POLIZZA INFORTUNI E DI PROTEZIONE DEL CREDITO

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

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: **Protezione Conto**

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza "Protezione Conto" è la combinazione di una polizza contro gli infortuni e di una polizza per la protezione del credito: la polizza infortuni è studiata per proteggerti dalle conseguenze di eventuali infortuni accaduti nello svolgimento della tua attività professionale e di ogni altra attività extraprofessionale; la polizza per la protezione del credito, invece, è studiata per supportare le tue esigenze finanziarie, che possono essere ostacolate nel caso in cui dovessi subire infortunio o una malattia. **Puoi acquistare questo prodotto soltanto se sei titolare di un conto corrente presso la banca che ti vende il prodotto.**

Che cosa è assicurato?

La **sezione Infortuni** si compone delle seguenti garanzie:

- ✓ Morte da infortunio: in caso di morte a seguito di un infortunio, la Compagnia corrisponde ai beneficiari, un importo determinato pari a € 20.000.
- ✓ Invalidità permanente da infortunio: se l'infortunio ti ha causato un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% la Compagnia ti corrisponde un importo determinato pari a € 20.000.

La polizza ti copre anche dalle conseguenze indirette dell'infortunio, come la seguente:

- ✓ Adattamento abitazione: se l'infortunio ti ha causato un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%, la Compagnia ti corrisponde una indennità aggiuntiva pari a € 5.000 come contributo per eventuali spese che si rendessero necessarie per adattare l'abitazione alle esigenze di una persona gravemente infortunata.

La **sezione Protezione delle utenze domiciliate sul c/c** prevede una copertura specifica a seconda della tua condizione occupazionale:

- ✓ Inabilità Totale Temporanea, se sei un dipendente pubblico o un lavoratore autonomo;
- ✓ Disoccupazione, se sei un dipendente privato;
- ✓ Ricovero Ospedaliero, se sei classificato come 'Non lavoratore' (vale a dire se sei pensionato, casalinga, studente o disoccupato).

In particolare, nei suddetti casi, la Compagnia ti corrisponde un importo pari al costo delle utenze domiciliate sul tuo conto corrente (ad esempio, contratti per la fornitura di luce, gas, acqua, canone abbonamento televisivo satellitare e/o digitale terrestre, nonché le utenze telefoniche) in scadenza alla data del sinistro.

Che cosa non è assicurato?

- × Persone che, quando l'assicurazione ha inizio, hanno età superiore a 79 anni.
- × Persone affette da alcolismo e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV.
- × Persone che presentano un grado di invalidità permanente pari o superiore al 40%.

Ci sono limiti di copertura?

Sezione infortuni

L'assicurazione non comprende gli infortuni:

- ! causati da guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se sei privo della patente di guida. È fatto salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che tu abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- ! subiti in stato di ubriachezza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- ! conseguenza di delitti da te compiuti o tentati;
- ! conseguenza di uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti.

Sono inoltre escluse le rotture sottocutanee di tendini.

Sezione Protezione delle utenze domiciliate sul c/c

Inabilità Totale Temporanea

- ! Questa garanzia non opera casi di Inabilità Totale Temporanea causati da malattie, malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate prima della data di decorrenza dell'assicurazione.

Disoccupazione

- ! Questa garanzia non opera se non hai prestato l'attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il sinistro.

Ricovero Ospedaliero

- ! Sono esclusi i casi di ricovero causati da malattie, malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate prima della decorrenza dell'assicurazione.

Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale nel mondo intero per tutte le garanzie diverse dalla copertura per il caso di Disoccupazione, per la quale la validità è limitata ai Paesi dell'Unione Europea.

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.

In caso di sinistro devi:

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

Quando e come devo pagare?

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

Frazionamento del premio: il premio da corrispondere in forma annuale può essere pagato in più rate ma è dovuto per intero.

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

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

Come posso disdire la polizza?

Puoi inviare una lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto. In mancanza di disdetta, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Non sono previste altre modalità per cessare anticipatamente il contratto.

Polizza infortuni e protezione delle utenze domiciliate sul conto corrente

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni

(DIP aggiuntivo Danni)

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

Protezione Conto

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
Minimun 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?

