzabili e pertanto saranno escluse dal calcolo, le rate scadenti nel periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni.

La Franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di disoccupazione, risultante dalla lettera di cui al punto b) dell'art. 3.13.

Si precisa che non sono indennizzabili le rate insolte dovute prima dell'accadimento del sinistro.

Art. 3.15 - LIMITI DI INDENNIZZO

Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è pari a 15 (quindici) rate per sinistro. Inoltre, il numero massimo di indennizzi da corrispondere per tutta la durata della garanzia non potrà essere superiore a 60 (sessanta) rate.

Art. 3.16 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Compagnia per la Perdita involontaria dell'impiego se:

- a) al momento della sottoscrizione del Modulo di polizza, l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione o messa in mobilità, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- b) la disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo, licenziamento disciplinare o sia conseguenza di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni;
- c) la disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- d) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- e) la disoccupazione è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se comunque il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o atipici e/o se la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio contratto inserimento, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "lavoro a progetto";
- f) al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria attività lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- g) l'Assicurato ha un contratto di lavoro non regolato dalla legge italiana;
- h) l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità (casi per cui l'Assicurazione è operante);
- i) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- j) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente in modo continuativo per i 12 (dodici) mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 (due) settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- k) la disoccupazione è conseguenza del superamento del periodo di comporto;
- l) al momento della sottoscrizione del Modulo di polizza l'Assicurato era in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

Art. 3.17 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve allegare al modulo di cui al precedente art. 3.03 la seguente documentazione:

- a) copia di un documento di identità;
- b) copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;
- c) copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- d) copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia o l'inserimento nelle liste di Mobilità e l'eventuale permanenza in tali liste;
- e) attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione o di Mobilità.

L'Assicurato s'impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Compagnia le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'assicurazione.

ART. 3.18 - SINISTRI SUCCESSIVI

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Perdita involontaria dell'impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 90 (novanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
(operante solo se espressamente richiamata sul Modulo di polizza)

Art. 3.19 - OGGETTO DELLA COPERTURA RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

In caso di ricovero ospedaliero, di durata non inferiore a 5 giorni (Franchigia relativa di 5 giorni) presso un Istituto di Cura, reso necessario per l'esecuzione di uno dei "Grandi Interventi Chirurgici" come da elenco allegato, la Compagnia corrisponde all'Assicurato in un'unica soluzione l'indennizzo forfettario, indicato all'art. 3.20 a condizione che:

- a) il Ricovero Ospedaliero si sia verificato durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace, ai sensi dell'art. 1.03 delle Norme comuni a tutte le Sezioni;
- b) il Sinistro, se conseguente a malattia, sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla data di decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art 3.21;
- d) l'Assicurato, il Contraente o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui al precedente art. 3.03.

Art. 3.20 - INDENNIZZO IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

L'Indennizzo forfettario assicurato sarà pari a

- 12 volte la somma indicata nel Modulo di polizza, se l'intervento è eseguito presso una qualsiasi struttura sanitaria, in regime di solvenza;
- 6 volte la somma indicata nel Modulo di polizza, se l'intervento è eseguito presso una struttura sanitaria pubblica o, se privata, in regime di convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale.

Art. 3.21 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

La garanzia non è operante se il Grande Intervento Chirurgico è causato da:

- a) malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della data di decorrenza della Assicurazione e sottaciute dolosamente dall'assicurato alla Compagnia;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) infortuni subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- d) malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- e) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) guerra anche non dichiarata, insurrezioni, atti di terrorismo;
- g) scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- h) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- i) sindromi organiche cerebrali;
- j) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- l) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- m) Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- n) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea.

Art. 3.22 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve allegare al modulo di cui al precedente art. 3.03 la seguente documentazione:

1. copia del documento di identità;
2. autocertificazione della propria Categoria Professionale (eccezion fatta per i Lavoratori Dipendenti di Ente privato che devono produrre certificazione del Datore di Lavoro);
3. certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

Art. 3.23 - DENUNCE SUCCESSIVE

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 (trenta) giorni, oppure di 90 (novanta) giorni se il nuovo Sinistro è causalmente connesso allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

**TABELLA SINTETICA DELLE GARANZIE, TERMINI DI CARENZA, LIMITI E FRANCHIGIE
APPLICABILI ALLA SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO"**

GARANZIE	SOGGETTI ASSICURATI		
	Lavoratori autonomi	Lavoratori Dipendenti Privati	Lavoratori Dipendenti Pubblici / Non lavoratori
I.T.T.	GARANZIA OPERANTE SE RICHIAMATA IN POLIZZA <i>(attivabile solo congiuntamente a G.I.C.)</i>		
Indennizzo:	Rata mensile in scadenza		
Periodo di Franchigia Assoluta:	30 gg.		
Carenza:	30 gg. per Malattia		
Limite di indennizzo:	Sino a 15 rate per Sinistro; Massimo 60 rate per tutta la durata del contratto		
Periodo di Riqualficazione	30 gg. per sinistro nuovo 90 gg. per sinistro dovuto allo stesso infortunio o stessa malattia del sinistro precedente		
P.I.I.	Garanzia NON operante	GARANZIA OPERANTE SE RICHIAMATA IN POLIZZA	
Indennizzo:		Rata mensile in scadenza	
Periodo di Franchigia Assoluta:		30 gg.	
Carenza:		30 gg.	
Limite di indennizzo:		Sino a 15 rate per Sinistro; Massimo 60 rate per tutta la durata del contratto	
Periodo di Riqualficazione:		90 gg.	
G.I.C.	GARANZIA OPERANTE SE RICHIAMATA IN POLIZZA <i>(attivabile solo congiuntamente a I.T.T., non deselezionabile in presenza di questa)</i>	GARANZIA OPZIONALE OPERANTE SOLO SE RICHIAMATA IN POLIZZA <i>(attivabile solo congiuntamente a P.I.I.)</i>	GARANZIA OPERANTE SE RICHIAMATA IN POLIZZA
Indennizzo:	12 volte la rata mensile per ricovero da GIC in regime di solvenza 6 volte la rata mensile per ricovero da GIC in SSN o in regime di convenzionamento	12 volte la rata mensile per ricovero da GIC in regime di solvenza 6 volte la rata mensile per ricovero da GIC in SSN o in regime di convenzionamento	12 volte la rata mensile per ricovero da GIC in regime di solvenza 6 volte la rata mensile per ricovero da GIC in SSN o in regime di convenzionamento
Periodo di Franchigia Relativa:	5 gg.	5 gg.	5 gg.
Carenza:	30 gg. per Malattia	30 gg. per Malattia	30 gg. per Malattia
Periodo di Riqualficazione:	30 gg. per sinistro nuovo 90 gg. per sinistro dovuto allo stesso infortunio o stessa malattia del sinistro precedente	30 gg. per sinistro nuovo 90 gg. per sinistro dovuto allo stesso infortunio o stessa malattia del sinistro precedente	30 gg. per sinistro nuovo 90 gg. per sinistro dovuto allo stesso infortunio o stessa malattia del sinistro precedente

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
--

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendarteriectomia aorto-iliaca.

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megaurtere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni.

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

Trapianti d'organo

- Tutti.

**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