

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: **CHIARACapitale Protetto**

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza CHIARACapitale Protetto è la soluzione assicurativa studiata per proteggerti dalle conseguenze di eventuali infortuni occorsi nello svolgimento della tua attività professionale e di ogni altra attività extraprofessionale, nel caso in cui fossi titolare di un piano di accumulo con la banca che ti ha venduto il prodotto.

Puoi acquistare questo prodotto soltanto se sei titolare di un conto corrente presso la banca che ti vende il prodotto.



Che cosa è assicurato?

CHIARACapitale Protetto è un prodotto realizzato per tutelarti dalle conseguenze negative che un infortunio può avere sul tuo patrimonio. In particolare, in quanto titolare di un piano di accumulo con la banca che ti ha venduto il prodotto, la polizza ti copre dai seguenti eventi che possono derivare da un infortunio, occorso sia durante l'attività lavorativa (copertura professionale) sia durante il tuo tempo libero (copertura extraprofessionale):

- ✓ **Morte:** in caso di morte a seguito di un infortunio, la Compagnia corrisponde ai tuoi eredi legittimi e/o testamentari, un importo pari al capitale necessario per completare il piano di accumulo o, in assenza di una scadenza predefinita, un importo forfettario, calcolato secondo criteri prestabiliti.
- ✓ **Invalità permanente da infortunio:** se l'infortunio ha causato un'invalità permanente di grado pari o superiore al 60%, la Compagnia ti corrisponde un importo pari al capitale necessario per completare il piano di accumulo o, in assenza di una scadenza predefinita, un importo forfettario, calcolato secondo criteri prestabiliti.
- ✓ È altresì prevista **una Indennità supplementare (sempre corrisposta in caso di sinistro indennizzabile)** corrispondente a una somma pari al doppio dei versamenti che avresti corrisposto per un periodo di 1 anno, calcolata in base alla "Frequenza dei Versamenti" e all'importo dell'ultimo versamento precedente il sinistro.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Persone che, quando l'assicurazione ha inizio, abbiano 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.



Ci sono limiti di copertura?

L'assicurazione non comprende i sinistri:

- ! causati da guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se sei privo della patente di guida. È fatto salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che tu abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- ! derivanti da ubriachezza occasionale, alcolismo, tossico-dipendenza, 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, mareggiate, allagamenti, terremoti, eruzioni vulcaniche.

Sono inoltre escluse:

- ! le rotture sottocutanee di tendini.



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;
- attenerci a tutte le eventuali ulteriori indicazioni fornite dalla Compagnia.



Quando e come devo pagare?

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

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione inizia dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, se hai pagato il premio o la prima rata di premio, e termina alle ore 24 del giorno indicato in polizza come data di scadenza.

In mancanza di disdetta, la polizza è prorogata per un ulteriore anno e così successivamente.



Come posso disdire la polizza?

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

Assicurazione infortuni

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

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.



CHIARA Capitale Protetto

Data aggiornamento: 1 settembre 2020 – 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 ad euro 45.448.157 di cui euro 15.600.000 costituiscono la parte relativa al capitale sociale ed euro 28.134.079 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 31.12.2019.

Informazioni relative al margine di solvibilità Solvency II al 31.12.2019	
Solvency Capital Requirement (SCR)	25.795.879
Minimum Capital Requirement (MCR)	8.271.154
Fondi Propri ammissibili a copertura del SCR	49.157.125
Fondi Propri ammissibili a copertura del MCR	48.295.847
Solvency Capital Ratio*	190,56%

(*) 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 del Contraente/Assicurato nei limiti delle somme assicurate e dei relativi massimali concordati.

Sono operanti le garanzie di seguito indicate:

✓ **Morte da infortunio**

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

✓ **Invalidità Permanente da infortunio**

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente in misura pari o superiore al 60% della capacità lavorativa totale e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Compagnia corrisponde un indennizzo.

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

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

Le garanzie valgono gli infortuni:

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

Sono considerati Infortuni anche:

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

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni con 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?

! L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e di accelerazione artificiale di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- guerre o insurrezioni, salvo quanto diversamente previsto;
- uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti;
- infarti e/o ernie;
- rotture sottocutanee di tendini.

! Sono anche esclusi gli infortuni:

- subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcoolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- subiti in occasione di partecipazione ad imprese temerarie e/o pericolose, tranne che compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine.

