



Polizza INFORTUNI AZIENDE

ROMA 10 - 01195 01195 08 46905420 100
 Agenzia Cod. Ramo Polizza Cod. Prod.

Contraente

TE. RI 01487630582
 Cognome e Nome o Ragione Sociale Codice Fiscale o Partita Iva

VIA RENATO SIMONI 31 - ROMA **RM** **00157**
 Indirizzo Prov. Cap.

Rischio assicurato: vale quanto espressamente indicato nella dichiarazione delle persone assicurate, delle garanzie prestate e regolato dalle norme e dalle condizioni previste nella presente polizza.

Effetto, scadenza e frazionamento: 31/12/2018 31/12/2019 ANNUALE 12/11/2018
 dalle ore 24 del alle ore 24 del Frazionamento Data emissione

Premio di polizza:

Premio alla firma fino al 31/12/2019	€ = = = €	1.853,65	€ = = = €	46,35	€ 1.900,00
	Abbuono su pol. sostituita	Sezione Infortuni	Sezione Malattia	Imposte	Premio lordo totale

Premio rate successive scadenti il	€ 1.853,65	€ = = = €	46,35	€ 1.900,00
	Sezione Infortuni	Sezione Malattia	Imposte	Premio lordo totale

Polizza sostituita n. = = = **Quota della Delegataria** 100%

Il Contraente

Chiaro



Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
 Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia

Francesco Farina



L'Art. 14 - Indicizzazione delle Norme che Regolano l'Assicurazione in generale si intende operante.

Polizza soggetta a Regolazione Premio

Vedere allegato n. 1

Pagamento alla firma	Data di pagamento	Ore	Importo	L'Agente
			€ 1.900,00	

Mod. H545 - Ed. 04/2018



Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
 Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
 Via G. B. Cassin's, 21 - 20139 Milano
 Tel. 02 5351 1 (20 Free) - Fax 02 5520360 - 5351461
 Internet: www.helvetia.it
 FEC: helvetia@torloiscer.it

Capitale Sociale franchi svizzeri 77.480.000 i.v.
 N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano, C.F. e Partita I.V.A. 01462690155 - R.E.A. n. 370476
 Imp. Autor. d'eser. della ass. con D. di ric. Del M. Ind., Comm. Ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n.2
 G.U. n. 357 del 31/12/1984 Prov. ISVAP n. 00757 del 19/12/1997 pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/1997
 Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 2.00002
 Iscr. Albo Gruppi Ass. n° d'ord. 031

REGOLAZIONE DEL PREMIO - CONTEGGIO DEL PREMIO
(Operante se richiamata nel frontespizio della presente)**Elementi di rischio variabile**

1) Numero - Addetti	N.	10,00 X €	185,36	=	€	1.853,60
Arrotondamento				=	€	0,05
Premio Imponibile annuo anticipato				=	€	1.853,65
Premio Imponibile rata alla firma				=	€	1.853,65

**Premio Imponibile minimo dovuto alla Società per ciascun anno assicurativo o minor periodo:
100% del Premio Imponibile annuo anticipato**

RESTANTE PARTE DEL FOGLIO LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

ELENCO PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale **in tutto il mondo**, per le persone nominativamente indicate e/o per ciascuna di quelle appartenenti alla categoria assicurata; durante lo svolgimento dell'attività descritta; nei limiti delle somme assicurate; per la combinazione di "rischio assicurato" prescelta, nonché alle condizioni aggiuntive, se richiamate e rese operanti ed alle relative franchigie, ove previste, riportate nelle Condizioni di Assicurazione.

CATEGORIA N. 1					
Persone assicurate: CATEGORIA - Persone assicurate					
Sezione infortuni					
Rischio assicurato		Infortuni solo professionali			
Garanzie e somme assicurate	Morte	Invalidità permanente	Inabilità temporanea	Spese ricovero infortuni	Diaria ricovero da infortuni
	€ 150.000,00	€ 150.000,00	€ 30,00	€ 5.000,00	€
Condizioni aggiuntive		8 = = =			
Beneficiari in caso di morte		Eredi legittimi e/o testamentari			
Sezione malattia					
Garanzie e somme assicurate	Diaria da ricovero da malattia		Grandi interventi chirurgici	Invalidità permanente da malattia	
	Indennità giornaliera	Cond. Aggiuntiva 1 Diaria convalescenza post ricovero = = =		€	€
	€		Premio annuo imponibile	€ 1.853,65	

Rischio assicurato

(è valido solo quello richiamato nel campo "Rischio assicurato")

Descrizione
Infortuni professionali ed extra professionali (come regolato dall'Art. 23 lett. A delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, riportate nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
Infortuni solo professionali (come regolato dall'Art. 23 lett. B delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, riportate nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
Infortuni solo extra professionali (come regolato dall'Art. 23 lett. C delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, riportate nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)

Condizioni aggiuntive - Sezione Infortuni

(sono valide solo quelle richiamate nel campo "Condizioni aggiuntive")

Numero	Descrizione
1	Attività sportive speciali (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
2	Apparecchi gessati - Convalescenza ospedaliera da infortunio (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
3	Terremoto - Guerra (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
4	Viaggi aerei su velivoli privati (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
5	Franchigia Invalidità permanente a scaglioni di somme (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
6	Franchigia Invalidità permanente assoluta 5% (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
7	Franchigia Invalidità permanente assoluta 10% (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
8	Rischio "in itinere" (solo per polizze limitate agli infortuni professionali) (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)

Condizioni aggiuntive - Sezione Malattia

(valida solo se richiamata nel campo "Condizione aggiuntiva Diaria da ricovero da malattia")

Numero	Descrizione
1	Diaria supplementare post ricovero per convalescenza (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)

CONDIZIONI PARTICOLARI

ASSICURAZIONE PER CATEGORIE O GRUPPI

L'assicurazione si intende prestata a favore delle persone appartenenti alle categorie indicate in polizza e per le somme assicurate indicate in polizza.

La Società rinuncia all'indicazione in polizza dei nominativi degli Assicurati; per la loro identificazione si fa comunque riferimento ai libri di amministrazione del Contraente, che dovrà quindi esibirli alla Società, a semplice richiesta, per eventuali accertamenti e controlli.

Le persone che non siano regolarmente iscritte nei libri di amministrazione del Contraente si ritengono come non comprese nell'assicurazione; parimenti non si considerano assicurate le persone appartenenti a categorie diverse da quelle indicate in polizza. Il Contraente dichiara che il numero delle persone assicurate per ciascun gruppo corrisponde a quello dei dipendenti effettivamente in servizio e si impegna a denunciare alla Società entro 60 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto le variazioni che saranno intervenute nella consistenza numerica dei dipendenti indicando per ogni variazione la rispettiva data, affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

REGOLAZIONE DEL PREMIO

il premio convenuto in tutto o in parte sulla base di elementi variabili viene:

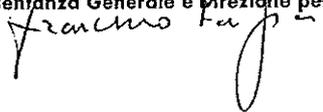
- anticipato in via provvisoria, all'inizio del periodo assicurativo, quale acconto di premio;
 - regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, sulla base della comunicazione consuntiva di detti elementi variabili durante lo stesso periodo.
- a) Comunicazione dei dati e pagamento della differenza di premio
Entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente o l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società, in relazione a quanto previsto dal contratto, gli elementi variabili previsti in polizza. Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni dalla comunicazione effettuata dalla Società.
Resta fermo il premio minimo stabilito in polizza.
- b) Inosservanza dell'obbligo di comunicazione dei dati o dell'obbligo di pagamento (polizze con tacito rinnovo o pluriennali)
Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato, nei termini prescritti, non abbia effettuato la comunicazione dei dati ovvero il pagamento della differenza attiva dovuta, la garanzia prestata per il nuovo periodo assicurativo resta sospesa a partire dal 15° giorno successivo a quello indicato per la scadenza del contratto e fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente o l'Assicurato abbia adempiuto ai propri obblighi e trova applicazione il disposto dell'art. 1901, comma 2, del Codice Civile. Resta fermo il diritto della Società di agire giudizialmente.
- c) Rivalutazione del premio anticipato in via provvisoria
Se all'atto della regolazione annuale il consuntivo degli elementi variabili di rischio supera il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di una rivalutazione del preventivo degli elementi variabili, comunque non inferiore al 75% dell'ultimo consuntivo.
- d) Verifiche e controlli
La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Il contratto è stipulato in base alle dichiarazioni del Contraente ed è regolato dalle Condizioni di Assicurazione Mod. H546 - 06/2015 così modificate dalle pattuazioni specifiche per la presente polizza che il Contraente dichiara di conoscere e di accettare.

Il Contraente



Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazione SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia




RESTANTE PARTE DEL FOGLIO LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

CONTRATTO di ASSICURAZIONE

(Condizioni di assicurazione mod. H546 - Ed. 09/2017 così modificate da specifiche pattuizioni)

DEFINIZIONI CONTRATTUALI

Abuso di psicofarmaci	Assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.
Ambulatorio	La struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna oppure lo studio medico professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Apparecchi gessati	Mezzi di contenzione fissi, costituiti da fasce gessate o altri apparecchi (tutori) comunque immobilizzanti, anche esterni (fissatori esterni), applicati in Istituto di cura o ambulatorio in modo permanente e rimovibile esclusivamente presso l'Istituto di cura o ambulatorio stesso. Sono considerati Apparecchi Gessati i collari non rimovibili dall'Assicurato, e limitatamente alle lesioni comportanti fratture e/o lussazioni, i bendaggi con fasciature elastiche (es. tensoplast).
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione.
Beneficiario	Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Contraente	Il soggetto che stipula l'Assicurazione.
Day Hospital	La degenza, esclusivamente diurna, in ospedale, istituto di cura pubblico, privato o equiparato, documentata da cartella clinica - dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'Istituto di cura - per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportino la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continue.
Diaria da ricovero	Indennizzo per ciascun giorno di degenza dell'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale, istituto di cura pubblico, privato o equiparato.
Diaria sostitutiva	Indennità giornaliera che, in caso di ricovero in ospedale, istituto di cura pubblico, privato o equiparato, rimane a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. Essa è riconosciuta in sostituzione del rimborso delle spese mediche.
Documentazione sanitaria	Si compone della cartella clinica e della documentazione medica e di fatture, notule e/o ricevute in originale.
Ebbrezza alcolica ubriachezza	Condizioni conseguenti all'assunzione di alcool, nelle quali il livello di alcolemia risulta essere pari o superiori ai limiti previsti dalle vigenti normative.
Franchigia	La parte dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.
Grandi interventi chirurgici	S'intendono quelli descritti, alla sezione III, nello specifico elenco.
Inabilità Temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società, in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	Atto medico, praticato in istituto di cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, s'intende equiparata ad un intervento chirurgico la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di Pronto Soccorso.
Invalidità Permanente da Infortunio	Perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Invalidità Permanente da Malattia	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di malattia della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
Istituto di Cura	L'Ospedale, la clinica universitario, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia	Alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendosi per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Malattia preesistente	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della Polizza.
Malattia improvvisa	Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo, noto all'Assicurato.

Malattie/Invalidità coesistenti	Malattie o invalidità presenti nel soggetto Assicurato, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
Malattie/Invalidità concorrenti	Malattie o invalidità presenti nel soggetto Assicurato, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.
Polizza	Il documento che prova l'Assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Proposta	È il documento sottoscritto dal Contraente ed inviato alla Società unitamente al questionario anamnestico, compilato dall'Assicurando, per consentire alla Società stesso di prestare l'Assicurazione.
Psicofarmaci	Farmaci contenenti sostanze psicoattive che agiscono sul Sistema Nervoso Centrale.
Questionario anamnestico	Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante del contratto. Esso deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o, se minore, da chi ne abbia la potestà) e trasmesso preventivamente alla Società, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, per consentire la valutazione obiettiva del rischio da parte della Società stessa.
Recesso	Scioglimento del vincolo contrattuale
Ricovero	Degenza dovuta a malattia e/o infortunio comportante necessità di pernottamento, in Ospedale o Casa di cura, regolarmente autorizzati o fornire assistenza sanitaria.
Scoperto	La quota di danno, espressa in percentuale, dedotta dall'ammontare dell'indennizzo, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sforzo	Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie attività e dagli atti di forza lavorativi dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi del ricovero in istituto di cura o della degenza in Day Hospital o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni mediche, che nel loro insieme possono avvenire anche in tempi diversi, garantiti dal contratto assicurativo a seguito di malattia, infortunio, parto o interruzione terapeutica non volontaria della gravidanza.
Società	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia.
Termine di aspettativa	Periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione della Polizza e l'effettivo decorrenza della garanzia.

