

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

Che tipo di assicurazione è?

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



Che cosa è assicurato?

Chiara Imprevisti ti tutela dalle conseguenze degli infortuni occorsi in tutti gli ambiti della tua vita, sia durante l'attività lavorativa (copertura professionale) sia durante il tuo tempo libero (copertura extraprofessionale).

In particolare, la polizza prevede una copertura per i seguenti eventi che possono derivare da un infortunio:

- ✓ **Morte da infortunio:** in caso di decesso dell'assicurato, inclusi i casi di morte presunta, la Compagnia corrisponde agli eredi o ai beneficiari designati in polizza, un importo pari alla somma assicurata.
- ✓ **Invalità permanente da infortunio:** la Compagnia ti paga un indennizzo calcolato in proporzione al grado di invalidità permanente totale o parziale accertato dalla Compagnia secondo criteri predeterminati dalla stessa.

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali indicati nel modulo di polizza.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Persone che, quando l'assicurazione ha inizio, abbiano età pari o 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 appartenenti a corpi militari o a corpi paramilitari o comunque soggetti che svolgono attività di vigilanza e/o di ordine pubblico.



Ci sono limiti di copertura?

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;
- ! derivanti da ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- ! avvenuti durante il richiamo al servizio militare per mobilitazione per motivi di carattere eccezionale;
- ! conseguenza di delitti da te compiuti o tentati;
- ! conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e di accelerazione artificiale di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- ! conseguenze di guerre o insurrezioni, ad eccezione degli infortuni che si verificano entro 14 giorni dall'inizio di una guerra, se ed in quanto ti trovi in uno stato estero al momento dell'inizio dell'evento bellico;
- ! conseguenza di uragani, inondazioni, alluvioni, maremoti, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti.

Sono inoltre esclusi:

- ! gli infarti e le ernie;
- ! le rotture sottocutanee di tendini;
- ! le conseguenze dell'infortunio che determinino l'insorgere della sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.).



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale nel mondo intero.



Che obblighi ho?

Hai il dovere di:

- fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare;
- comunicare alla Compagnia, con lettera raccomandata, eventuali cambiamenti che possono comportare 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 o la prima rata di premio, e termina alle ore 24 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.

Inoltre, a partire dal secondo sinistro, puoi recedere dal contratto fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto al pagamento dell'indennizzo.

Assicurazione infortuni

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

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.



CHIARAImprevisti

Data: 26 giugno 2024 – 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 97,97 milioni di euro di cui 15,600 milioni di euro costituiscono la parte relativa al capitale sociale e 80,35 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 31.12.2023 .

Informazioni relative al margine di solvibilità Solvency II al 31.12.2023 .

Solvency Capital Requirement (SCR)	50.809.387
Minimum Capital Requirement (MCR)	20.223.002
Fondi Propri ammissibili a copertura del SCR	102.601.060
Fondi Propri ammissibili a copertura del MCR	102.601.060
Solvency Capital Ratio*	201,93%

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

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

Le garanzie principali del prodotto, sempre operanti, sono le seguenti:

✓ **MORTE DA INFORTUNIO**

La Compagnia, in caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio, corrisponde ai beneficiari designati il capitale assicurato. **Il capitale verrà liquidato, anche successivamente alla scadenza della polizza, se la morte si verifica entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.**

Morte presunta. L'assicurazione per la morte da infortunio vale anche in caso di morte presunta e cioè se, a seguito dell'infortunio, il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato e si presuma sia morto. **In questo caso il capitale assicurato verrà liquidato ai beneficiari solo dopo che saranno trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta.**

✓ **INVALIDITÀ PERMANENTE**

Nel caso in cui, a seguito di un infortunio, l'Assicurato dovesse conseguire una invalidità permanente, la Compagnia ti corrisponderà un importo calcolato secondo le seguenti modalità:

- Qualora l'invalidità permanente accertata è di grado pari o superiore al 60% del totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.
- Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata considerando due parametri: il grado di invalidità permanente accertato e se il sinistro è avvenuto durante lo svolgimento di un'attività professionale o extraprofessionale.