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

Garanzie	Limiti d'indennizzo	Franchigie	Scoperti
Morte	<p>Completamento Piano di Accumulo (in caso di Piano di accumulo con scadenza predefinita): l'indennizzo non potrà essere superiore a 30.000,00 euro. Qualora l'ammontare dell'indennizzo sia inferiore a 3.000,00 euro, la Compagnia si impegna comunque a corrispondere un indennizzo pari a 3.000,00 euro.</p> <p>Indennizzo forfettario (in caso di Piano di accumulo senza una scadenza predefinita): l'indennizzo non potrà essere superiore a 30.000,00 euro. Qualora l'ammontare dell'indennizzo sia inferiore a 3.000,00 euro, la Compagnia si impegna comunque a corrispondere un indennizzo pari a 3.000,00 euro.</p>	-	-
Invalidità Permanente	<p>Indennità supplementare: l'indennizzo non potrà essere superiore a 6.000,00 euro</p>	-	-



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Denuncia di sinistro: in caso di sinistro si deve fare denuncia scritta al Servizio Sinistri della Compagnia tramite raccomandata A.R. oppure tramite e-mail o pec agli indirizzi di seguito riportati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it; - helvetiaitalia@pec.helvetia.it; <p>oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata. Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto, sul sito internet della Compagnia www.helvetiaitalia.it, oppure chiamando il Numero verde (dall'Italia) 800.909.650 oppure il Numero +39 025351 1 per chiamate dall'estero e inviare lo stesso unitamente alla documentazione richiesta per la liquidazione dell'indennizzo.</p> <p>Il sinistro deve essere denunciato entro 10 giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità.</p> <p>Inoltre, ci si deve sottoporre alle visite dei medici della Compagnia e alle indagini o agli accertamenti che questa ritenga necessari per liquidare il sinistro.</p> <p>Se si violano questi obblighi, si potrebbe perdere il diritto all'indennizzo.</p> <p>La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.</p> <p>Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici da trasmettersi alla Compagnia attestante la stabilizzazione dei postumi per la opportuna valutazione.</p> <p>L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari o aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia e a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla Compagnia) o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.</p> <p>L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.</p> <p>L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.</p> <p>In caso di morte da infortunio dell'Assicurato, il beneficiario identificato in polizza o, in difetto, gli eredi legittimi e/o testamentari, devono presentare:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero; ii. certificato di morte; iii. certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato; iv. atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi; v. nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, la quietanza emessa dalla Compagnia munita di autorizzazione del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace; vi. eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto. <p>Si precisa che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.</p> <p>Assistenza diretta / in convenzione: le garanzie offerte nella Polizza sono prestate direttamente dalla Compagnia.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: non presente.</p> <p>Prescrizione: i diritti derivanti dal presente contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952, secondo comma, del Codice Civile.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della Copertura.</p>
<p>Obblighi dell'Impresa</p>	<p>Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e valutato il danno, la Compagnia provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla data dell'atto di liquidazione del danno.</p>



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

<p>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 proteggere i propri risparmi destinati alla costituzione di un Piano di Accumulo, tutelandosi in caso di decesso o di invalidità permanente dovuti ad infortunio subito durante lo svolgimento della propria attività professionale ed extraprofessionale. Il prodotto non è sottoscrivibile qualora l'Assicurato, al momento dell'ingresso in copertura, abbia un'età superiore ai 79 anni compiuti.</p>



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 40,03%.
--

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@helvetiaitalia.it</p> <p>Eventuali reclami riguardanti il comportamento della banca distributrice e dei dipendenti e collaboratori di quest'ultima potranno essere inoltrati direttamente alla banca distributrice. 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	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	<p>Mediazione: interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).</p>
Negoziazione assistita (facoltativa)	<p>Negoziazione assistita (facoltativa): tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
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 seguente sito internet e chiedendo l'attivazione della Procedura: http://www.ec.europa.eu/fin-net <p>Tramite il sito della Società (www.helvetiaitalia.it) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.</p>