GLOSSARIO

(Indicazioni aggiuntive tese a garantire la riconducibilità alle Unità di misura previste dal Sistema Internazionale - SI, definite dal DPR 802/1982 e successive modifiche)

Anno (annuo - annuale)	periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile).
Bimestre (bimestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Età assicurativa	età in anni interi, determinata trascurando le frazioni di anno.
Mese (mensile)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Poliennale (durata)	periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo).
Quadrimestre (quadrimestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Quinquennio (quinquennale)	periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo).
Semestre (semestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Settimana (settimanale)	periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.
Trimestre (trimestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo n° 209 del 7/9/2005 ed in conformità con quanto disposto dal regolamento ISVAP n° 35 del 26/5/2010, il Contraente dichiara di aver preventivamente ricevuto il FASCICOLO INFORMATIVO - mod. H548 - Ed. 07/2018 contenente: la Nota Informativa - mod. H547 - Ed. 07/2018 e le Condizioni di Assicurazione - mod. H546 - Ed. 09/2017.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'INFORMATIVA PRIVACY prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e si impegna a fornire copia conforme al testo ricevuto, in nome e per conto del Titolare, agli eventuali altri interessati di cui lo stesso abbia conferito o conferirà al Titolare i dati personali.

Agli effetti della validità della garanzia, il Contraente dichiara :

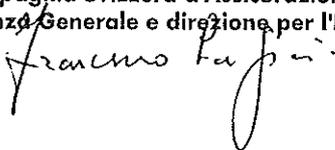
- di non avere e di non essere a conoscenza che le persone assicurate abbiano difetti fisici, malattie croniche o che comportino l'assunzione di una terapia farmacologica continuativa, menomazioni o subito infortuni con residue gravi invalidità permanenti o avuto polizze infortuni o malattie annullate per sinistro;
- che la polizza è liberamente stipulata in aggiunta ed indipendentemente da obblighi assicurativi di leggi vigenti e future;

La polizza è stipulata in base alle dichiarazioni del Contraente, sopradescritte ed è regolata dalle "Norme che regolano l'assicurazione in generale", dalle "Norme Comuni ai Moduli", dalle "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni" riportate nelle Condizioni di Assicurazione Mod. H546, che costituisce parte integrante della polizza e che il Contraente dichiara di aver ricevuto, di conoscere e di accettare.

AVVERTENZA - Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente al momento della stipulazione del contratto relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio assicurato e sulla determinazione del premio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e comunque compromettere il diritto alla prestazione, nonché la cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile).

AVVERTENZA - Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto legittimato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso.

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e direzione per l'Italia




CONDIZIONI DA APPROVARSI SPECIFICAMENTE

Il Contraente dichiara inoltre di approvare specificatamente - ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ. i seguenti articoli delle Condizioni Assicurazione:

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 2 - Altre Assicurazioni; Art. 7 - Denuncia del sinistro e Obblighi del Contraente e/o Assicurato Art. 8 - Recesso in caso di sinistro; Art. 9 - Proroga dell'assicurazione - limiti di età Art. 14 - Indicizzazione.

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 18 - Persone non assicurabili; Art. 19 - Controversie - Arbitrato irrituale; Art. 21 - Attività professionale svolta diversa da quella dichiarata.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 28 - Invalidità Permanente; Art. 32 - Franchigia Inabilità Temporanea.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO

Art. 42- Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA

Art. 50 - Decorrenza della Garanzia - Termini di Aspettativa.

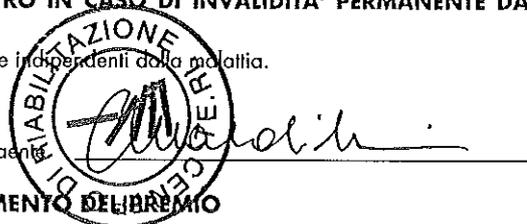
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 58 - Decorrenza della Garanzia - Termini di Aspettativa.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 62- Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dalla malattia.

Il Contraente



PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio è previsto con periodicità annuale. E' inoltre prevista la possibilità di frazionare il pagamento del premio in più rate (semestrali, con aumento del 3%, quadrimestrali, con aumento del 4% o trimestrali, con aumento del 5% del premio annuo).

I mezzi di pagamento del premio accettati dalla Società, ai sensi della vigente normativa antiriciclaggio D.lgs. n° 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni, sono: assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico e denaro contante, con i limiti e le modalità previsti dalla citata norma.



Polizza INFORTUNI AZIENDE

ROMA 10 - 01195 01195 08 46905420 100
Agenzia Cod. Ramo Polizza Cod. Prod.

Contraente

TE. RI 01487630582
Cognome e Nome o Ragione Sociale Codice Fiscale o Partita Iva

VIA RENATO SIMONI 31 - ROMA **RM** **00157**
Indirizzo Prov. Cap.

Rischio assicurato: vale quanto espressamente indicato nella dichiarazione delle persone assicurate, delle garanzie prestate e regolato dalle norme e dalle condizioni previste nella presente polizza.

Effetto, scadenza e frazionamento:

31/12/2018 <small>dalle ore 24 del</small>	31/12/2019 <small>alle ore 24 del</small>	ANNUALE <small>Frazionamento</small>	12/11/2018 <small>Data emissione</small>
---	--	--	---

Premio di polizza:

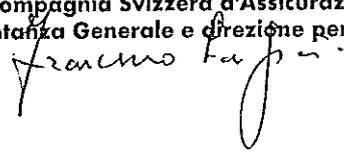
Premio alla firma fino al 31/12/2019	€ = = = € 1.853,65	€ = = = € 46,35	€ 1.900,00
	<small>Abbuono su pol. sostituita</small>	<small>Sezione Infortuni</small>	<small>Sezione Malattia</small>
	<small>Imposte</small>	<small>Premio lordo totale</small>	

Premio rate successive scadenti il	€ 1.853,65	€ = = = € 46,35	€ 1.900,00
	<small>Sezione Infortuni</small>	<small>Sezione Malattia</small>	<small>Premio lordo totale</small>
	<small>Imposte</small>		

Polizza sostituita n. = = = **Quota della Delegataria** 100%

Il Contraente

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
 Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia




L'Art. 14 - Indicizzazione delle Norme che Regolano l'Assicurazione in generale si intende operante.

Polizza soggetta a Regolazione Premio

Vedere allegato n. 1

Pagamento alla firma	Data di pagamento	Ore	Importo	L'Agente
			€ 1.900,00	

Mod. H545 - Ed. 04/2018



Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
 Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
 Via G. B. Cassinà, 21 - 20139 Milano
 Tel. 02 5351 1 (20 linee) - Fax 02 5520360 - 5351461
 Internet: www.helvetia.it
 FEC: helvetia@actu@esentyma.it

Capitale Sociale franchi svizzeri 77.480.000 i.v.
 N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano, C.F. e Partita I.V.A. 01462690155 - R.E.A. n. 370476
 Imp. Autor. all'eser. della ass. con D. di ric. Del M. Ind., Comm. Ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n.2
 G.U. n. 357 del 31/12/1984 Prov. ISVAP n. 00757 del 19/12/1997 pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/1997
 Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 2.00002
 Iscr. Albo Gruppi Ass. n.d'ord. 031

REGOLAZIONE DEL PREMIO - CONTEGGIO DEL PREMIO
(Operante se richiamata nel frontespizio della presente)**Elementi di rischio variabile**

1) Numero - Addetti	N.	10,00 X €	185,36	=	€	1.853,60
Arrotondamento				=	€	0,05
Premio Imponibile annuo anticipato				=	€	1.853,65
Premio Imponibile rata alla firma				=	€	1.853,65

**Premio Imponibile minimo dovuto alla Società per ciascun anno assicurativo o minor periodo:
100% del Premio Imponibile annuo anticipato**

RESTANTE PARTE DEL FOGLIO LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

ELENCO PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale **in tutto il mondo**, per le persone nominalmente indicate e/o per ciascuna di quelle appartenenti alla categoria assicurata; durante lo svolgimento dell'attività descritta; nei limiti delle somme assicurate; per la combinazione di "rischio assicurato" prescelta, nonché alle condizioni aggiuntive, se richiamate e rese operanti ed alle relative franchigie, ove previste, riportate nelle Condizioni di Assicurazione.

CATEGORIA N. 1					
Persone assicurate: CATEGORIA - Persone assicurate					
Sezione infortuni					
Rischio assicurato		Infortuni solo professionali			
Garanzie e somme assicurate	Morte	Invalidità permanente	Inabilità temporanea	Spese ricovero infortuni	Diaria ricovero da infortuni
	€ 150.000,00	€ 150.000,00	€ 30,00	€ 5.000,00	€
Condizioni aggiuntive		8 = = =			
Beneficiari in caso di morte		Eredi legittimi e/o testamentari			
Sezione malattia					
Garanzie e somme assicurate	Diaria da ricovero da malattia		Grandi interventi chirurgici	Invalidità permanente da malattia	
	Indennità giornaliera	Cond. Aggiuntiva 1 Diaria convalescenza post ricovero = = =		€	€
	€		Premio annuo imponibile	€ 1.853,65	

Rischio assicurato

(è valido solo quello richiamato nel campo "Rischio assicurato")

Descrizione
Infortuni professionali ed extra professionali (come regolato dall'Art. 23 lett. A delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, riportate nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
Infortuni solo professionali (come regolato dall'Art. 23 lett. B delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, riportate nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
Infortuni solo extra professionali (come regolato dall'Art. 23 lett. C delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, riportate nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)

Condizioni aggiuntive - Sezione Infortuni

(sono valide solo quelle richiamate nel campo "Condizioni aggiuntive")

Numero	Descrizione
1	Attività sportive speciali (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
2	Apparecchi gessati - Convalescenza ospedaliera da infortunio (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
3	Terremoto - Guerra (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
4	Viaggi aerei su velivoli privati (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
5	Franchigia Invalidità permanente a scaglioni di somme (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
6	Franchigia Invalidità permanente assoluta 5% (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
7	Franchigia Invalidità permanente assoluta 10% (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
8	Rischio "in itinere" (solo per polizze limitate agli infortuni professionali) (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)

Condizioni aggiuntive - Sezione Malattia

(valida solo se richiamata nel campo "Condizione aggiuntiva Diaria da ricovero da malattia")

Numero	Descrizione
1	Diaria supplementare post ricovero per convalescenza (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)

CONDIZIONI PARTICOLARI**ASSICURAZIONE PER CATEGORIE O GRUPPI**

L'assicurazione si intende prestata a favore delle persone appartenenti alle categorie indicate in polizza e per le somme assicurate indicate in polizza.

La Società rinuncia all'indicazione in polizza dei nominativi degli Assicurati; per la loro identificazione si fa comunque riferimento ai libri di amministrazione del Contraente, che dovrà quindi esibirli alla Società, a semplice richiesta, per eventuali accertamenti e controlli.

Le persone che non siano regolarmente iscritte nei libri di amministrazione del Contraente si ritengono come non comprese nell'assicurazione; parimenti non si considerano assicurate le persone appartenenti a categorie diverse da quelle indicate in polizza.