L'indennità ti verrà corrisposta anche se l'invalidità permanente dovesse verificarsi dopo la scadenza del contratto, purché entro 2 anni dal giorno in cui è avvenuto l'infortunio.

Le garanzie di cui alla presente polizza valgono anche per gli infortuni occorsi durante:

- la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti;
- la partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennis da tavolo, tiro, windsurf e vela.

Inoltre, le garanzie presenti in polizza sono estese agli infortuni che l'assicurato subisce in qualità di passeggero durante i voli di linea, e gli infortuni derivanti dallo stato di guerra se e quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno stato estero.

Sono sempre presenti inoltre le seguenti garanzie aggiuntive

DANNI ESTETICI

Nel caso in cui un infortunio ti provochi una invalidità che abbia per conseguenza sfregi (deturpazioni) al viso di carattere estetico, la Compagnia ti corrisponde una indennità aggiuntiva di **5.000 euro**.

COMMORIANZA DEI GENITORI

In caso di infortunio che determini la morte dell'assicurato e del suo coniuge non legalmente separato, la Compagnia corrisponde un indennizzo supplementare, **pari al 50% della somma assicurata**.

L'indennizzo verrà corrisposto unicamente ai figli minorenni o portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della totale, in parti uguali.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non è prevista alcuna opzione 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 fornite nel DIP.



Ci sono limiti di copertura?

Si riporta nella seguente tabella le franchigie relative alla presente copertura:

Invalidità permanente	Franchigia
Per le attività extraprofessionali	5%
Per le attività professionali	5% se appartenenti alla classe di rischio 1
	6% se appartenenti alla classe di rischio 2
	7% se appartenenti alla classe di rischio 3



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fare denuncia scritta al Servizio Sinistri della Compagnia tramite raccomandata A.R. oppure tramite e-mail o pec agli indirizzi di seguito riportati:

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

oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata. Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto, sul sito internet della Compagnia www.helvetiaitalia.it, oppure chiamando il Numero verde (dall'Italia) **800.909.650** oppure il Numero **+39 025351 1** per chiamate dall'estero; il sinistro deve essere denunciato entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità.

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.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari o aventi diritto devono consentire la 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.

In caso di morte da infortunio dell'Assicurato, il beneficiario deve allegare la seguente documentazione al modulo di denuncia:

- 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 tuo carico.

Se violi questi obblighi, potresti perdere il diritto all'indennizzo.

Cosa fare in caso di sinistro?	Assistenza diretta/in convenzione. Non previste.
	Gestione da parte di altre imprese. Non presente.
	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	Liquidazione dell'indennizzo. Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e valutato il danno, la Compagnia provvede al pagamento dell'indennizzo entro 15 giorni dalla data di sottoscrizione dell'atto di quietanza di pagamento.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Il pagamento del premio avviene con cadenza annuale mediante autorizzazione irrevocabile per tutta la durata del contratto, all'addebito su conto corrente intrattenuto presso una filiale della Banca distributrice del prodotto.</p> <p>Il premio da corrispondere in forma annuale può essere pagato in più rate ma è dovuto per intero. Non è prevista maggiorazione del premio stesso in caso di pagamento frazionato.</p> <p>La polizza non prevede sconti.</p> <p>Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza.</p> <p>Il premio si intende comprensivo di imposta.</p>
Rimborso	<ul style="list-style-type: none"> • Premesso che la Compagnia, qualora al momento della stipulazione della polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo e/o da dipendenza da sostanze psicoattive non a scopo terapeutico, o da sieropositività non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione; al manifestarsi di tali condizioni di salute nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente- indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Compagnia di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la 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. • In caso di recesso per sinistro, entro 30 giorni dalla data di efficacia dello stesso, la Compagnia rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Il contratto ha durata annuale con tacito rinnovo.</p> <p>Se non è stato pagato il premio o la rata di premio l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.</p> <p>Qualora il Contraente non proceda al pagamento e la Compagnia non agisca per la riscossione nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti l'assicurazione si risolve, fermo il diritto della Compagnia al pagamento del premio di assicurazione in corso ed al rimborso delle spese.</p>
Sospensione	La polizza non prevede possibilità di sospendere le garanzie.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipula	Il contratto non prevede il diritto di ripensamento dopo la stipula.