Si segnala che la Compagnia si impegna nei confronti dell'Assicurato nei limiti di indennizzo concordati con la Compagnia stessa. Sono operanti le garanzie di seguito indicate:

SEZIONE INFORTUNIO

✓ **MORTE**

La Compagnia indennizza i beneficiari per il caso di morte dell'Assicurato se la morte stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

✓ **INVALIDITÀ PERMANENTE**

La Compagnia corrisponde all'Assicurato l'indennità se all'infortunio consegue una invalidità permanente pari o superiore al 60% e questa, anche se successiva alla scadenza della polizza, si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto.

✓ **ADATTAMENTO ABITAZIONE**

La Compagnia corrisponde all'Assicurato l'indennità se all'infortunio consegue un'invalidità permanente pari o superiore al 60%, come contributo per il danno alla vita di relazione e per eventuali spese che si rendessero necessarie per adattare l'abitazione alle esigenze di una persona gravemente infortunata.

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

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, a condizione che 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 per gli infortuni:

a) occorsi durante la pratica di attività sportive a carattere ricreativo, compresi i relativi allenamenti (rischi sportivi");
b) che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari ("rischio volo");
c) derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno stato estero ("rischio guerra").

Sono considerati Infortuni anche:

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

SEZIONE PROTEZIONE DELLE UTENZE DOMICILIATE SUL C/C

✓ **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA (garanzia attiva solo per i Lavoratori Autonomi e i Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico)**

La garanzia vale a condizione che:

- 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 successivo alla data di decorrenza, descritto nella sezione "Quando comincia la copertura e quando finisce?" del presente DIP Aggiuntivo;
- il sinistro non rientri nelle esclusioni previste dalla polizza;
- l'Assicurato e/o il Contraente e/o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri previsti dalla polizza.

✓ **DISOCCUPAZIONE (garanzia attiva solo per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)**

La garanzia vale a condizione che:

- 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;
- 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 descritto nella sezione "Quando comincia la copertura e quando finisce?" del presente DIP Aggiuntivo;
- il sinistro non rientri nelle esclusioni previste nella polizza;
- l'Assicurato/Contraente od i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri previsti nella polizza.

✓ **RICOVERO OSPEDALIERO (garanzia attiva solo per i Non Lavoratori)**

La garanzia vale a condizione che:

- il Ricovero Ospedaliero si sia verificato 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 descritto nella sezione "Quando comincia la copertura e quando finisce?" del presente DIP Aggiuntivo;
- il sinistro non rientri nelle esclusioni previste nella polizza;
- l'Assicurato/Contraente od i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni di riduzione del premio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni aggiuntive.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

ESCLUSIONI RELATIVE ALLA SEZIONE INFORTUNI

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

! causati da guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;

! subiti in stato di ubriachezza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;

! avvenuti durante il richiamo al servizio militare per mobilitazione per motivi di carattere eccezionale;

! conseguenza di azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;

! conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e di accelerazione artificiale di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);

! conseguenze di guerre o insurrezioni, salvo quanto previsto dall' Art. 17 - "Rischio guerra";

! conseguenza di uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti.

! le rotture sottocutanee di tendini.

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

! corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;

! sport pericolosi;

! pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, le franchigie e l'eventuale scoperto relativi alla copertura "Morte", "Invalidità Permanente" e "Adattamento Abitazione":

Assicurazione	Limite di indennizzo	Franchigia	Scoperto
Morte	In caso di più rapporti bancari intestati al medesimo cliente l'indennizzo da parte della Compagnia non potrà eccedere l'importo di € 200.000,00 per anno assicurativo.	-	-
Invalidità Permanente			
Adattamento Abitazione			

ESCLUSIONI RELATIVE ALLA SEZIONE PROTEZIONE DELLE UTENZE DOMICILIATE SUL C/C

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA E RICOVERO OSPEDALIERO

Le prestazioni di cui alla presente copertura non sono dovute per:

- malattie, malformazioni, invalidità pregressa, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando lo stesso si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere;
- infortuni e malattie subiti in stato di ebbrezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti, a meno che l'uso di tali sostanze sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- delitti dolosi;
- guerra e atti di terrorismo;
- scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- parto, gravidanza, aborto, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di chirurgia 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 trasferta di lavoro (di cui possa essere fornita prova documentale) 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.