Il Contraente dichiara che il numero delle persone assicurate per ciascun gruppo corrisponde a quello dei dipendenti effettivamente in servizio e si impegna a denunciare alla Società entro 60 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto le variazioni che saranno intervenute nella consistenza numerica dei dipendenti indicando per ogni variazione la rispettiva data, affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

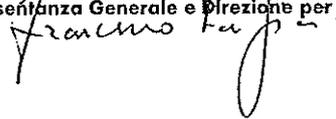
REGOLAZIONE DEL PREMIO

il premio convenuto in tutto o in parte sulla base di elementi variabili viene:

- anticipato in via provvisoria, all'inizio del periodo assicurativo, quale acconto di premio;
 - regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, sulla base della comunicazione consuntiva di detti elementi variabili durante lo stesso periodo.
- a) Comunicazione dei dati e pagamento della differenza di premio
Entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente o l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società, in relazione a quanto previsto dal contratto, gli elementi variabili previsti in polizza. Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni dalla comunicazione effettuata dalla Società.
Resta fermo il premio minimo stabilito in polizza.
- b) Inosservanza dell'obbligo di comunicazione dei dati o dell'obbligo di pagamento (polizze con tacito rinnovo o pluriennali)
Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato, nei termini prescritti, non abbia effettuato la comunicazione dei dati ovvero il pagamento della differenza attiva dovuta, la garanzia prestata per il nuovo periodo assicurativo resta sospesa a partire dal 15° giorno successivo a quello indicato per la scadenza del contratto e fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente o l'Assicurato abbia adempiuto ai propri obblighi e trova applicazione il disposto dell'art. 1901, comma 2, del Codice Civile. Resta fermo il diritto della Società di agire giudizialmente.
- c) Rivalutazione del premio anticipato in via provvisoria
Se all'atto della regolazione annuale il consuntivo degli elementi variabili di rischio supera il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di una rivalutazione del preventivo degli elementi variabili, comunque non inferiore al 75% dell'ultimo consuntivo.
- d) Verifiche e controlli
La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Il contratto è stipulato in base alle dichiarazioni del Contraente ed è regolato dalle Condizioni di Assicurazione Mod. H546 - 06/2015 così modificate dalle pattuazioni specifiche per la presente polizza che il Contraente dichiara di conoscere e di accettare.

Il Contraente


Helvetia Compagnia Svizzera d'assicurazione SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia**RESTANTE PARTE DEL FOGLIO LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO**

CONTRATTO di ASSICURAZIONE

(Condizioni di assicurazione mod. H546 - Ed. 09/2017 così modificate da specifiche pattuizioni)

DEFINIZIONI CONTRATTUALI

Abuso di psicofarmaci	Assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.
Ambulatorio	La struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna oppure lo studio medico professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Apparecchi gessati	Mezzi di contenzione fissi, costituiti da fasce gessate o altri apparecchi (tutori) comunque immobilizzanti, anche esterni (fissatori esterni), applicati in Istituto di cura o ambulatorio in modo permanente e rimovibile esclusivamente presso l'Istituto di cura o ambulatorio stesso. Sono considerati Apparecchi Gessati i collari non rimovibili dall'Assicurato, e limitatamente alle lesioni comportanti fratture e/o lussazioni, i bendaggi con fasciature elastiche (es. tensoplast).
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione.
Beneficiario	Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Contraente	Il soggetto che stipula l'Assicurazione.
Day Hospital	La degenza, esclusivamente diurna, in ospedale, istituto di cura pubblico, privato o equiparato, documentata da cartella clinica - dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'Istituto di cura - per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportino la necessità di un ricovero, ma richiedano, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continue.
Diaria da ricovero	Indennizzo per ciascun giorno di degenza dell'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale, istituto di cura pubblico, privato o equiparato.
Diaria sostitutiva	Indennità giornaliera che, in caso di ricovero in ospedale, istituto di cura pubblico, privato o equiparato, rimane a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. Essa è riconosciuta in sostituzione del rimborso delle spese mediche.
Documentazione sanitaria	Si compone della cartella clinica e della documentazione medica e di fatture, notule e/o ricevute in originale.
Ebbrezza alcolica ubriachezza	Condizioni conseguenti all'assunzione di alcool, nelle quali il livello di alcolemia risulta essere pari o superiori ai limiti previsti dalle vigenti normative.
Franchigia	La parte dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.
Grandi interventi chirurgici	S'intendono quelli descritti, alla sezione III, nello specifico elenco.
Inabilità Temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società, in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	Atto medico, praticato in istituto di cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, s'intende equiparata ad un intervento chirurgico la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di Pronto Soccorso.
Invalidità Permanente da Infortunio	Perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Invalidità Permanente da Malattia	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di malattia della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
Istituto di Cura	L'Ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia	Alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendosi per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Malattia preesistente	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della Polizza.
Malattia improvvisa	Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo, noto all'Assicurato.

Malattie/Invalidità coesistenti	Malattie o invalidità presenti nel soggetto Assicurato, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
Malattie/Invalidità concorrenti	Malattie o invalidità presenti nel soggetto Assicurato, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.
Polizza	il documento che prova l'Assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Proposta	È il documento sottoscritto dal Contraente ed inviato alla Società unitamente al questionario anamnestico, compilato dall'Assicurando, per consentire alla Società stesso di prestare l'Assicurazione.
Psicofarmaci	Farmaci contenenti sostanze psicoattive che agiscono sul Sistema Nervoso Centrale.
Questionario anamnestico	Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante del contratto. Esso deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o, se minore, da chi ne abbia la potestà) e trasmesso preventivamente alla Società, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, per consentire la valutazione obiettiva del rischio da parte della Società stessa.
Recesso	Scioglimento del vincolo contrattuale
Ricovero	Degenza dovuta a malattia e/o infortunio comportante necessità di pernottamento, in Ospedale o Casa di cura, regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria.
Scoperto	La quota di danno, espressa in percentuale, dedotta dall'ammontare dell'indennizzo, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sforzo	Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie attività e dagli atti di forza lavorativi dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi del ricovero in istituto di cura o della degenza in Day Hospital o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni mediche, che nel loro insieme possono avvenire anche in tempi diversi, garantiti dal contratto assicurativo a seguito di malattia, infortunio, parto o interruzione terapeutica non volontaria della gravidanza.
Società	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia.
Termine di aspettativa	Periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione della Polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.

GLOSSARIO

(Indicazioni aggiuntive tese a garantire la riconducibilità alle Unità di misura previste dal Sistema Internazionale - SI, definite dal DPR 802/1982 e successive modifiche)

Anno (annuo - annuale)	periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile).
Bimestre (bimestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Età assicurativa	età in anni interi, determinata trascurando le frazioni di anno.
Mese (mensile)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Poliennale (durata)	periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo).
Quadrimestre (quadrimestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Quinquennio (quinquennale)	periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo).
Semestre (semestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Settimana (settimanale)	periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.
Trimestre (trimestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo n° 209 del 7/9/2005 ed in conformità con quanto disposto dal regolamento ISVAP n° 35 del 26/5/2010, il Contraente dichiara di aver preventivamente ricevuto il FASCICOLO INFORMATIVO - mod. H548 - Ed. 07/2018 contenente: la Nota Informativa - mod. H547 - Ed. 07/2018 e le Condizioni di Assicurazione - mod. H546 - Ed. 09/2017.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'INFORMATIVA PRIVACY prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e si impegna a fornire copia conforme al testo ricevuto, in nome e per conto del Titolare, agli eventuali altri interessati di cui lo stesso abbia conferito o conferirà al Titolare i dati personali.

Agli effetti della validità della garanzia, il Contraente dichiara :

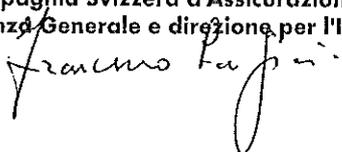
- di non avere e di non essere a conoscenza che le persone assicurate abbiano difetti fisici, malattie croniche o che comportino l'assunzione di una terapia farmacologica continuativa, menomazioni o subito infortuni con residue gravi invalidità permanenti o avuto polizze infortuni o malattie annullate per sinistro;
- che la polizza è liberamente stipulata in aggiunta ed indipendentemente da obblighi assicurativi di leggi vigenti e future;

La polizza è stipulata in base alle dichiarazioni del Contraente, sopradescritte ed è regolata dalle "Norme che regolano l'assicurazione in generale", dalle "Norme Comuni ai Moduli", dalle "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni" riportate nelle Condizioni di Assicurazione Mod. H546, che costituisce parte integrante della polizza e che il Contraente dichiara di aver ricevuto, di conoscere e di accettare.

AVVERTENZA - Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente al momento della stipulazione del contratto relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio assicurato e sulla determinazione del premio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e comunque compromettere il diritto alla prestazione, nonché la cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile).

AVVERTENZA - Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto legittimato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso.

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e direzione per l'Italia




CONDIZIONI DA APPROVARSI SPECIFICAMENTE

Il Contraente dichiara inoltre di approvare specificatamente - ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ. i seguenti articoli delle Condizioni Assicurazione:

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 2 - Altre Assicurazioni; Art. 7 - Denuncia del sinistro e Obblighi del Contraente e/o Assicurato Art. 8 - Recesso in caso di sinistro; Art. 9 - Proroga dell'assicurazione - Limiti di età Art. 14 - Indicizzazione.

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 18 - Persone non assicurabili; Art. 19 - Controversie - Arbitrato irrituale; Art. 21 - Attività professionale svolta diversa da quella dichiarata.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 28 - Invalidità Permanente; Art. 32 - Franchigia Inabilità Temporanea.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO

Art. 42- Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA

Art. 50 - Decorrenza della Garanzia - Termini di Aspettativa.

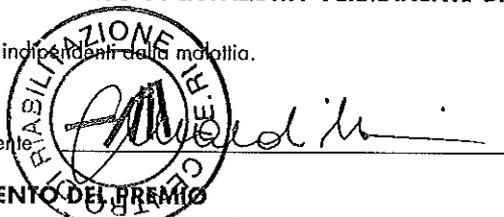
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 58 - Decorrenza della Garanzia - Termini di Aspettativa.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 62- Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dalla malattia.

Il Contraente



PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio è previsto con periodicità annuale. E' inoltre prevista la possibilità di frazionare il pagamento del premio in più rate (semestrali, con aumento del 3%, quadrimestrali, con aumento del 4% o trimestrali, con aumento del 5% del premio annuo).

I mezzi di pagamento del premio accettati dalla Società, ai sensi della vigente normativa anticiclaggio D.lgs. n° 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni, sono: assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico e denaro contante, con i limiti e le modalità previsti dalla citata norma.



Polizza INFORTUNI AZIENDE

ROMA 10 - 01195 01195 08 46905420 100
 Agenzia Cod. Ramo Polizza Cod. Prod.

Contraente

TE. RI 01487630582
 Cognome e Nome o Ragione Sociale Codice Fiscale o Partita Iva

VIA RENATO SIMONI 31 - ROMA **RM** **00157**
 Indirizzo Prov. Cap.

Rischio assicurato: vale quanto espressamente indicato nella dichiarazione delle persone assicurate, delle garanzie prestate e regolato dalle norme e dalle condizioni previste nella presente polizza.

Effetto, scadenza e frazionamento:

31/12/2018	31/12/2019	ANNUALE	12/11/2018
dalle ore 24 del	alle ore 24 del	Frazionamento	Data emissione

Premio di polizza:

Premio alla firma fino al 31/12/2019	€ = = = €	1.853,65	€ = = = €	46,35	€ 1.900,00
	Abbuono su pol. sostituita	Sezione Infortuni	Sezione Malattia	Imposte	Premio lordo totale

Premio rate successive scadenti il	€	1.853,65	€ = = = €	46,35	€ 1.900,00
		Sezione Infortuni	Sezione Malattia	Imposte	Premio lordo totale

Polizza sostituita n. = = = **Quota della Delegataria** 100%

Il Contraente

Mano



Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
 Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia

Francesco Fugini



L'Art. 14 - Indicizzazione delle Norme che Regolano l'Assicurazione in generale si intende operante.