Risoluzione	A partire dal secondo sinistro, puoi recedere dal contratto fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto al pagamento dell'indennizzo.
--------------------	--



A chi è rivolto questo prodotto?

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



Quali costi devo sostenere?

La quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 25,95%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto alla Società presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti: Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami – Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano Fax 02 5351794 - Email reclami@helvetia.it</p> <p>Eventuali reclami riguardanti il comportamento della banca distributrice e dei dipendenti e collaboratori di quest'ultima potranno essere inoltrati direttamente alla banca distributrice. La Società o la banca distributrice, ciascuna per la propria competenza, inviano la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>
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 (obbligatoria): 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 (facoltativa): tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> Arbitrato (facoltativo): qualora dovesse sorgere un dissenso tra l'Assicurato e la Società circa la determinazione dell'ammontare del danno. In tal caso, ai sensi di polizza, i periti, nominati da ciascuna delle Parti, si accordano di nominare un terzo perito, detto Arbitro, per addivenire ad una decisione. Procedura FIN-NET: per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://www.ec.europa.eu/fin-net, chiedendo l'attivazione della Procedura. <p>Tramite il sito della Società (www.helvetiaitalia.it) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.</p>

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Gruppo Helvetia

Polizza infortuni

CHIARA/Imprevisti

Condizioni di Assicurazione

Modello CGA_INF02_1121
Edizione 11/2021

Sommario

GLOSSARIO	1
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	2
Art. 1 – APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI	2
Art. 2 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA.....	2
Art. 3 – DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO.....	2
Art. 4 – PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE.....	2
Art. 5 – ALTRE ASSICURAZIONI.....	2
Art. 6 – ONERI FISCALI.....	2
Art. 7 – FORO COMPETENTE.....	2
Art. 8 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	2
Art. 8.1 – MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause).....	2
Art. 9 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	2
Art. 10 – RISCHI SPORTIVI	3
Art. 11 – RISCHIO VOLO.....	3
Art. 12 – RISCHIO GUERRA.....	3
Art. 13 – ESTENSIONE TERRITORIALE.....	3
Art. 14 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA	3
Art. 15 – MORTE DA INFORTUNIO.....	3
Art. 16 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO.....	3
Art. 17 – DANNI ESTETICI	4
Art. 18 – COMMORRENZA DEI GENITORI.....	4
Art. 19 – ESCLUSIONI.....	4
Art. 20 – PERSONE NON ASSICURABILI.....	4
Art. 21 – LIMITI DI ETÀ.....	4
Art. 22 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ.....	5
Art. 23 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DI SINISTRO	5
ART. 24 – OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO	5
Art. 25 - CUMULO DI INDENNITÀ	5
ART. 26 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO.....	6
Art. 27 - ANTICIPO INDENNIZZO SU INVALIDITÀ PERMANENTE.....	6
Art. 28 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE.....	6
Art. 29 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO.....	6

GLOSSARIO

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

ASSICURATO il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

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 e 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.

COMPAGNIA Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.: la compagnia che presta le coperture assicurative.

CONTRAENTE il soggetto che stipula il contratto con la Compagnia e che paga il relativo premio.

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

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

INDENNIZZO la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

INFORTUNIO ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INVALIDITÀ PERMANENTE l'incapacità fisica definitiva e irrimediabile dell'assicurato a svolgere, in tutto o in parte, un qualsiasi lavoro proprio, indipendentemente dalla professione esercitata.

MALATTIA ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MASSIMALE la somma fino alla concorrenza della quale la Compagnia presta la garanzia.

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 dovuta dal contraente alla Compagnia.

RICOVERO la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura pubblico o privato regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera (esclusi gli stabilimenti termali).

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

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.