DISOCCUPAZIONE

Le prestazioni di cui alla presente copertura non sono dovute se:

- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato in modo continuativo per i 12 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 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- 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;
- 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;
- la disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o pre-pensionamento;
- 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; o comunque se l'Assicurato ha un contratto 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;
- la disoccupazione è conseguenza del superamento del periodo di comporto;
- l'Assicurato è in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, le franchigie e l'eventuale scoperto relativi alla sezione "Protezione delle utenze domiciliate sul c/c":

Assicurazione	*Limite di indennizzo*	*Franchigia*	*Scoperto*
Inabilità Temporanea Totale	- € 250,00 euro mensili - Il numero massimo di indennizzi mensili è pari a 6 per sinistro e per anno	30 giorni	-
Disoccupazione			
Ricovero Ospedaliero		7 giorni	

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia in caso di sinistro:

SEZIONE INFORTUNIO (MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE)

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

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.

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

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

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

SEZIONE PROTEZIONE DELLE UTENZE DOMICILATE SUL C/C (INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA, DISOCCUPAZIONE, RICOVERO OSPEDALIERO).

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato o i suoi aventi causa 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; e inviare lo stesso entro 60

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 prevista nella polizza.

Si specifica che, in casi eccezionali e di particolare difficoltà valutativa, la Compagnia potrà richiedere quegli ulteriori documenti che ritiene strettamente necessari ai fini dell'espletamento della pratica di sinistro.

Una volta avvenuto il pagamento dell'indennizzo per Inabilità Temporanea Totale o per Disoccupazione e qualora il sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del sinistro, 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, con le stesse modalità di cui al precedente punto ed entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata 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 all'assicurazione.

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

- **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA**

Ai fini della denuncia del sinistro, l'Assicurato/Contraente deve allegare al modulo previsto nella polizza la seguente documentazione:

i. copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
ii. attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo e/o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico;
iii. certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
iv. 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 dall'assicurazione.

- **DISOCCUPAZIONE**

Ai fini della denuncia del sinistro, l'Assicurato/Contraente deve allegare al modulo previsto nella polizza la seguente documentazione:

i. copia di un documento di identità;
ii. copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;
iii. copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
iv. 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;
v. attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione o di Mobilità.

L'Assicurato/Contraente si 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.

- **RICOVERO OSPEDALIERO**

Ai fini della denuncia del sinistro, l'Assicurato/Contraente deve allegare al modulo previsto nella polizza la seguente documentazione:

i. copia del documento di identità;
ii. autocertificazione sullo status di Non Lavoratore al momento del sinistro o copia del contratto di lavoro (nel caso in cui l'Assicurato al momento del sinistro sia Dipendente di Ente Privato con anzianità di servizio inferiore ai 12 mesi);
iii. certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
iv. i successivi certificati di Ricovero Ospedaliero alla scadenza del precedente.

	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.
	Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: Non sono previste gestioni da parte di altre imprese.
	Prescrizione. I diritti derivanti dal presente contratto si prescrivono entro **due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952, secondo comma, del Codice Civile.
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	La Compagnia liquida l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e provvede al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Quando e come devo pagare?

Premio	Il pagamento del premio avviene con cadenza annuale mediante autorizzazione irrevocabile per tutta la durata del contratto, all'addebito su conto corrente intrattenuto presso una filiale della Banca distributrice del prodotto. Il premio può essere pagato in più rate ma è dovuto per intero. Non è prevista maggiorazione del premio stesso in caso di pagamento frazionato. La polizza non prevede sconti. Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza. Il premio si intende comprensivo di imposta.
Rimborso	Premesso che la Compagnia, se al momento della stipulazione della polizza, fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da alcool, stupefacenti, psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico, da sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione. Al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente, senza obbligo della Compagnia di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione dell'assicurazione stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso. Inoltre, si precisa che in caso di estinzione del rapporto bancario specificato nel Modulo di Polizza, l'assicurazione viene risolta di diritto con effetto dalla prima scadenza di rata successiva alla chiusura del rapporto bancario, senza necessità di disdetta dell'Assicurato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata

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

Assicurazione	*Carenza*
Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio o malattia	Se il sinistro è conseguente ad una malattia, la Compagnia corrisponderà l'indennizzo solo se questo sia avvenuto dopo 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura.
Disoccupazione	La Compagnia corrisponderà l'indennizzo qualora la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o della lettera di messa in Mobilità, o di una comunicazione equivalente, avvenga dopo 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura.
Ricovero Ospedaliero	Se il sinistro è conseguente ad una malattia, la Compagnia corrisponderà l'indennizzo solo se questo sia avvenuto dopo 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura.