Polizza soggetta a Regolazione Premio

Vedere allegato n. 1

Pagamento alla firma	Data di pagamento	Ore	Importo	L'Agente
	12/11/2018		€ 1.900,00	

Mod. H545 - Ed. 04/2018



Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
 Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
 Via G. B. Cassinis, 21 - 20139 Milano
 Tel. 02 5351 1 (20 linee) - Fax 02 5520360 - 5351461
 Internet: www.helvetia.it
 FEC: helvetia@societaiscertyma1.it

Capitale Sociale franchi svizzeri 77.480.000 I.v.
 N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano, C.F. e Partita I.V.A. 01462690155 - R.E.A. n. 370476
 I.r.p. Avv. d'eser. della ass. con D. di ric. Del M. Ind., Comm. Ed. Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2
 G.U. n. 357 del 31/12/1984 Prov. ISVAP n. 00757 del 19/12/1997 pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/1997
 Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 2.00002
 Iscr. Albo Gruppi Ass. n° d'ord. 031

REGOLAZIONE DEL PREMIO - CONTEGGIO DEL PREMIO
(Operante se richiamata nel frontespizio della presente)**Elementi di rischio variabile**

1) Numero - Addetti	N.	10,00 X €	185,36	=	€	1.853,60
Arrotondamento				=	€	0,05
Premio Imponibile annuo anticipato				=	€	1.853,65
Premio Imponibile rata alla firma				=	€	1.853,65

**Premio Imponibile minimo dovuto alla Società per ciascun anno assicurativo o minor periodo:
100% del Premio Imponibile annuo anticipato**

RESTANTE PARTE DEL FOGLIO LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO



ELENCO PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale **in tutto il mondo**, per le persone nominativamente indicate e/o per ciascuna di quelle appartenenti alla categoria assicurata; durante lo svolgimento dell'attività descritta; nei limiti delle somme assicurate; per la combinazione di "rischio assicurato" prescelta, nonché alle condizioni aggiuntive, se richiamate e rese operanti ed alle relative franchigie, ove previste, riportate nelle Condizioni di Assicurazione.

CATEGORIA N. 1					
Persone assicurate: CATEGORIA - Persone assicurate					
Sezione infortuni					
Rischio assicurato		Infortuni solo professionali			
Garanzie e somme assicurate	Morte	Invalidità permanente	Inabilità temporanea	Spese ricovero infortuni	Diaria ricovero da infortuni
	€ 150.000,00	€ 150.000,00	€ 30,00	€ 5.000,00	€
Condizioni aggiuntive		8 = = =			
Beneficiari in caso di morte		Eredi legittimi e/o testamentari			
Sezione malattia					
Garanzie e somme assicurate	Diaria da ricovero da malattia		Grandi interventi chirurgici	Invalidità permanente da malattia	
	Indennità giornaliera	Cond. Aggiuntiva 1 Diaria convalescenza post ricovero = = =			
	€		€		€
			Premio annuo imponibile		€ 1.853,65

Rischio assicurato

(è valido solo quello richiamato nel campo "Rischio assicurato")

Descrizione
Infortuni professionali ed extra professionali (come regolato dall'Art. 23 lett. A delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, riportate nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
Infortuni solo professionali (come regolato dall'Art. 23 lett. B delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, riportate nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
Infortuni solo extra professionali (come regolato dall'Art. 23 lett. C delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, riportate nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)

Condizioni aggiuntive - Sezione Infortuni

(sono valide solo quelle richiamate nel campo "Condizioni aggiuntive")

Numero	Descrizione
1	Attività sportive speciali (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
2	Apparecchi gessati - Convalescenza ospedaliera da infortunio (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
3	Terremoto - Guerra (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
4	Viaggi aerei su velivoli privati (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
5	Franchigia Invalidità permanente a scaglioni di somme (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
6	Franchigia Invalidità permanente assoluta 5% (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
7	Franchigia Invalidità permanente assoluta 10% (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)
8	Rischio "in itinere" (solo per polizze limitate agli infortuni professionali) (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)

Condizioni aggiuntive - Sezione Malattia

(valida solo se richiamata nel campo "Condizione aggiuntiva Diaria da ricovero da malattia")

Numero	Descrizione
1	Diaria supplementare post ricovero per convalescenza (come regolato dal testo riportato nelle Condizioni di polizza Infortuni Aziende)

CONDIZIONI PARTICOLARI**ASSICURAZIONE PER CATEGORIE O GRUPPI**

L'assicurazione si intende prestata a favore delle persone appartenenti alle categorie indicate in polizza e per le somme assicurate indicate in polizza.

La Società rinuncia all'indicazione in polizza dei nominativi degli Assicurati; per la loro identificazione si fa comunque riferimento ai libri di amministrazione del Contraente, che dovrà quindi esibirli alla Società, a semplice richiesta, per eventuali accertamenti e controlli.

Le persone che non siano regolarmente iscritte nei libri di amministrazione del Contraente si ritengono come non comprese nell'assicurazione; parimenti non si considerano assicurate le persone appartenenti a categorie diverse da quelle indicate in polizza.

Il Contraente dichiara che il numero delle persone assicurate per ciascun gruppo corrisponde a quello dei dipendenti effettivamente in servizio e si impegna a denunciare alla Società entro 60 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto le variazioni che saranno intervenute nella consistenza numerica dei dipendenti indicando per ogni variazione la rispettiva data, affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

REGOLAZIONE DEL PREMIO

il premio convenuto in tutto o in parte sulla base di elementi variabili viene:

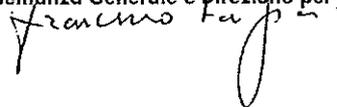
- anticipato in via provvisoria, all'inizio del periodo assicurativo, quale acconto di premio;
 - regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, sulla base della comunicazione consuntiva di detti elementi variabili durante lo stesso periodo.
- a) Comunicazione dei dati e pagamento della differenza di premio
Entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente o l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società, in relazione a quanto previsto dal contratto, gli elementi variabili previsti in polizza. Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni dalla comunicazione effettuata dalla Società.
Resta fermo il premio minimo stabilito in polizza.
- b) Inosservanza dell'obbligo di comunicazione dei dati o dell'obbligo di pagamento (polizze con tacito rinnovo o pluriennali)
Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato, nei termini prescritti, non abbia effettuato la comunicazione dei dati ovvero il pagamento della differenza attiva dovuta, la garanzia prestata per il nuovo periodo assicurativo resta sospesa a partire dal 15° giorno successivo a quello indicato per la scadenza del contratto e fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente o l'Assicurato abbia adempiuto ai propri obblighi e trova applicazione il disposto dell'art. 1901, comma 2, del Codice Civile. Resta fermo il diritto della Società di agire giudizialmente.
- c) Rivalutazione del premio anticipato in via provvisoria
Se all'atto della regolazione annuale il consuntivo degli elementi variabili di rischio supera il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di una rivalutazione del preventivo degli elementi variabili, comunque non inferiore al 75% dell'ultimo consuntivo.
- d) Verifiche e controlli
La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Il contratto è stipulato in base alle dichiarazioni del Contraente ed è regolato dalle Condizioni di Assicurazione Mod. H546 - 06/2015 così modificate dalle pattuazioni specifiche per la presente polizza che il Contraente dichiara di conoscere e di accettare

Il Contraente




Helvetia Compagnia Svizzera d'assicurazione SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia





RESTANTE PARTE DEL FOGLIO LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

CONTRATTO di ASSICURAZIONE

(Condizioni di assicurazione mod. H546 - Ed. 09/2017 così modificate da specifiche pattuizioni)

DEFINIZIONI CONTRATTUALI

Abuso di psicofarmaci	Assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.
Ambulatorio	La struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna oppure lo studio medico professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Apparecchi gessati	Mezzi di contenzione fissi, costituiti da fasce gessate o altri apparecchi (tutori) comunque immobilizzanti, anche esterni (fissatori esterni), applicati in Istituto di cura o ambulatorio in modo permanente e rimovibile esclusivamente presso l'Istituto di cura o ambulatorio stesso. Sono considerati Apparecchi Gessati i collari non rimovibili dall'Assicurato, e limitatamente alle lesioni comportanti fratture e/o lussazioni, i bendaggi con fasciature elastiche (es. tensoplast).
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione.
Beneficiario	Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Contraente	Il soggetto che stipula l'Assicurazione.
Day Hospital	La degenza, esclusivamente diurna, in ospedale, istituto di cura pubblico, privato o equiparato, documentata da cartella clinica - dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'Istituto di cura - per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportino la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continue.
Diaria da ricovero	Indennizzo per ciascun giorno di degenza dell'Assicurato, o seguito di ricovero in ospedale, istituto di cura pubblico, privato o equiparato
Diaria sostitutiva	Indennità giornaliera che, in caso di ricovero in ospedale, istituto di cura pubblico, privato o equiparato, rimane a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. Essa è riconosciuta in sostituzione del rimborso delle spese mediche.
Documentazione sanitaria	Si compone della cartella clinica e della documentazione medica e di fatture, notule e/o ricevute in originale.
Ebbrezza alcolica ubriachezza	Condizioni conseguenti all'assunzione di alcool, nelle quali il livello di alcolemia risulta essere pari o superiori ai limiti previsti dalle vigenti normative.
Franchigia	La parte dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.
Grandi interventi chirurgici	S'intendono quelli descritti, alla sezione III, nello specifico elenco.
Inabilità Temporanea	La perdita temporanea, o seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società, in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	Atto medico, praticato in istituto di cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, s'intende equiparata ad un intervento chirurgico la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di Pronto Soccorso.
Invalidità Permanente da Infortunio	Perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Invalidità Permanente da Malattia	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di malattia della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
Istituto di Cura	L'Ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia	Allerazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendosi per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Malattia preesistente	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della Polizza.
Malattia improvvisa	Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo, noto all'Assicurato.

Malattie/Invalidità coesistenti	Malattie o invalidità presenti nel soggetto Assicurato, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
Malattie/Invalidità concorrenti	Malattie o invalidità presenti nel soggetto Assicurato, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.
Polizza	Il documento che prova l'Assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Proposta	È il documento sottoscritto dal Contraente ed inviato alla Società unitamente al questionario anamnestico, compilato dall'Assicurando, per consentire alla Società stessa di prestare l'Assicurazione.
Psicofarmaci	Farmaci contenenti sostanze psicoattive che agiscono sul Sistema Nervoso Centrale.
Questionario anamnestico	Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante del contratto. Esso deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o, se minore, da chi ne abbia la potestà) e trasmesso preventivamente alla Società, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, per consentire la valutazione obiettiva del rischio da parte della Società stessa.
Recesso	Scioglimento del vincolo contrattuale
Ricovero	Degenza dovuta a malattia e/o infortunio comportante necessità di pernottamento, in Ospedale o Casa di cura, regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria.
Scoperto	La quota di danno, espressa in percentuale, dedotta dall'ammontare dell'indennizzo, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sforzo	Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie attività e dagli atti di forza lavorativi dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi del ricovero in istituto di cura o della degenza in Day Hospital o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni mediche, che nel loro insieme possono avvenire anche in tempi diversi, garantiti dal contratto assicurativo a seguito di malattia, infortunio, parto o interruzione terapeutica non volontaria della gravidanza.
Società	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia.
Termine di aspettativa	Periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione della Polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.

GLOSSARIO

(Indicazioni aggiuntive tese a garantire la riconducibilità alle Unità di misura previste dal Sistema Internazionale - SI, definite dal DPR 802/1982 e successive modifiche)

Anno (annuo - annuale)	periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile).
Bimestre (bimestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Età assicurativa	età in anni interi, determinata trascurando le frazioni di anno.
Mese (mensile)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Poliennale (durata)	periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo).
Quadrimestre (quadrimestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Quinquennio (quinquennale)	periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo).
Semestre (semestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Settimana (settimanale)	periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.
Trimestre (trimestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo n° 209 del 7/9/2005 ed in conformità con quanto disposto dal regolamento ISVAP n° 35 del 26/5/2010, il Contraente dichiara di aver preventivamente ricevuto il FASCICOLO INFORMATIVO - mod. H548 - Ed. 07/2018 contenente: la Nota Informativa - mod. H547 - Ed. 07/2018 e le Condizioni di Assicurazione - mod. H546 - Ed. 09/2017.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'INFORMATIVA PRIVACY prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e si impegna a fornire copia conforme al testo ricevuto, in nome e per conto del Titolare, agli eventuali altri interessati di cui lo stesso abbia conferito o conferirà al Titolare i dati personali.