Art. 1 – APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI

Le presenti condizioni contrattuali si applicano esclusivamente ai titolari di conto corrente della Banca distributrice del prodotto. Pertanto, in caso di estinzione del conto bancario sul quale viene addebitato il premio del contratto, la polizza viene risolta di diritto con effetto dalla prima scadenza di rata successiva alla chiusura del conto, senza necessità di disdetta e senza l'applicazione del termine di tolleranza di cui all'art.1901, 2° comma del Codice Civile.

Art. 2 – 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 mediante autorizzazione irrevocabile per tutta la durata del contratto, all'addebito su conto corrente in trattenuto presso una filiale della Banca distributrice del prodotto. Il premio sarà addebitato secondo la rateizzazione indicata nel modulo di polizza.

Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza. Se alle successive scadenze indicate nel modulo di polizza i premi non vengono pagati, la garanzia si intende sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno posteriore a detta scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Compagnia ai premi scaduti e non versati.

Art. 3 – DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro successivo al primo, purché almeno uno dei sinistri verificatisi sia risultato indennizzabile e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Compagnia o il contraente, mediante lettera raccomandata, possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.

In caso di recesso esercitato dalla Compagnia, quest'ultima, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 4 – PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

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. 5 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il contraente è esonerato dal comunicare alla Compagnia l'esistenza o la stipulazione di altre assicurazioni, fermo l'obbligo - in caso di sinistro - di dare avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del C.C.

Art. 6 – ONERI FISCALI

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

Art. 7 – FORO COMPETENTE

Foro competente è quello dove il contraente risiede o ha il suo domicilio.

Art. 8 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 8.1 – 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.

CHI E COSA ASSICURIAMO

Art. 9 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Compagnia tutela l'assicurato contro gli infortuni subiti sia durante lo svolgimento della sua attività professionale che di ogni altra attività extraprofessionale, fermo restando quanto stabilito nella sezione "CHI E COSA NON ASSICURIAMO".

Sono compresi in garanzia anche:

- a) gli infortuni derivanti da stati di male o incoscienza, non provocati da ebbrezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- b) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'assicurato;

- c) gli infortuni causati da tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o rapine, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- d) atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) l'assideramento o congelamento;
- g) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- h) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- i) l'asfissia di origine non dipendente da malattia;
- j) l'annegamento;
- k) la folgorazione;
- l) gli infortuni causati da franamenti, cedimenti o smottamenti del terreno;
- m) le lesioni determinate da sforzi, salvo quanto previsto ai punti h) e i) dell'Art. 19 – "Esclusioni".

Art. 10 – RISCHI SPORTIVI

La garanzia vale altresì durante:

- a) la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti;
- b) la partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennis da tavolo, tiro, windsurf e vela.

La garanzia non vale per gli infortuni derivanti da:

- 1) corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- 2) la pratica dei seguenti sport: 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, guidoslitta, arrampicata libera (free climbing), paracadutismo, deltaplano, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroski, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni subacquee con autorespiratore, canoa fluviale oltre il 3° grado, salto con l'elastico (bungeejumping), rafting, hydro-speed;
- 3) partecipazione a corse in genere o gare - e relative prove ed allenamenti - sciistiche, calcistiche, di pallacanestro e di arti marziali, organizzate dalle competenti Federazioni Sportive Nazionali o partecipazione a gare - e relative prove e allenamenti - ippiche e ciclistiche da chiunque organizzate.

Art. 11 – RISCHIO VOLO

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

Art. 12 – 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. 13 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 14 – 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.

GARANZIE ASSICURATE

Art. 15 – MORTE DA INFORTUNIO

Se l'assicurato muore a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia liquida il capitale assicurato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato.

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

Morte presunta

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

Art. 16 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente superiore al 5% 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, per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le modalità di seguito indicate:

- A) se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, la Compagnia corrisponde la somma assicurata;
- B) se l'invalidità permanente accertata è di grado pari o superiore al 60% del totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata;
- C) se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente accertato, applicando una franchigia assoluta secondo le modalità di seguito indicate:
 - per le attività extraprofessionali: 5%;
 - per le attività professionali classificate secondo le classi di rischio riportate nell'Appendice B:
 - 1) 5% se appartenenti alla classe di rischio 1;
 - 2) 6% se appartenenti alla classe di rischio 2;

3) 7% se appartenenti alla classe di rischio 3.