Sospensione	La polizza non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.

Come posso disdire la polizza?

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

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato ad un mercato di riferimento rappresentato da un pubblico indistinto di clientela titolare di un conto corrente aperto presso la Banca Distributrice e presso quest'ultima intestatario di un finanziamento - che intende tutelare economicamente se stessa e la propria famiglia in caso di un sinistro da infortunio o malattia che comporti una inabilità temporanea totale (garanzia attivabile in caso di status lavoratore autonomo), in caso di perdita di impiego o disoccupazione (garanzia attivabile in caso di status lavoratore dipendente di Ente privato) e in caso di ricovero per grande intervento chirurgico (per Non Lavoratori, Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti Ente Pubblico e facoltativa, in determinate circostanze, per i Lavoratori Dipendenti Ente Privato). Il prodotto non è sottoscrivibile qualora l'Assicurato, al momento dell'ingresso in copertura, abbia un'età pari o superiore ai 79 anni compiuti.

Quali costi devo sostenere?

La quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 40,0% .

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto alla Società presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti: Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami – Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano Fax 02 5351794 - Email reclami@helvetia.it Eventuali reclami riguardanti il comportamento della banca distributrice e dei dipendenti e collaboratori di quest'ultima potranno essere inoltrati direttamente alla banca distributrice. La Società o la banca distributrice, ciascuna per la propria competenza, inviano la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Mediazione: interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita (facoltativa)	Negoziazione assistita: tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	• Arbitrato (facoltativo): qualora dovesse sorgere un dissenso tra l'Assicurato e la Società circa la determinazione dell'ammontare del danno. In tal caso, ai sensi di polizza, i periti, nominati da ciascuna delle Parti, si accordano di nominare un terzo perito, detto Arbitro, per addivenire ad una decisione. • Procedura FIN-NET: per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet di seguito indicato, e chiedendo l'attivazione della Procedura: http://www.ec.europa.eu/fin-net. Tramite il sito della Società (www.helvetiaitalia.it) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.

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 infortuni

Protezione Conto

Condizioni di Assicurazione

Modello CGA_IPCR004_1121
Edizione 11/2021

Sommario

GLOSSARIO 1
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 3
Art. 1 – APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 3
Art. 2 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO 3
Art. 3 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO 3
Art. 4 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA 3
Art. 5 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE E TACITO RINNOVO 3
Art. 6 – LIMITI DI ETÀ 3
Art. 7 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE 3
Art. 8 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI 3
Art. 9 – ALTRE ASSICURAZIONI 3
Art. 10 – ONERI FISCALI 3
Art. 11 – FORO COMPETENTE 3
Art. 12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE 3
Art. 12.1 – MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause) 3
Art. 13 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 4
Art. 13.1 - MORTE 4
Art. 13.2 - INVALIDITÀ PERMANENTE 4
Art. 13.3 - ADATTAMENTO ABITAZIONE 4
Art. 14 - LIMITI DI INDENNIZZO 4
Art. 15 – RISCHI SPORTIVI 4
Art. 16 – RISCHIO VOLO 4
Art. 17 – RISCHIO GUERRA 4
Art. 18 – ESCLUSIONI 4
Art. 19 – PERSONE NON ASSICURABILI – CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE 5
Art. 20 – ESTENSIONE TERRITORIALE 5
Art. 21 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA 5
Art. 22 – MASSIMALE DI CUMULO 5
Art. 23 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO – DENUNCIA DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO 5
Art. 24 – OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO 5
Art. 25 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO 5
Art. 26 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ 6
Art. 27 – LIQUIDAZIONE DEL DANNO 6
Art. 28 – PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI 6
Art. 29 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE 6
Art. 30 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 6

Art. 31 – LIMITI DI INDENNIZZO 6
Art. 32 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA..... 6
Art. 33 – DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI 7
Art. 34 – BENEFICIARI DELLE INDENNITÀ - MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI 7
Art. 35 – LIMITI TERRITORIALI..... 7
Art. 36 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA 7
Art. 37 - INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA..... 7
Art. 38 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA..... 7
Art. 41 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER DISOCCUPAZIONE 8
Art. 42 - INDENNIZZO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE..... 8
Art. 43 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE..... 8
Art. 44 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO..... 8
Art. 45 - DENUNCE SUCCESSIVE 8
Art. 46 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER RICOVERO OSPEDALIERO..... 9
Art. 47 - INDENNIZZO IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO 9
Art. 48 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO..... 9
Art. 49 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO..... 9
Art. 50 - DENUNCE SUCCESSIVE 9

GLOSSARIO

RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE IN GENERALE

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

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

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

ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione.