Agli effetti della validità della garanzia, il Contraente dichiara :

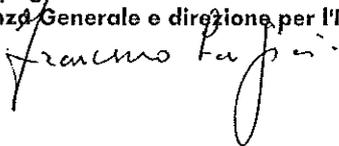
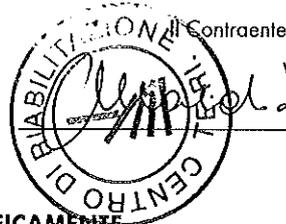
- di non avere e di non essere a conoscenza che le persone assicurate abbiano difetti fisici, malattie croniche o che comportino l'assunzione di una terapia farmacologica continuativa, menomazioni o subito infortuni con residue gravi invalidità permanenti o avuto polizze infortuni o malattie annullate per sinistro;
- che la polizza è liberamente stipulata in aggiunta ed indipendentemente da obblighi assicurativi di leggi vigenti e future;

La polizza è stipulata in base alle dichiarazioni del Contraente, sopradescritte ed è regolata dalle "Norme che regolano l'assicurazione in generale", dalle "Norme Comuni ai Moduli", dalle "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni" riportate nelle Condizioni di Assicurazione Mod. H546, che costituisce parte integrante della polizza e che il Contraente dichiara di aver ricevuto, di conoscere e di accettare.

AVVERTENZA - Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente al momento della stipulazione del contratto relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio assicurato e sulla determinazione del premio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e comunque compromettere il diritto alla prestazione, nonché la cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile).

AVVERTENZA - Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto legittimato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso.

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e direzione per l'Italia

CONDIZIONI DA APPROVARSI SPECIFICAMENTE

Il Contraente dichiara inoltre di approvare specificatamente - ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ. i seguenti articoli delle Condizioni Assicurazione:

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 2 - Altre Assicurazioni; Art. 7 - Denuncia del sinistro e Obblighi del Contraente e/o Assicurato Art. 8 - Recesso in caso di sinistro; Art. 9 - Proroga dell'assicurazione - Limiti di età Art. 14 - Indicizzazione.

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 18 - Persone non assicurabili; Art. 19 - Controversie - Arbitrato irrituale; Art. 21 - Attività professionale svolta diversa da quella dichiarata.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 28 - Invalidità Permanente; Art. 32 - Franchigia Inabilità Temporanea.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO

Art. 42- Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA

Art. 50 - Decorrenza della Garanzia - Termini di Aspettativa.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 58 - Decorrenza della Garanzia - Termini di Aspettativa.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

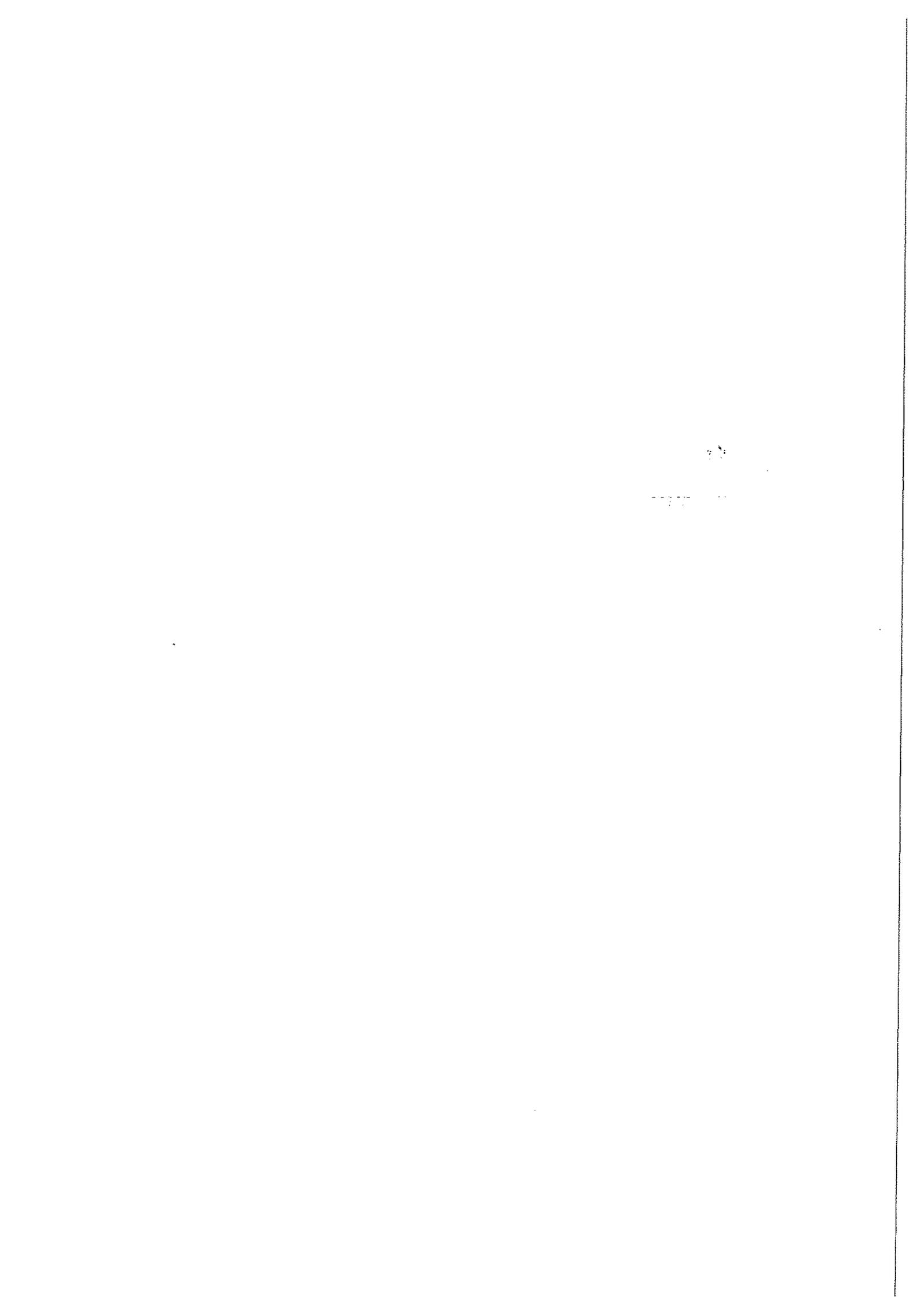
Art. 62- Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dalla malattia.



PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio è previsto con periodicità annuale. E' inoltre prevista la possibilità di frazionare il pagamento del premio in più rate (semestrali, con aumento del 3%, quadrimestrali, con aumento del 4% o trimestrali, con aumento del 5% del premio annuo).

I mezzi di pagamento del premio accettati dalla Società, ai sensi della vigente normativa antiriciclaggio D.Lgs. n° 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni, sono: assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico e denaro contante, con i limiti e le modalità previsti dalla citata norma.





Allegato n. 1 Agenzia Cod. Ramo N.Polizza
ROMA 10 - 01195 01195 08 46905420

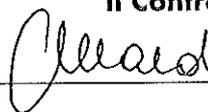
Assicurato/Contraente TE.RI 01487630582
Codice Fiscale/Partita IVA

Cognome e Nome o Ragione Sociale

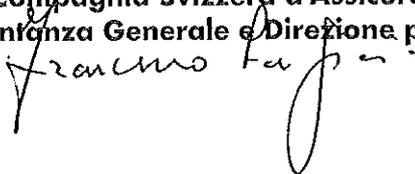
Condizioni Integrative:

La garanzia opera esclusivamente per l'attività professionale esercitata per conto della Contraente.

== = FERMO IL RESTO = = =

Il Contraente



Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia







Allegato n. 1

Agenzia
ROMA 10 - 01195

Cod.
01195

Ramo
08

N.Polizza
46905420

Assicurato/Contraente TE.RI

01487630582

Codice Fiscale/Partita IVA

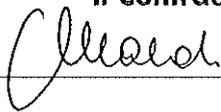
Cognome e Nome o Ragione Sociale

Condizioni Integrative:

La garanzia opera esclusivamente per l'attività professionale esercitata per conto della Contraente.

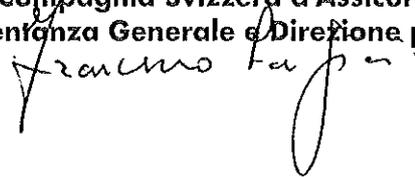
=== FERMO IL RESTO ===

Il Contraente





Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia





1111

INTERMEDIARIO	CODICE	RAMO	POLIZZA	PROD.
ROMA 10 - 01195	01195	08	46905420	100
INTERESSATO				
TE.RI				

Informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 in materia di privacy (di seguito Regolamento) e in relazione ai dati personali che Lei comunica alla Compagnia direttamente (es. tramite siti internet, portali, social media) o che sono da questa raccolti tramite la rete di intermediari e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

1. Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è la Compagnia del Gruppo Helvetia Italia alla quale fornisce i suoi dati personali:

- Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, con sede in via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano;
- Helvetia Vita S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano;
- Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano;
- Chiara Assicurazioni S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano.

2. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento:

- è diretto all'espletamento delle attività amministrativo-contabili (di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile), e di quelle attinenti l'esercizio dell'attività assicurativa, alla quale il Titolare è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, quali a titolo non esaustivo, la conclusione di nuovi contratti, gestione ed esecuzione dei contratti in essere, raccolta dei premi, riassicurazione, coassicurazione, gestione e liquidazione dei sinistri, liquidazione per altre cause, prestazioni a scadenza, recupero dei crediti, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, nonché per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio;
- qualora Lei aderisca all'installazione dell'apparato satellitare sul Suo veicolo, può anche riguardare dati che indicano la posizione geografica di persone ed oggetti (km percorsi dal veicolo suddivisi per fasce di percorrenza, orario, provincia, e tipologia di strada, numero di viaggi suddivisi per fascia oraria), e le informazioni riferite allo stile di guida registrato (km percorsi a velocità superiore ai limiti, accelerazioni, decelerazioni, numero di incidenti), per le finalità connesse alla conclusione di nuovi contratti, gestione ed esecuzione dei contratti in essere;
- qualora Lei aderisca all'installazione dell'apparato Home Box all'interno dell'abitazione, può anche riguardare i dati registrati (data, ora, tipo di evento, richiesta di assistenza) per le finalità connesse all'esecuzione dei contratti in essere o per analisi statistiche in forma aggregata;
- qualora Lei presti il Suo consenso, può anche essere diretto, all'espletamento di attività di marketing (ossia: invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale, partecipazione a concorsi a premi) e di profilazione connessa al marketing (trattamento automatizzato di dati personali per analizzare o prevedere aspetti riguardanti la situazione economica, le preferenze personali, gli interessi, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti).

In relazione alle suddette finalità, il trattamento dei dati personali avviene:

- anche con l'ausilio dei mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- dall'organizzazione del Titolare tramite dipendenti e collaboratori nominati, "incaricati" nell'ambito delle rispettive funzioni aziendali;
- da soggetti esterni a tale organizzazione facenti parte della catena assicurativa o da società di servizi, che potranno agire a seconda dei casi, come titolari autonomi del trattamento o come responsabili esterni del trattamento;
- per finalità di marketing, sia con strumenti tradizionali quali la posta cartacea e/o le chiamate con operatore, sia tramite strumenti automatizzati, ossia, sistemi di chiamata o di comunicazione di chiamata senza l'intervento di un operatore, mediante posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Mms (Multimedia Messaging Service) o Sms (Short Message Service) o di altro tipo.

3. Destinatari dei dati

I dati personali possono essere comunicati dal titolare:

- per le finalità di cui al punto 2, lettera a), ove necessario per l'esecuzione di contratti o per obblighi di legge a: altri soggetti del settore assicurativo (assicuratori, coassicuratori e riassicuratori); intermediari di vendita (agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione); banche e SIM; fornitori terzi (legali, medici legali, cliniche, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli); società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri, il recupero dei crediti, il controllo delle frodi, le indagini sul grado di soddisfazione delle clientela, nonché società di servizi informatici, di factoring, di revisione contabile e certificazione del bilancio, di archiviazione o di imbustamento e/o smistamento della corrispondenza); organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dello sviluppo economico, MEF, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, CONSOB, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, INPS, INAIL ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario centrale infortuni, Ministero delle Infrastrutture - Motorizzazione Civile);
- per le finalità di cui al punto 2, lett. d), alle Compagnie del Gruppo Helvetia Italia (elencate al punto 1) ed alla relativa rete di intermediari o a società esterne di promozione e/o sviluppo commerciale incaricate a supportare le Compagnie nei trattamenti;
- per quanto riguarda le informazioni relative alle operazioni ritenute "sospette" ai sensi della normativa in materia di prevenzione del riciclaggio, alle altre Compagnie del Gruppo Helvetia Italia.