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

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

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

GARANZIE AGGIUNTIVE

Art. 17 – DANNI ESTETICI

In caso di *infortunio* che determini una *invalidità permanente* indennizzabile a termini di *polizza* e che abbia per conseguenza sfregi (deurpazioni) al viso di carattere estetico, la *Compagnia* corrisponde all'*assicurato* una indennità aggiuntiva di 5.000 euro.

Art. 18 – COMMORIENZA DEI GENITORI

In caso di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, determinato dal medesimo evento, che provochi la morte dell'*assicurato* e del suo coniuge non legalmente separato, la *Compagnia* corrisponde un *indennizzo* supplementare pari al 50% della somma assicurata per il caso morte. L'*indennizzo* supplementare verrà corrisposto unicamente ai figli minorenni o portatori di *invalidità permanente* di grado pari o superiore al 66% della totale, in parti uguali.

Tale *indennizzo* supplementare non vale per il "Rischio Volo" di cui all'Art. 11.

CHI E COSA NON ASSICURIAMO

Art. 19 – 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) derivanti da ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- c) avvenuti durante il richiamo al servizio militare per mobilitazione per motivi di carattere eccezionale;
- d) conseguenza di azioni delittuose compiute o tentate dall'*assicurato*;
- e) conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e di accelerazione artificiale di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- f) conseguenze di guerre o insurrezioni, salvo quanto previsto dall'Art. 12 - "Rischio Guerra";
- g) conseguenza di uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti.

Sono inoltre esclusi:

- h) gli infarti e le emie;
- i) le rotture sottocutanee di tendini;
- j) le conseguenze dell'*infortunio* che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.).

Art. 20 – PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la *Società*, qualora al momento della stipulazione della *polizza* fosse stata a conoscenza che l'*Assicurato* era affetto da *alcolismo* e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (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 *Società* di corrispondere l'eventuale *indennizzo*. In caso di cessazione dell'*Assicurazione* in corso, la *Società* 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 inoltre assicurabili i soggetti appartenenti a corpi militari o a corpi paramilitari o comunque soggetti che svolgono attività di vigilanza e/o di ordine pubblico.

Art. 21 – LIMITI DI ETÀ

L'età massima per l'adesione alla presente *assicurazione* è fissata nel 79° anno di età compiuto.

Qualora si verifichi il raggiungimento del 80° anno di età nel corso di un periodo annuale di *assicurazione*, l'*assicurazione* resterà pienamente operante fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso.

Art. 22 – 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 di cui all'Art. 16 "INVALIDITÀ PERMANENTE" e all'Appendice A sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

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

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

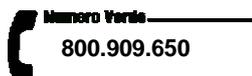
Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Via G. B. Cassinis, 21, - 20139 Milano
Servizio Sinistri

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

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

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

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



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

Il sinistro deve essere denunciato entro 3 (tre) giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

La denuncia dell'*infortunio* deve contenere l'indicazione di 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 invalidanti.

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. 22 "criteri generali di indennizzabilità" 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 - CUMULO DI INDENNITÀ

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

ART. 26-DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE INCASO 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. 23; in ogni caso, alla Compagnia dovrà essere consegnato il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

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

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, la quietanza emessa dalla Compagnia munita di autorizzazione del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione e 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. 27 - ANTICIPO INDENNIZZO SU INVALIDITÀ PERMANENTE

Trascorsi 30 giorni dalla richiesta dell'assicurato, la Compagnia anticiperà il 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo per *invalidità permanente* da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del *sinistro* a condizione che:

- a) non esistano contestazioni sull'indennizzabilità dell'*infortunio*,
- b) il grado di *invalidità permanente* stimato dalla Compagnia non sia inferiore al 25%.