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

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

BENEFICIARIO: il soggetto cui spetta l'indennizzo.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE: termini e condizioni alle quali è prestata la copertura assicurativa.

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

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

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

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

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

LIMITE D'INDENNIZZO: la somma massima dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

MODULO DI POLIZZA: il documento, sottoscritto dal Contraente e dalla Compagnia, che riporta tutti i dati necessari per la gestione del contratto.

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

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

RISCHIO: la possibilità che si verifichi il sinistro.

SCOPERTO: la percentuale dell'importo liquidabile ai termini di polizza che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

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

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

RELATIVE ALLA SEZIONE INFORTUNI

INVALIDITÀ PERMANENTE: la perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità lavorativa, indipendentemente dalla attività svolta, conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza in misura pari o superiore al 60% della capacità totale.

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

RELATIVE ALLA SEZIONE PROTEZIONE DELLE UTENZE DOMICILIATE SUL C/C

DAY HOSPITAL: la degenza non comportante pernottamento, ma documentata da cartella clinica, presso una struttura sanitaria autorizzata avente posti letto dedicati alla degenza.

DISOCCUPAZIONE: lo status dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente di un Ente Privato, qualora egli: abbia cessato, non volontariamente, la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno; e sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o nelle liste di mobilità regionali; e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

ENTE PRIVATO: ogni soggetto giuridico che non sia parte della Pubblica Amministrazione.

ENTE PUBBLICO: ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione.

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.

ISTITUTO DI CURA: l'istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital, poliambulatorio diagnostico e/o terapeutico, regolarmente autorizzati per diagnosi e cure.

Non sono convenzionalmente considerate strutture sanitarie per diagnosi e cure: gli stabilimenti termali, quelle con finalità prevalentemente dietologiche, per il benessere della persona, riabilitative,

per convalescenza, lungo degenza o soggiorni, le strutture per anziani.

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 comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (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 indeterminato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'Art. 47, 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 PREGRESSA: alterazione dello stato di salute – come sopra specificato – per la quale sono stati effettuati, prima della stipulazione della polizza, accertamenti medici o eseguite terapie.

NON LAVORATORE: la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente. È equiparato a Non Lavoratore il Lavoratore Dipendente di Ente Privato che, alla data del Sinistro, abbia un'anzianità di servizio inferiore a 12 mesi.

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.

PERIODO DI CARENZA: periodo di tempo 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 Disoccupazione, 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 per Ricovero Ospedaliero, 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 o di Inabilità Temporanea Totale, 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 ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Disoccupazione o Inabilità Temporanea Totale.

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.

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 dell'Assi-curato, corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.

UTENZE: tutte le utenze, domiciliate sul conto corrente dell'Assicurato (Es. contratti per la fornitura di luce, gas, acqua, canone abbonamento televisivo satellitare e/o digitale terrestre, nonché le utenze telefoniche). Sono pertanto escluse dall'oggetto dell'assicurazione le utenze non domiciliate. Si intende inoltre equiparata ad utenza, il premio di polizza RCA stipulata con compagnia del Gruppo Helvetia, domiciliata sul conto corrente dell'Assicurato.

UTENZE TELEFONICHE: si intendono esclusivamente le utenze relative al contratto di telefonia rete-fissa e linea ADSL, rimanendo espressamente esclusa la telefonia mobile.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

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

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

Art. 2 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

Art. 3 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio.
Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 C.C.