4. Trasferimento dei dati verso paesi terzi

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso quei Paesi terzi che garantiscono un adeguato livello di protezione sostanzialmente equivalente a quello assicurato all'interno dell'Unione, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea.

5. Periodo di conservazione dei dati

I dati personali sono conservati secondo i seguenti criteri:

- per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge (es. conservazione documentale);
- per il tempo strettamente necessario alla prestazione di eventuali servizi da Lei richiesti;
- per il tempo strettamente necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, indicate al punto 2;
- per dodici mesi dalla raccolta dei dati utilizzati ai soli fini di marketing e profilazione connessa al marketing.

1 Trattamento: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con, o senza, l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali, o a insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

6. Diritti dell'interessato

Il Regolamento Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di chiedere ai titolari del trattamento:

- la conferma che sia o no in corso un trattamento di Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso), ex art.15 del Regolamento;
- la rettifica dei dati personali inesatti, o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica), ex art. 16 del Regolamento;
- la cancellazione dei dati stessi, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento (diritto all'oblio), ex art. 17 del Regolamento;
- la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione), ex art. 18 del Regolamento;
- di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali da Lei forniti al titolare e di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità), ex art. 20 del Regolamento.

Lei ha, inoltre, il diritto di revocare il consenso al trattamento dei suoi dati, in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca e di opporsi in qualsiasi momento al trattamento per finalità di marketing e/o di profilazione connessa al marketing (diritto di opposizione), ex art. 21 del Regolamento. Per esercitare i diritti, può rivolgere richiesta al Responsabile della Protezione dei Dati, mediante lettera raccomandata all'indirizzo della Compagnia, telefax (n. 02.5351.969), o posta elettronica (privacy@helvetia.it).

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, Lei ha il diritto di proporre reclamo a un'Autorità di controllo, qualora ritenga che il trattamento che la riguarda violi il Regolamento.

7. Comunicazione dei dati e conseguenze del rifiuto

Ferma la Sua autonomia, la comunicazione dei dati personali al titolare ed il loro trattamento è:

- a) strettamente necessaria allo svolgimento delle attività descritte al punto 2, lettera a), b), c);
- b) facoltativa ai fini dello svolgimento dell'attività descritte al punto 2, lettera d);
- c) obbligatoria in base a leggi, regolamenti, normative nazionali o comunitarie.

L'eventuale Suo rifiuto di fornire i dati ed autorizzarne il trattamento:

- d) nel caso di cui alla lett. a) e c), comporta l'impossibilità di adempiere, prima della conclusione del contratto, a Sue specifiche richieste, di concludere nuovi contratti di assicurazione ed eseguire i relativi obblighi e di gestire e liquidare i sinistri;
- e) nel caso di cui alla lett. b), non comporta alcuna conseguenza sui contratti in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di usufruire dei servizi sopra descritti e di svolgere attività di marketing e profilazione.

INTERMEDIARIO	CODICE	RAMO	POLIZZA	PROD.
ROMA 10 - 01195	01195	08	46905420	100
INTERESSATO				
TE.RI				

Informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 in materia di privacy (di seguito Regolamento) e in relazione ai dati personali che Lei comunica alla Compagnia direttamente (es. tramite siti internet, portali, social media) o che sono da questa raccolti tramite la rete di intermediari e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

1. Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è la Compagnia del Gruppo Helvetia Italia alla quale fornisce i suoi dati personali:

- Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, con sede in via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano;
- Helvetia Vita S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano;
- Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano;
- Chiara Assicurazioni S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano.

2. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento:

- è diretto all'espletamento delle attività amministrativo-contabili (di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile), e di quelle attinenti l'esercizio dell'attività assicurativa, alla quale il Titolare è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, quali a titolo non esaustivo, la conclusione di nuovi contratti, gestione ed esecuzione dei contratti in essere, raccolta dei premi, riassicurazione, coassicurazione, gestione e liquidazione dei sinistri, liquidazione per altre cause, prestazioni a scadenza, recupero dei crediti, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, nonché per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio;
- qualora Lei aderisca all'installazione dell'apparato satellitare sul Suo veicolo, può anche riguardare dati che indicano la posizione geografica di persone od oggetti (km percorsi dal veicolo suddivisi per fasce di percorrenza, orario, provincia, e tipologia di strada, numero di viaggi suddivisi per fascia oraria), e le informazioni riferite allo stile di guida registrato (km percorsi a velocità superiore ai limiti, accelerazioni, decelerazioni, numero di incidenti), per le finalità connesse alla conclusione di nuovi contratti, gestione ed esecuzione dei contratti in essere;
- qualora Lei aderisca all'installazione dell'apparato Home Box all'interno dell'abitazione, può anche riguardare i dati registrati (data, ora, tipo di evento, richiesta di assistenza) per le finalità connesse all'esecuzione dei contratti in essere o per analisi statistiche in forma aggregata;
- qualora Lei presti il Suo consenso, può anche essere diretto, all'espletamento di attività di marketing (ossia: invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale, partecipazione a concorsi a premi) e di profilazione connessa al marketing (trattamento automatizzato di dati personali per analizzare o prevedere aspetti riguardanti la situazione economica, le preferenze personali, gli interessi, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti).

In relazione alle suddette finalità, il trattamento dei dati personali avviene:

- anche con l'ausilio dei mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- dall'organizzazione del Titolare tramite dipendenti e collaboratori nominati, "incaricati" nell'ambito delle rispettive funzioni aziendali;
- da soggetti esterni a tale organizzazione facenti parte della catena assicurativa o da società di servizi, che potranno agire a seconda dei casi, come titolari autonomi del trattamento o come responsabili esterni del trattamento;
- per finalità di marketing, sia con strumenti tradizionali quali la posta cartacea e/o le chiamate con operatore, sia tramite strumenti automatizzati, ossia, sistemi di chiamata o di comunicazione di chiamata senza l'intervento di un operatore, mediante posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Mms (Multimedia Messaging Service) o Sms (Short Message Service) o di altro tipo.

3. Destinatari dei dati

I dati personali possono essere comunicati dal titolare:

- per le finalità di cui al punto 2, lettera a), ove necessario per l'esecuzione di contratti o per obblighi di legge a: altri soggetti del settore assicurativo (assicuratori, coassicuratori e riassicuratori); intermediari di vendita (agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione); banche e SIM; fornitori terzi (legali, medici legali, cliniche, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli); società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri, il recupero dei crediti, il controllo delle frodi, le indagini sul grado di soddisfazione della clientela, nonché società di servizi informatici, di factoring, di revisione contabile e certificazione del bilancio, di archiviazione o di imbastimento e/o smistamento della corrispondenza); organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dello sviluppo economico, MEF, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, CONSOB, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, INPS, INAIL ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario centrale infortuni, Ministero delle Infrastrutture - Motorizzazione Civile);
- per le finalità di cui al punto 2, lett. d), alle Compagnie del Gruppo Helvetia Italia (elencate al punto 1) ed alla relativa rete di intermediari o a società esterne di promozione e/o sviluppo commerciale incaricate a supportare le Compagnie nei trattamenti;
- per quanto riguarda le informazioni relative alle operazioni ritenute "sospette" ai sensi della normativa in materia di prevenzione del riciclaggio, alle altre Compagnie del Gruppo Helvetia Italia.

4. Trasferimento dei dati verso paesi terzi

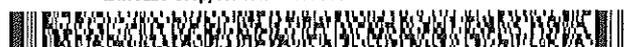
I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso quei Paesi terzi che garantiscono un adeguato livello di protezione sostanzialmente equivalente a quello assicurato all'interno dell'Unione, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea.

5. Periodo di conservazione dei dati

I dati personali sono conservati secondo i seguenti criteri:

- per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge (es. conservazione documentale);
- per il tempo strettamente necessario alla prestazione di eventuali servizi da Lei richiesti;
- per il tempo strettamente necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, indicate al punto 2;
- per dodici mesi dalla raccolta dei dati utilizzati ai soli fini di marketing e profilazione connessa al marketing.

1. Trattamento: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con, o senza, l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali, o a insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.



6. Diritti dell'interessato

Il Regolamento Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di chiedere ai titolari del trattamento:

- la conferma che sia o no in corso un trattamento di Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso), ex art.15 del Regolamento;
- la rettifica dei dati personali inesatti, o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica), ex art. 16 del Regolamento;
- la cancellazione dei dati stessi, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento (diritto all'oblio), ex art. 17 del Regolamento;
- la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione), ex art. 18 del Regolamento;
- di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali da Lei forniti al titolare e di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità), ex art. 20 del Regolamento.

Lei ha, inoltre, il diritto di revocare il consenso al trattamento dei suoi dati, in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca e di opporsi in qualsiasi momento al trattamento per finalità di marketing e/o di profilazione connessa al marketing (diritto di opposizione), ex art. 21 del Regolamento. Per esercitare i diritti, può rivolgere richiesta al Responsabile della Protezione dei Dati, mediante lettera raccomandata all'indirizzo della Compagnia, telefax (n. 02.5351.969), o posta elettronica (privacy@helvetia.it).

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, Lei ha il diritto di proporre reclamo a un'Autorità di controllo, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento.

7. Comunicazione dei dati e conseguenze del rifiuto

Fermo la Sua autonomia, la comunicazione dei dati personali al titolare ed il loro trattamento è:

- a) strettamente necessaria allo svolgimento delle attività descritte al punto 2, lettera a), b), c);
- b) facoltativa ai fini dello svolgimento dell'attività descritte al punto 2, lettera d);
- c) obbligatoria in base a leggi, regolamenti, normative nazionali o comunitarie.

L'eventuale Suo rifiuto di fornire i dati ed autorizzarne il trattamento:

- d) nel caso di cui alla lett. a) e c), comporta l'impossibilità di adempiere, prima della conclusione del contratto, a Sue specifiche richieste, di concludere nuovi contratti di assicurazione ed eseguire i relativi obblighi e di gestire e liquidare i sinistri;
- e) nel caso di cui alla lett. b), non comporta alcuna conseguenza sui contratti in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di usufruire dei servizi sopra descritti e di svolgere attività di marketing e profilazione.

INTERMEDIARIO	CODICE	RAMO	POLIZZA	PROD.
ROMA 10 - 01195	01195	08	46905420	100
INTERESSATO				
TE.RI				

Informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 in materia di privacy (di seguito Regolamento) e in relazione ai dati personali che Lei comunica alla Compagnia direttamente (es. tramite siti internet, portali, social media) o che sono da questa raccolti tramite la rete di intermediari e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

1. Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è la Compagnia del Gruppo Helvetia Italia alla quale fornisce i suoi dati personali:

- Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, con sede in via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano;
- Helvetia Vita S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano;
- Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano;
- Chiara Assicurazioni S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano.

2. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento:

- è diretto all'espletamento delle attività amministrativo-contabili (di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile), e di quelle attinenti l'esercizio dell'attività assicurativa, alla quale il Titolare è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, quali a titolo non esaustivo, la conclusione di nuovi contratti, gestione ed esecuzione dei contratti in essere, raccolta dei premi, riassicurazione, coassicurazione, gestione e liquidazione dei sinistri, liquidazione per altre cause, prestazioni a scadenza, recupero dei crediti, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, nonché per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio;
- qualora Lei aderisca all'installazione dell'apparato satellitare sul Suo veicolo, può anche riguardare dati che indicano la posizione geografica di persone od oggetti (km percorsi dal veicolo suddivisi per fasce di percorrenza, orario, provincia, e tipologia di strada, numero di viaggi suddivisi per fascia oraria), e le informazioni riferite allo stile di guida registrato (km percorsi a velocità superiore ai limiti, accelerazioni, decelerazioni, numero di incidenti), per le finalità connesse alla conclusione di nuovi contratti, gestione ed esecuzione dei contratti in essere;
- qualora Lei aderisca all'installazione dell'apparato Home Box all'interno dell'abitazione, può anche riguardare i dati registrati (data, ora, tipo di evento, richiesta di assistenza) per le finalità connesse all'esecuzione dei contratti in essere o per analisi statistiche in forma aggregata;
- qualora Lei presti il Suo consenso, può anche essere diretto, all'espletamento di attività di marketing (ossia: invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale, partecipazione a concorsi a premi) e di profilazione connessa al marketing (trattamento automatizzato di dati personali per analizzare o prevedere aspetti riguardanti la situazione economica, le preferenze personali, gli interessi, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti).

In relazione alle suddette finalità, il trattamento dei dati personali avviene:

- anche con l'ausilio dei mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- dall'organizzazione del Titolare tramite dipendenti e collaboratori nominati, "incaricati" nell'ambito delle rispettive funzioni aziendali;
- da soggetti esterni a tale organizzazione facenti parte della catena assicurativa o da società di servizi, che potranno agire a seconda dei casi, come titolari autonomi del trattamento o come responsabili esterni del trattamento;
- per finalità di marketing, sia con strumenti tradizionali quali la posta cartacea e/o le chiamate con operatore, sia tramite strumenti automatizzati, ossia, sistemi di chiamata o di comunicazione di chiamata senza l'intervento di un operatore, mediante posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Mms (Multimedia Messaging Service) o Sms (Short Message Service) o di altro tipo.

3. Destinatari dei dati

I dati personali possono essere comunicati dal titolare:

- per le finalità di cui al punto 2, lettera a), ove necessario per l'esecuzione di contratti o per obblighi di legge a: altri soggetti del settore assicurativo (assicuratori, coassicuratori e riassicuratori); intermediari di vendita (agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione); banche e SIM; fornitori terzi (legali, medici legali, cliniche, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri, il recupero dei crediti, il controllo delle frodi, le indagini sul grado di soddisfazione delle clientela, nonché società di servizi informatici, di factoring, di revisione contabile e certificazione del bilancio, di archiviazione o di imbustamento e/o smistamento della corrispondenza); organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dello sviluppo economico, MEF, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, CONSOB, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, INPS, INAIL ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario centrale infortuni, Ministero delle Infrastrutture - Motorizzazione Civile);
- per le finalità di cui al punto 2, lett. d), alle Compagnie del Gruppo Helvetia Italia (elencate al punto 1) ed alla relativa rete di intermediari o a società esterne di promozione e/o sviluppo commerciale incaricate a supportare le Compagnie nei trattamenti;
- per quanto riguarda le informazioni relative alle operazioni ritenute "sospette" ai sensi della normativa in materia di prevenzione del riciclaggio, alle altre Compagnie del Gruppo Helvetia Italia.

4. Trasferimento dei dati verso paesi terzi

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso quei Paesi terzi che garantiscono un adeguato livello di protezione sostanzialmente equivalente a quello assicurato all'interno dell'Unione, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea.

5. Periodo di conservazione dei dati

I dati personali sono conservati secondo i seguenti criteri:

- per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge (es. conservazione documentale);
- per il tempo strettamente necessario alla prestazione di eventuali servizi da Lei richiesti;
- per il tempo strettamente necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, indicate al punto 2;
- per dodici mesi dalla raccolta dei dati utilizzati ai soli fini di marketing e profilazione connessa al marketing.

1 Trattamento: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con, o senza, l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali, o a insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

6. Diritti dell'interessato

Il Regolamento Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di chiedere ai controllari del trattamento:

- la conferma che sia o no in corso un trattamento di Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso), ex art.15 del Regolamento;
- la rettifica dei dati personali inesatti, o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica), ex art. 16 del Regolamento;
- la cancellazione dei dati stessi, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento (diritto all'oblio), ex art. 17 del Regolamento;
- la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione), ex art. 18 del Regolamento;
- di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali da Lei forniti al titolare e di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità), ex art. 20 del Regolamento.

Lei ha, inoltre, il diritto di revocare il consenso al trattamento dei suoi dati, in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca e di opporsi in qualsiasi momento al trattamento per finalità di marketing e/o di profilazione connessa al marketing (diritto di opposizione), ex art. 21 del Regolamento. Per esercitare i diritti, può rivolgere richiesta al Responsabile della Protezione dei Dati, mediante lettera raccomandata all'indirizzo della Compagnia, telefax (n. 02.5351.969), o posta elettronica (privacy@helvetia.it).

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, Lei ha il diritto di proporre reclamo a un'Autorità di controllo, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento.

7. Comunicazione dei dati e conseguenze del rifiuto

Ferma la Sua autonomia, la comunicazione dei dati personali al titolare ed il loro trattamento è:

- a) strettamente necessaria allo svolgimento delle attività descritte al punto 2, lettera a), b), c);
- b) facoltativa ai fini dello svolgimento dell'attività descritte al punto 2, lettera d);
- c) obbligatoria in base a leggi, regolamenti, normative nazionali o comunitarie.

L'eventuale Suo rifiuto di fornire i dati ed autorizzare il trattamento:

- d) nel caso di cui alla lett. a) e c), comporta l'impossibilità di adempiere, prima della conclusione del contratto, o Sue specifiche richieste, di concludere nuovi contratti di assicurazione ed eseguire i relativi obblighi e di gestire e liquidare i sinistri;
- e) nel caso di cui alla lett. b), non comporta alcuna conseguenza sui contratti in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di usufruire dei servizi sopra descritti e di svolgere attività di marketing e profilazione.

Helvetia Infortuni Aziende

Fascicolo Informativo

Il presente Fascicolo Informativo contenente:
Nota Informativa, comprensiva del Glossario
Condizioni di Assicurazione
deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione.

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Mod. H548 - Ed. 07/2018

Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Mod. H547 - Ed. 07/2018

Denominazione sociale e forma giuridica

L'impresa di assicurazione – denominata nel seguito “Società” – è **Helvetia Compagnia Svizzera di Assicurazioni SA** – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, appartenente al Gruppo assicurativo **Helvetia**, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi con il numero 031.

Sede legale

La Sede legale è a San Gallo (Svizzera).

Sede secondaria con cui viene concluso il contratto

La Sede secondaria è in Italia in via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano

Recapito telefonico, sito internet e indirizzo di posta elettronica ordinaria e certificata

tel. 02 53511, sito internet www.helvetia.it, e-mail marketing@helvetia.it, pec: helvetia@actaliscertymail.it

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

La Società, operante in Italia in regime di stabilimento sotto il controllo dell'IVASS, è iscritta all'albo delle imprese di assicurazione con il numero 2.00002. La Società è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto di ricognizione del Ministero dell'Industria, Commercio e Artigianato del 26/11/84 pubblicato sul supplemento n.2 della Gazzetta Ufficiale n.357 del 31/12/84 e con provvedimento ISVAP n. 00757 del 19/12/97 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 298 del 23/12/1997.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

I dati riguardanti la solvibilità e la capitalizzazione della Casamadre (Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG) sono inseriti nel reporting complessivo che la stessa produce per l'Autorità di vigilanza svizzera FINMA e per il pubblico. La supervisione prudenziale di Helvetia Rappresentanza dal 2017 è direttamente in carico al suddetto supervisore svizzero, mentre IVASS, rimane comunque il riferimento per tutti gli aspetti di governance e controllo dell'operatività sul mercato italiano della Compagnia.

B. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

HELVETIA INFORTUNI AZIENDE offre una gamma completa di garanzie a copertura degli infortuni e delle malattie, abbinabili a scelta del Contraente.

Il contratto può essere emesso con durata annuale o poliennale, nella formula con "tacito rinnovo".

In caso di durata poliennale, la Società applicherà una riduzione di premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale.

AVVERTENZA:

Alla scadenza pattuita, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza del contratto, l'Assicurazione di durata non inferiore all'anno è prorogata per un anno e così successivamente.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

La Polizza è composta da due Sezioni:

- Sezione I - Infortuni
- Sezione II - Malattia

Il contratto assicurativo prevede, per ogni Sezione sottoscritta, garanzie di base sempre operanti e garanzie accessorie a pagamento da opzionare espressamente. Questo comporta la possibilità di creare un prodotto che possa soddisfare le esigenze assicurative relative alla salute della persona che si intende assicurare. Si riportano di seguito le caratteristiche del contratto e le garanzie offerte dalle singole Sezioni.

L'assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia ed in valuta locale corrente.

AVVERTENZA:

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. 18 - Persone non assicurabili - delle "Norme comuni a tutte le Sezioni").

AVVERTENZA:

La polizza prevede un limite massimo di età assicurabile, che è differente a seconda delle garanzie prescelte, il cui dettaglio è indicato all'art. 9 - Proroga dell'Assicurazione - Limiti di età - delle "Norme che regolano l'Assicurazione in generale". Qualora un Assicurato raggiunga il limite di età previsto dalla Sezione selezionata, durante il periodo di validità del contratto a seguito di tacito rinnovo, la Compagnia si riserva la facoltà di inviare disdetta alla prima scadenza annua successiva.

Sezione I - Infortuni

Oggetto della copertura assicurativa sono gli infortuni subiti dalla/e persona/e assicurata/e individuata/e in Polizza. La garanzia opera, a seconda di quanto espressamente convenuto in Polizza, per gli infortuni subiti durante lo svolgimento di:

- A) attività professionali ed extra professionali;
- B) attività solo professionali;
- C) attività solo extra professionali.

Garanzie Prestare: laddove indicata in Polizza la relativa somma assicurata, sono operanti le seguenti garanzie:

- Morte;
- Invalidità permanente da infortunio;
- Inabilità temporanea;
- Diaria da ricovero da infortunio;
- Spese di cura da infortunio.

Sono invece sempre compresi gli infortuni subiti:

- alla guida di autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori e natanti da diporto, per uso privato;
- durante i viaggi in aereo effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri di trasporto pubblico, da chiunque eserciti, condotti da piloti professionisti;
- in qualità di passeggero su mezzi di trasporto terrestre e di superficie acquea;
- in stato di maleore o incoscienza;
- per imperizia, imprudenza, negligenza, anche gravi;
- per asfissia non di origine morbosa, per annegamento, assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, folgorazione, avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- per affezioni da morsi di animale o punture di insetti (esclusa la malaria);
- in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, aggressioni a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- per strappi muscolari, ernie traumatiche o da sforzo (sono esclusi gli infarti di qualsiasi tipo);
- per la pratica occasionale di sport aventi carattere amatoriale e/o ricreativo.

Di seguito sono illustrate operatività, limitazioni e prestazioni delle singole garanzie opzionabili.

Morte

La Società corrisponde ai beneficiari designati, in caso di decesso dell'Assicurato, la somma assicurata indicata in Polizza.

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

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità permanente l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quanto già pagato per l'Invalidità permanente.

AVVERTENZA:

La garanzia opera purché il decesso si verifichi entro due anni dall'infortunio anche successivamente alla scadenza della Polizza.

Invalidità permanente

La Società corrisponde un indennizzo in caso di Invalidità permanente da infortunio totale o parziale.

AVVERTENZA:

L'indennizzo è dovuto anche se l'invalidità viene accertata successivamente alla scadenza della Polizza, purché entro due anni dal giorno dell'infortunio denunciato e purché in rapporto causale con l'infortunio stesso.

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale di invalidità permanente accertata al netto dell'eventuale franchigia, utilizzando i seguenti criteri:

- a) se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata;
- b) se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata (fermo quanto previsto dall'art. 29 - Franchigia modulata invalidità permanente), in proporzione al grado di invalidità permanente accertato, secondo i criteri e le percentuali indicate nella Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente (ex Tabella INAIL, allegato n. 01 D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124). Per il dettaglio delle percentuali attribuite si rimanda alla tabella dell'art. 20 delle "Norme comuni a tutte le Sezioni".