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

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

Gruppo Helvetia

Polizza infortuni

CHIARA *Capitale Protetto*

Condizioni di Assicurazione

Modello CGA_IPAR001_0920
Edizione 09/2020

Sommario

GLOSSARIO.....	1
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	2
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	2
ART. 1 – APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	2
ART. 2 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO.....	2
ART. 3 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO.....	2
ART. 4 – DECORRENZA DELLA GARANZIA E PAGAMENTO DEL PREMIO.....	2
ART. 5 – DURATA DELL’ASSICURAZIONE E TACITO RINNOVO.....	2
ART. 6 – MODIFICHE DELL’ASSICURAZIONE.....	2
ART. 7 – COLPA GRAVE, TUMULTI.....	2
ART. 8 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI.....	2
ART. 9 – ALTRE ASSICURAZIONI.....	2
ART. 10 – RINUNCIA ALLA RIVALSA.....	2
ART. 11 – ONERI FISCALI.....	2
ART. 12 – FORO COMPETENTE.....	2
ART. 13 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	2
ART. 14 – ESTENSIONE TERRITORIALE.....	2
CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE.....	3
ART. 15 - OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE.....	3
ART. 16 – RISCHI SPORTIVI.....	3
ART. 17 – RISCHIO VOLO.....	3
ART. 18 – RISCHIO GUERRA.....	3
ART. 19 - GARANZIE ASSICURATE.....	3
ART. 20 – CALCOLO DELL’INDENNIZZO.....	3
ART. 21 – LIMITI D’INDENNIZZO.....	4
ART. 22 – SOSPENSIONE E COMPLETAMENTO PIANO DI ACCUMULO.....	4
ART. 23 – ESCLUSIONI.....	4
ART. 24 – PERSONE NON ASSICURABILI – CESSAZIONE DELL’ASSICURAZIONE.....	4
ART. 25 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ.....	4
ART. 26 – OBBLIGHI DELL’ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DI <i>SINISTRO</i>	4
ART. 27 – OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO.....	5
ART. 28 - DIRITTO ALL’INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL’INFORTUNIO.....	5
ART. 29 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE.....	5
ART. 30 – PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI.....	5
APPENDICE “A” Tabella INAIL delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente (D.P.R. 30/6/65 n°1124)	6

GLOSSARIO

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

ASSICURATO: la persona fisica, che può coincidere o meno con il Contraente, per conto della quale è stipulata la Polizza ed è stato pagato il Premio.

Per i Piani di Accumulo intestati a persone giuridiche, possono essere assicurati i seguenti soggetti:

- a) Società di fatto e Società semplici: persone fisiche partecipanti in qualità di soci;
- b) Società per Azioni, Società a Responsabilità Limitata, Società Cooperative: componenti del Consiglio di Amministrazione;
- c) Società in nome Collettivo: Soci Amministratori (con o senza rappresentanza);
- d) Società in accomandita (semplice o per azioni): Socio Amministratore.

Mediante la sottoscrizione di singoli Moduli di Polizza e relativo pagamento del premio possono essere assicurati anche i soggetti cointestati del Piano di Accumulo cui si riferisce l'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.

BENEFICIARIO: il soggetto cui spetta l'indennizzo.

COMPAGNIA: Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

CONTRAENTE: il soggetto che stipula l'assicurazione.

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

FREQUENZA DEI VERSAMENTI: periodicità dei versamenti come prevista dal Piano di Accumulo. Qualora il Piano di Accumulo non preveda una frequenza predefinita di versamenti, quest'ultima sarà determinata come il rapporto su base annua dell'intervallo di tempo (massimo 12 mesi) che decorre dalla data dell'ultimo versamento e la data del versamento immediatamente precedente.

INDENNIZZO: la somma dovuta dalla Compagnia, in base alle coperture assicurative prestate dalla Polizza, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

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

INVALIDITÀ PERMANENTE: la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa, indipendentemente dall'attività svolta.

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

LIQUIDAZIONE: pagamento dell'indennizzo.

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

PIANO DI ACCUMULO: forma di risparmio che permette di investire periodicamente somme di denaro.

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

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

SINISTRO: l'evento dannoso coperto dall'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, salto con l'elastico (bungee jumping), rafting, hydro-speed, kite-surf, down-hill.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono aggiornate alla data del 01/09/2020

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti condizioni di assicurazione si applicano esclusivamente ai titolari di conto corrente della Banca distributrice del prodotto che hanno sottoscritto presso la medesima un Piano di Accumulo. Pertanto, in caso di estinzione del conto corrente sul quale viene addebitato il premio del contratto, l'assicurazione viene risolta di diritto con effetto dalla prima scadenza anniversaria 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 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 3 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

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

ART. 4 – DECORRENZA DELLA GARANZIA E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione decorre, a condizione che sia stato pagato il Premio, dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza riportata sul modulo di polizza, 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 intrattenuto presso una filiale della Banca distributrice del prodotto.

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. 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.

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

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

ART. 6 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 7 – COLPA GRAVE, TUMULTI

In deroga all'art. 1900 c.c., le coperture assicurative si estendono ai Sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato.

In deroga all'art. 1912 c.c. le coperture assicurative si estendono ai Sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

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

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di comunicare preventivamente alla Compagnia l'esistenza di eventuali altre assicurazioni riguardanti gli stessi rischi garantiti dalla presente assicurazione, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

ART. 10 – RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

ART. 11 – ONERI FISCALI

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

ART. 12 – FORO COMPETENTE

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

ART. 13 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 14 – ESTENSIONE TERRITORIALE

La presente assicurazione vale in tutto il mondo.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ART. 15 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Sono compresi in garanzia anche:

- a) gli infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, non provocati da ebbrezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- b) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'assicurato;
- c) gli infortuni causati da 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, esclusi gli infarti e le ernie.