Art. 4 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel modulo di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.
Il pagamento del premio avviene esclusivamente mediante addebito automatico su conto corrente intrattenuto presso una filiale della Banca distributrice del prodotto, previa sottoscrizione da parte del Contraente di autorizzazione irrevocabile all'addebito per l'intera durata contrattuale.
Il premio sarà addebitato secondo il frazionamento indicato nel modulo di polizza.
Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza.
Nel caso in cui il pagamento del premio o della rata non possa andare a buon fine a causa dell'assenza sul conto corrente di fondi disponibili sufficienti, l'assicurazione viene sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e viene riattivata dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti e non versati, ai sensi dell'art. 1901 C.C.
Il contratto di assicurazione si risolve di diritto se la Compagnia non agisce per la riscossione nel termine di 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. 5 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE E TACITO RINNOVO

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

Art. 6 – LIMITI DI ETÀ

L'età massima per la stipula della presente assicurazione è fissata nel 79° anno di età compiuto.
Qualora si verifichi il raggiungimento dell'80° anno di età nel corso di un periodo annuale di assicurazione, l'assicurazione cesserà automaticamente alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento dell'80° anno di età, senza necessità di disdetta.

Art. 7 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 8 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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

Art. 9 – ALTRE ASSICURAZIONI

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

Art. 10 – ONERI FISCALI

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

Art. 11 – FORO COMPETENTE

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

Art. 12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

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

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

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

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

Art. 13 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

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

Art. 13.1 - MORTE

Se l'Assicurato muore a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia liquida un capitale pari a 20.000,00 (ventimila) euro. L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

Art. 13.2 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente pari o superiore al 60% e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Compagnia liquida all'Assicurato un capitale pari a 20.000,00 (ventimila) euro.
Se l'*infortunio* ha come conseguenza una *invalidità permanente* definitiva, non determinabile sulla base dei valori specificati nella tabella INAIL delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente (D.P.R. 30/6/65 °1124), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

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

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

Art. 13.3 - ADATTAMENTO ABITAZIONE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente pari o superiore al 60%, la Compagnia liquida all'Assicurato una indennità aggiuntiva di 5.000,00 (cinquemila) euro come contributo per il danno alla vita di relazione e per eventuali spese che si rendessero necessarie per adattare l'abitazione alle esigenze di una persona gravemente infortunata.

Art. 14 - LIMITI DI INDENNIZZO

In caso di più rapporti bancari intestati al medesimo cliente l'indennizzo da parte della Compagnia non potrà eccedere l'importo di 200.000,00 (duecentomila) euro per anno assicurativo.

Art. 15 – RISCHI SPORTIVI

La garanzia vale durante la pratica di attività sportive a carattere ricreativo compresi i relativi allenamenti.
La garanzia non vale per gli infortuni derivanti da:

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

Art. 16 – RISCHIO VOLO

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

Art. 17 – 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. 18 – ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende gli infortuni:

a) causati da guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
b) subiti in stato di ubriachezza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
c) avvenuti durante il richiamo al servizio militare per mobilitazione per motivi di carattere eccezionale;
d) conseguenza di azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
e) conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e di accelerazione artificiale di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
f) conseguenze di guerre o insurrezioni, salvo quanto previsto dall' Art. 17 - "Rischio guerra";
g) conseguenza di uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti.

Sono inoltre esclusi:

h) le rotture sottocutanee di tendini.

Art. 19 – PERSONE NON ASSICURABILI – CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Premesso che la Compagnia, qualora al momento della stipulazione della polizza, fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool - stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Compagnia di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Non sono, altresì, assicurabili le persone che presentano invalidità permanente di grado pari o superiore al 40%.

Art. 20 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 21 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

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

Art. 22 – MASSIMALE DI CUMULO

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

Art. 23 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO – DENUNCIA DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO

In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fare denuncia scritta alla Compagnia tramite raccomandata A.R. all'indirizzo:
Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Via G. B. Cassinis, 21, - 20139 Milano
Servizio Sinistri

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

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

oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza sulla quale denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata.
Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto assicurativo, sul sito internet della Compagnia www.helvetiaitalia.it, oppure chiamando il Numero verde**:**

Numero Verde
800.909.650

oppure il numero **+39 02 5351 1** per chiamate dall'estero e inviare lo stesso ad uno degli indirizzi sopra riportati.
Il sinistro deve essere denunciato entro 10 (dieci) giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità.

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

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici da trasmettersi alla Compagnia attestante la stabilizzazione dei postumi ai fini della valutazione di cui all'art. 24.

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

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

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 C. C).
In caso di morte da infortunio dell'Assicurato, il beneficiario identificato in polizza o, in difetto, gli eredi legittimi e/o testamentari, devono presentare:

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

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

Art. 24 – OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 26 delle presenti Norme e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.