Quanto sopra senza che l'anticipo venga considerato impegno definitivo dalla Compagnia sul grado percentuale di *invalidità permanente* da liquidarsi.

Art. 28 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

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

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

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

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 29 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

La Compagnia liquida l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e provvede al pagamento entro 15 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

PARTE NON SCRITTA

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

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambi le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30	
Di un rene con integrità del rene superstite		25	
Della milza senza alterazioni della crasi ematica		15	
Di un testicolo (non si corrisponde indennità)		0	
Dell'integrità della clavicola (esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione funzionale dei movimenti del braccio).		5	
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) in arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola.	50		40
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola.	40		30
Di un braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85		75
b) per amputazione al terzo superiore	80		70
Di un braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Di un avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Di tutte le dita della mano	65		55
Del pollice e del primo metacarpo	35		30
Del pollice	28		23
Dell'indice	15		13
Del medio		12	
Dell'anulare		8	
Del mignolo		12	
Della falange ungueale del pollice	15		12
Della falange ungueale dell'indice	7		6
Della falange ungueale del medio		5	
Della falange ungueale dell'anulare		3	
Della falange ungueale del mignolo		5	
Delle due ultime falangi dell'indice	11		9
Delle due ultime falangi del medio		8	
Delle due ultime falangi dell'anulare		6	
Delle due ultime falangi del mignolo		8	
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) con angolazione tra 110° -75°:			
a) in semipronazione	30		25
b) in pronazione	35		30
c) in supinazione	45		40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25		20
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in flessione massima o quasi	55		50
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in estensione completa o quasi :			
a) in semipronazione	40		25
b) in pronazione	45		40
c) in supinazione	55		50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35		30
Della funzionalità dell'articolazione radio-carpica (anchilosi completa) in estensione rettilinea	18		15

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a) in semipronazione	22		18
b) in pronazione	25		22
c) in supinazione	35		30
Della funzionalità della articolazione coxo-femorale (anchilosi completa) con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
Di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30	
Dell'alluce e corrispondente metatarso		16	
Del solo alluce		7	
Di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3	
Della funzionalità dell'articolazione del ginocchio (anchilosi completa rettilinea)		35	
Della funzionalità della articolazione tibio-tarsica (anchilosi completa ad angolo retto)		20	
Di lunghezza (semplice accorciamento) di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	

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

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

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

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

APPENDICE "B" - CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ PER CLASSI DI RISCHIO

NON AUTONOMI (A)	CLASSE DI RISCHIO
• Insegnanti, Appartenenti al settore ecclesiastico	1
• Studenti	2
• Casalinghe, lavoratori domestici	2
• Non lavoratori (pensionati, disoccupati e benestanti)	1
• Commessi, impiegati, quadri, funzionari, diligenti (settori pubblici e privati)	1
• Operai imprese settore edilizia	• 3
• Operai imprese settore lavorazione vetro, legno	3
• Operai imprese settore marittimo (pesca, costruzione navi,...), marinai	3
• Operai imprese settore agricolo (agricoltura, allevamenti,...)	3
• Operai imprese settore trasporti (autisti, corrieri, pony express,...)	3
• Operai altri settori industriali, addetti alle cooperative, assistenti sociali	2
• Altro	3
AUTONOMI (B)	CLASSE DI RISCHIO
• Commercianti - Negozianti	2
• Rappresentanti, consulenti, agenti di commercio, promotori finanziari, mediatori creditizi	2

• Libero professionista (avvocato, commercialista, dentista, medico, architetto, attore,...)	2
• Agricoltori, allevatori, boscaioli, pescatori	3
• Imprenditore o artigiano settore edile, decoratori	3
• Idraulici, elettricisti, falegnami, vetrai	3
• Autotrasportatori, pony express, corrieri	3
• Fabbri, tornitori	3
• Altri artigiani o altri imprenditori rispetto alle voci precedenti	2
• Altro	3

Note: (A) Nella voce rientrano i lavoratori dipendenti pensionati, studenti casalinghe e i non-lavoratori in genere;
(B) Nella voce rientrano i lavoratori autonomi imprenditori e professionisti

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