ART. 16 – RISCHI SPORTIVI

La garanzia vale durante la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o comunque svolte non a livello professionale 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) l'uso di mezzi aerei (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili);
- c) sport pericolosi;
- d) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente.

ART. 17 – RISCHIO VOLO

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

ART. 18 – 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, in pace sino ad allora.

ART. 19 - GARANZIE ASSICURATE

Sono operanti le garanzie di seguito indicate:

A) MORTE

Rischio assicurato: decesso dell'Assicurato a seguito d'infortunio.

La Compagnia corrisponderà agli Eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato un indennizzo pari a quanto indicato all'art. 20 "CALCOLO DELL'INDENNIZZO". L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza del Contratto di Assicurazione - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, la Compagnia liquida il capitale garantito dopo 6 mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli artt. 60 e 62 C.C.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, la Compagnia ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

B) INVALIDITÀ PERMANENTE

Rischio assicurato: invalidità permanente totale dell'Assicurato per infortunio.

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente in misura pari o superiore al 60% della capacità lavorativa totale e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Compagnia corrisponde un indennizzo pari a quanto indicato all'art. 20 "CALCOLO DELL'INDENNIZZO".

La percentuale di invalidità permanente è determinata facendo riferimento ai valori delle menomazioni riportati nella Tabella INAIL delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente (D.P.R. 30/6/65 n°1124). Vedere successiva tabella A.

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

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

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

ART. 20 – CALCOLO DELL'INDENNIZZO

1) IN CASO DI PIANO DI ACCUMULO CON SCADENZA CONTRATTUALMENTE PREDEFINITA:

Completamento Piano di Accumulo: indennizzo pari all'ammontare complessivo dei versamenti necessari al completamento del Piano di Accumulo;

2) IN CASO DI PIANO DI ACCUMULO CHE NON PREVEDA UNA SCADENZA PREDEFINITA:

Indennizzo forfettario: indennizzo corrispondente al totale dei versamenti che l'Assicurato avrebbe corrisposto per un periodo di 5 anni, calcolato in base alla "Frequenza dei Versamenti" ed all'importo dell'ultimo versamento precedente il sinistro.

Indennità supplementare (sempre corrisposta in caso di sinistro indennizzabile): erogazione di una somma pari al doppio dei versamenti che l'Assicurato avrebbe corrisposto per un periodo di 1 anno, calcolata in base alla "Frequenza dei Versamenti" ed all'importo dell'ultimo versamento precedente il sinistro.

ART. 21 – LIMITI D'INDENNIZZO

- **Completamento Piano di Accumulo/Indennizzo forfettario:** l'indennizzo non potrà essere superiore a 30.000,00 euro. Qualora l'ammontare dell'indennizzo determinato secondo le modalità descritte all'art. 20 sia inferiore a 3.000,00 euro, la Compagnia si impegna comunque a corrispondere un indennizzo pari a 3.000,00 euro.
- **Indennità supplementare:** l'indennizzo non potrà essere superiore a 6.000,00 euro.

ART. 22 – SOSPENSIONE E COMPLETAMENTO PIANO DI ACCUMULO

Qualora si verifichi la sospensione del versamento periodico la copertura della presente polizza, fermo il regolare pagamento del premio, rimarrà in vigore alle condizioni originariamente pattuite.

In caso di completamento del Piano di Accumulo nel corso di durata della presente polizza, l'assicurazione cesserà alla data di scadenza annversaria, senza obbligo di disdetta e fermo l'impegno da parte della Compagnia, in caso di sinistro indennizzabile, alla corresponsione della garanzia "**Indennità supplementare**".

ART. 23 – ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- c) azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- d) 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);
- e) guerre o insurrezioni, salvo quanto diversamente previsto;
- f) uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti;
- g) infarti e/o ernie;
- h) rotture sottocutanee di tendini;
Sono altresì esclusi gli infortuni:
- i) subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcoolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- j) subiti in occasione di partecipazione ad imprese temerarie e/o pericolose, salvo se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- k) derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine;

ART. 24 – PERSONE NON ASSICURABILI – CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Premesso che la Società, 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 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.

ART. 25 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ

La Compagnia corrisponde l'indennizzo all'Assicurato e/o ai beneficiari 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 sopra specificate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 26 – 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

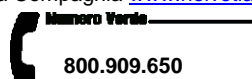
Servizio Sinistri

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 al 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 esser 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. 27.

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, i beneficiari identificati 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. 27 – OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 25 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. 28-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.

All'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. 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 conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

ART. 30 – PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI

La Compagnia procederà al pagamento dell'indennizzo entro 30 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%.

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