La Compagnia s'impegna a comunicare all'Assicurato, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Art. 25- 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. 26; 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. 26 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ

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

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

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

Art. 27 – LIQUIDAZIONE DEL DANNO

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte o l'invalidità permanente dell'Assicurato, la Compagnia corrisponde agli aventi diritto la somma assicurata.

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

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

Art. 28 – PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI

La Compagnia procederà al pagamento dell'indennizzo come segue:

- in caso di morte, l'indennizzo verrà versato dalla Compagnia agli eredi dell'Assicurato.
- in caso di invalidità permanente, l'indennizzo verrà versato dalla Compagnia all'Assicurato stesso.

Art. 29 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

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

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

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

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

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

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE PROTEZIONE DELLE UTENZE DOMICILIATE SUL C/C

Art. 30 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Sono previste le seguenti garanzie per le quali sono operanti i limiti temporali, di somma assicurata, le franchigie e le carenze descritte nei successivi artt. 31, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 44, 46, 47 e 50:

a) Inabilità Temporanea Totale al lavoro da malattia o da infortunio (abbreviata in ITT),
b) Perdita d'Impiego o Disoccupazione (abbreviata in PI)
c) Ricovero Ospedaliero (abbreviata in RO)

Le garanzie sopradescritte sono valide secondo la condizione occupazionale (Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di ente Pubblico o Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore) dell'Assicurato al momento del sinistro. I relativi indennizzi saranno corrisposti per periodi di 30 giorni ciascuno, con esclusione pertanto di periodi inferiori.

Art. 31 – LIMITI DI INDENNIZZO

L'indennizzo non potrà superare la somma di 250,00 euro mensili.

Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è pari a 6 (sei) per sinistro e per anno.

Art. 32 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

Qualora, nel corso dell'assicurazione, l'Assicurato modifichi la propria condizione occupazionale inerente la Normale Attività Lavorativa, l'assicurazione sarà automaticamente modificata, nel senso che, dal momento della modifica, sarà operante la garanzia corrispondente alla nuova condizione occupazionale dell'Assicurato.

L'Assicurato che, in corso del presente contratto, modifichi la sua posizione lavorativa e diventi Lavoratore Dipendente di Ente Privato, ha diritto all'Indennizzo per Disoccupazione solo se questa si è verificata dopo che l'Assicurato abbia superato il periodo di prova, e comunque, che abbia prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato in modo continuativo per i 360 giorni immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il sinistro.

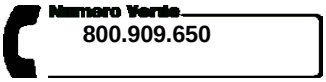
Art. 33 – DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

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.
Via G. B. Cassinis, 21, - 20139 Milano
Servizio Sinistri

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

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

oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza sulla quale denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata.
Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto assicurativo, sul sito internet della Compagnia www.helvetiaitalia.it oppure chiamando il Numero verde:



oppure il numero **+39 02 5351 1** per chiamate dall'estero e inviare lo stesso ad uno degli indirizzi sopra riportati.
Il sinistro deve essere denunciato entro 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. 39 per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, all'Art. 44 per il caso di Disoccupazione e all'Art. 49 per il caso di Ricovero Ospedaliero.
Si specifica che, in casi eccezionali e di particolare difficoltà valutativa, la Compagnia potrà richiedere quegli ulteriori documenti che ritiene strettamente necessari ai fini dell'espletamento della pratica di sinistro.
Una volta avvenuto il pagamento dell'indennizzo per Inabilità Temporanea Totale o per Disoccupazione e qualora il sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del sinistro, 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, con le stesse modalità di cui al precedente punto ed entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata 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. 34 – BENEFICIARI DELLE INDENNITÀ - MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Beneficiario dell'indennizzo per le garanzie di cui alla Sezione "Protezione delle Utenze domiciliate sul c/c" è l'Assicurato stesso.
La Compagnia effettua il pagamento dell'Indennizzo entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa di tutto quanto necessario per la valutazione del sinistro.

Art. 35 – LIMITI TERRITORIALI

Le garanzie Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero sono valide per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.
La garanzia Disoccupazione ha validità nell'ambito dell'Unione Europea.

ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA
(garanzia attiva solo per i Lavoratori Autonomi e i Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico)

Art. 36 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia, la Compagnia corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo articolo a condizione che:

a) l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui l'assicurazione è efficace ai sensi del precedente art. 4;
b) il sinistro, se conseguente a Malattia, sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 60 giorni successivo alla data di decorrenza;
c) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 38;
d) l'Assicurato e/o il Contraente e/o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 33.

Art. 37 - 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, per ogni mese di durata dello stato di Inabilità Temporanea Totale, di un importo pari alla somma di tutte le utenze domiciliate sul c/c assicurato, aventi scadenza in tale periodo.
Per ogni sinistro, il primo Indennizzo sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

Art. 38 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Sono esclusi i casi di Inabilità Totale Temporanea causati da:

a) malattie, malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui procurato;
c) Infortuni e Malattie subiti in stato di etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
d) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
e) guerra anche non dichiarata, insurrezioni, atti di terrorismo;
f) scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
g) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
h) 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.);

i) 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;
j) 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;
k) 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. 39 – DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del sinistro, l'Assicurato/Contraente deve allegare al modulo di cui al precedente art. 32 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 e/o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico;
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).
e) 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 dall'assicurazione.

Art. 40 - DENUNCE SUCCESSIVE

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del sinistro precedente.

ASSICURAZIONE PER LA DISOCCUPAZIONE

(garanzia attiva solo per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)

Art. 41 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER DISOCCUPAZIONE

Nel caso di Disoccupazione, la Compagnia corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo articolo 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 del precedente art. 4;
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 60 giorni successivo alla Data di decorrenza;
c) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 43;
d) l'Assicurato/Contraente od i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 33.

Art. 42 - INDENNIZZO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

L'Indennizzo per il caso di Disoccupazione consiste nel pagamento, per ogni mese di durata dello stato di Disoccupazione, di un importo pari alla somma di tutte le utenze domiciliate sul c/c assicurato, aventi scadenza in tale periodo.

Per ogni sinistro, il primo Indennizzo sarà liquidato solo se la data di accadimento del sinistro, intendendosi per tale la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento o della lettera di messa in Mobilità, sia successiva alle ore 24.00 della data termine del Periodo di Carenza di 60 giorni successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e sia trascorso il Periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni consecutivi di Disoccupazione. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione.

Art. 43 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Compagnia per il caso di Disoccupazione se:
a) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato in modo continuativo per i 12 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 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
b) 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;
c) 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;
d) la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
e) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
f) 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";
g) 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; o comunque se l'Assicurato ha un contratto 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) la Disoccupazione è conseguenza del superamento del periodo di comporto;
k) l'Assicurato è in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

Art. 44 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del sinistro, l'Assicurato/Contraente deve allegare al modulo di cui al precedente art. 33 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/Contraente si 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. 45 - DENUNCE SUCCESSIVE

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di Disoccupazione se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO
(garanzia attiva solo per Non Lavoratori)

Art. 46 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER RICOVERO OSPEDALIERO
Nel caso di Ricovero Ospedaliero, la Compagnia corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo articolo a condizione che:
a) il Ricovero Ospedaliero si sia verificato durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi del precedente art. 4;
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. 48;
d) l'Assicurato/Contraente od i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 33.

Art. 47 - INDENNIZZO IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO
L'Indennizzo per il caso di Ricovero Ospedaliero consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Ricovero Ospedaliero, di un importo pari alla somma di tutte le utenze domiciliate sul c/c assicurato, aventi scadenza in tale periodo.
Per ogni sinistro, il primo Indennizzo sarà liquidato al termine del Periodo di Franchigia Relativa di 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.
Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

Art. 48 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO
Sono esclusi i casi di Ricovero Ospedaliero causati da quanto già indicato nel precedente art. 38.

Art. 49 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO
Ai fini della denuncia del sinistro, l'Assicurato/Contraente deve allegare al modulo di cui al precedente art. 33 la seguente documentazione:
a. copia del documento di identità;
b. autocertificazione sullo status di Non Lavoratore al momento del sinistro o copia del contratto di lavoro (nel caso in cui l'Assicurato al momento del sinistro sia Dipendente di Ente Privato con anzianità di servizio inferiore ai 12 mesi);
c. certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
d. i successivi certificati di Ricovero Ospedaliero alla scadenza del precedente.

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. 50 - DENUNCE SUCCESSIVE
Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di Ricovero Ospedaliero se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un periodo di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del sinistro precedente.

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

helvetia
La tua Assicurazione svizzera