Il grado di invalidità viene stabilito al momento in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono divenute permanentemente irreversibili; in caso di controversia, vale quanto previsto dall'art. 19 - Controversie - Arbitrato irrituale delle "Norme comuni a tutte le Sezioni".

AVVERTENZA:

La somma assicurata per invalidità permanente da infortunio è soggetta ad una franchigia del 3% e pertanto la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 3%; se invece l'invalidità permanente è di grado superiore al 3%, la Società liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in base alle percentuali indicate nella tabella dell'art. 20 delle "Norme comuni a tutte le Sezioni" (Franchigia modulata invalidità permanente). In alternativa è possibile scegliere una franchigia a scaglioni di somme, assoluta del 5% ovvero del 10% acquistando rispettivamente la Condizione Aggiuntiva 5), 6) ovvero 7), descritte nelle "Norme che regolano la Sezione I - Infortuni".

Si segnala che la garanzia è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente, alle "ernie traumatiche o da sforzo", con limitazioni di garanzia. Per il dettaglio di tali limitazioni si rimanda al disposto dell'art. 26 - Estensione dell'Assicurazione alle ernie traumatiche o da sforzo - delle "Norme che regolano la Sezione I - Infortuni".

Al fine di chiarire le modalità di applicazione delle franchigie, si riporta un esempio:

Tipologia di evento: Infortunio con invalidità permanente accertata del 65%

Garanzia prestata : Invalidità permanente da Infortunio

Somma assicurata : € 100.000,00

Franchigia prevista: 3%

Percentuale di invalidità riconosciuta : 100%

(come da tabella indicata all'art. 29 delle "Norme che regolano l'assicurazione infortuni".)

Importo liquidato: € 100.000,00 (la Società non applica la franchigia in quanto l'invalidità permanente accertata è superiore al 3%; inoltre, liquida l'intera somma assicurata in quanto la tabella di riferimento di cui sopra prevede che l'indennizzo sia pari al 100% della somma assicurata in caso di invalidità permanente uguale o superiore al 65%).

Inabilità temporanea

La Società corrisponde l'indennizzo per l'Inabilità temporanea con le seguenti modalità:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

AVVERTENZA:

L'indennizzo per Inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni ed è cumulabile con quello dovuto per Invalidità permanente o per Morte.

AVVERTENZA:

Si segnala, relativamente alla garanzia Inabilità temporanea, la presenza di franchigie, espresse in giorni, come disposto dall'art. 32 - Franchigia Inabilità temporanea - delle "Norme che regolano la Sezione I - Infortuni".

Spese di cura da infortunio

La Società rimborsa - sino alla concorrenza della somma assicurata indicata in Polizza, le spese rese necessarie da un evento indennizzabile come infortunio come disposto dall'art. 33 - Spese di cura da infortunio - delle "Norme che regolano la Sezione I - Infortuni".

AVVERTENZA:

Si segnala, relativamente alla garanzia Spese di cura da infortunio, la presenza di limitazioni espresse in percentuale e in limite di somma assicurata, come disposto dall'art. 33 - Spese di cura da infortunio - delle "Norme che regolano la Sezione I - Infortuni".

Diaria da ricovero da Infortunio

AVVERTENZA:

La Società corrisponde la Diaria pattuita a seguito di ricovero dell'Assicurato in ospedale o istituto di cura, conseguente ad infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 300 (trecento) giorni per anno assicurativo (il giorno di entrata e di dimissione dall'ospedale o dall'istituto di cura vengono considerati, ai fini liquidativi, 1 (uno) giorno di ricovero).

AVVERTENZA:

Si segnala, relativamente alla garanzia "Diaria da ricovero da infortunio" la presenza di franchigie espresse in giorni, come disposto dall'art. 35 - Franchigia Diaria da ricovero da Infortunio - delle "Norme che regolano la Sezione I - Infortuni".

Condizioni Aggiuntive (valide solo se richiamate in Polizza)

1) Attività sportive speciali - 2) Apparecchi gessati - Convalescenza ospedaliera da infortunio - 3) Terremoto - Guerra - 4) Viaggi aerei su velivoli privati - 5) Franchigia Invalidità permanente a scaglioni di somme - 6) Franchigia Invalidità permanente assoluta 5% - 7) Franchigia Invalidità permanente assoluta 10% - 8) Rischio "in itinere".

Per il dettaglio delle garanzie prestate all'interno di ogni singola Condizione Aggiuntiva, si rimanda alle rispettive discipline riportate nelle "Norme che regolano la Sezione I - Infortuni".

AVVERTENZA:

Si segnala, negli articoli che disciplinano le Condizioni Aggiuntive, la presenza di franchigie espresse in percentuale, di limitazioni di somme assicurate e di specifiche esclusioni di garanzia.

AVVERTENZA:

Criteri di indennizzo: La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili 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 integra e sana.

AVVERTENZA:

Le principali esclusioni della Polizza Multirischi Persona, sono riportate all'art. 25 - Infortuni esclusi delle "Norme che regolano la Sezione I - Infortuni".

Sezione II - Malattia

Oggetto della copertura assicurativa sono le malattie da cui la/e persona/e assicurata/e potrebbe/ro essere colpita/e durante il periodo di operatività della Polizza.

Garanzie Prestate: laddove indicata in Polizza la relativa somma assicurata, sono operanti le seguenti garanzie:

- Diaria da ricovero da malattia
- Invalidità permanente da malattia
- Grandi interventi chirurgici.

Di seguito sono illustrate operatività, limitazioni e prestazioni delle singole garanzie opzionabili.

Diaria da ricovero da malattia

AVVERTENZA:

La Diaria pattuita viene corrisposta a seguito di ricovero dell'Assicurato in ospedale o istituto di cura, conseguente a malattia, parto con taglio cesareo e aborto terapeutico, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 300 (trecento) giorni per anno assicurativo (il giorno di entrata e di dimissione dall'ospedale o dall'istituto di cura sono considerati, ai fini liquidativi, 1 (uno) giorno di ricovero).

AVVERTENZA:

Day Hospital: In caso di ricovero in Day Hospital - ricovero di almeno 2 (due) giorni consecutivi senza pernottamento - la Società corrisponde la diaria prevista per ogni giorno di degenza e per la durata massima di 100 (cento) giorni per evento e per anno assicurativo.

AVVERTENZA:

Condizione aggiuntiva (valida solo se richiamata) Diaria supplementare post ricovero per convalescenza: In caso di ricovero, reso necessario da malattia indennizzabile a termini di Polizza, la Società corrisponde la "Diaria supplementare post ricovero per convalescenza", purché prescritta dall'ospedale o dal medico ospedaliero che ha curato od operato l'Assicurato, per la somma assicurata prevista per la garanzia Diaria da ricovero e per la durata massima di 20 (venti) giorni per anno assicurativo e per ogni persona assicurata.

AVVERTENZA:

Si segnala, relativamente alla garanzia Diaria da ricovero da malattia che, in funzione della somma assicurata, è prevista l'applicazione di una franchigia espressa in giorni.

Le principali esclusioni relative alla garanzia "Diaria da ricovero da malattia" sono riportate all'art. 51 - Esclusioni - delle "Norme che regolano la Sezione II - Malattia (Diaria da ricovero da malattia)".

Invalidità permanente da malattia

È prevista la possibilità di prestare la garanzia per il caso di Invalidità permanente conseguente a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto.

La garanzia opera secondo quanto previsto dalle condizioni che seguono e comunque non oltre la data della cessazione dell'Assicurazione.

Si considera Invalidità permanente la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Si considera malattia ogni obiettiva e alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendosi per tale ogni evento dovuto a causa foruita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

AVVERTENZA:

Il grado di Invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 62 - Criteri di indennizzabilità - delle "Norme che regolano l'Assicurazione Invalidità permanente da malattia" in un periodo compreso tra i 6 (sei) ed i 18 (diciotto) mesi dalla data della denuncia della malattia.

AVVERTENZA:

Si segnala la presenza di una franchigia fissa del 25%, pertanto nessuna indennità verrà riconosciuta, secondo i criteri e le percentuali indicate nell'art. 20 delle "Norme comuni alle Sezioni I Infortuni e II Malattia" - Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente (ex Tabella INAIL, allegato n. 01 D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124), nel caso in cui l'Invalidità permanente da malattia accertata sia inferiore a tale percentuale.

AVVERTENZA:

Per il dettaglio e le modalità di applicazione della franchigia, si rimanda all'art. 63 - Franchigia Invalidità permanente da malattia - delle "Norme che regolano la Sezione II - Malattia (Invalidità permanente da malattia)".

Criteri di indennizzabilità: La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

AVVERTENZA:

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'Assicurazione, le Invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di un'ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Si precisa che per "malattie coesistenti" s'intendono malattie o invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo funzionali diversi.

Si precisa che per "malattie concorrenti" s'intendono malattie o invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che determinano un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale.

AVVERTENZA:

Le principali esclusioni relative alla garanzia "Invalidità permanente da malattia" sono riportate all'art. 59 - Esclusioni - delle "Norme che regolano la Sezione II - Malattia (Invalidità permanente da malattia)".

Grandi interventi chirurgici

La garanzia Grandi interventi chirurgici offre il rimborso delle spese sostenute a seguito di ricovero in istituto di cura per uno o più interventi chirurgici resi necessari da malattia od infortunio e rientranti nell'Elenco "Grandi interventi chirurgici".

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, il rimborso sarà effettuato per spese o eccedenze di spese sostenute in proprio. La garanzia è valida in tutto il mondo.

AVVERTENZA:

In alternativa al rimborso delle spese sostenute, comprese le spese effettuate prima e dopo il ricovero, l'Assicurato può chiedere il pagamento di una diaria sostitutiva, per ogni giorno di ricovero fino ad un massimo di 90 (novanta) giorni per anno assicurativo. Tale diaria è fissata in € 150,00 al giorno.

Garanzie Prestate

AVVERTENZA:

- **Prima del ricovero:** Il rimborso delle spese per onorari di visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami, effettuati nei 90 (novanta) giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno reso necessario il ricovero stesso. Il rimborso delle spese di trasporto in ambulanza all'istituto di cura fino al 10% del massimale assicurato.
- **Durante il ricovero:** Il rimborso delle spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto medico e paramedico partecipante all'intervento chirurgico, ivi compresa la loro assistenza medica durante il ricovero; diritti di sala operatoria e materiale d'intervento; endoprotesi applicate durante l'intervento; cure infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero; rette di degenza.
- **Dopo il ricovero:** Il rimborso delle spese per onorari di: visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, effettuati nei 90 (novanta) giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno reso necessario il ricovero stesso. Il rimborso delle spese di trasporto in autoambulanza dall'istituto di cura al proprio domicilio fino al 10% del massimale stesso.

La somma assicurata è unica e si intende pari ad € 100.000,00 per ogni persona e per ogni anno assicurativo.

AVVERTENZA:

La garanzia si intende prestata per i ricoveri derivanti dagli interventi chirurgici elencati nell'elenco grandi interventi chirurgici. Si segnala che sono compresi, anche se non espressamente riportati nell'Elenco grandi interventi chirurgici, gli interventi chirurgici che richiedono tecnologie uguali o più complesse rispetto a quelle necessarie per gli interventi elencati, e che comportino onorari pari o superiori secondo quanto previsto dal D.P.R. del 20/12/1965 n. 1763 e successive modifiche.

AVVERTENZA:

Le principali esclusioni della garanzia "Grandi interventi chirurgici" sono riportate all'art. 72 - Esclusioni - delle Norme che regolano la garanzia Grandi interventi chirurgici.

4. Periodi di carenza contrattuale**AVVERTENZA:**

Il contratto prevede periodi di carenza tra la data di effetto della polizza e la reale decorrenza delle garanzie, durante i quali alcune coperture non sono operanti. Si riporta di seguito il riepilogo del lasso di tempo intercorrente tra l'effetto della polizza/pagamento del premio e l'effettiva decorrenza delle garanzie:

➤ **Estensione dell'Assicurazione alle ernie traumatiche o da sforzo:**

- dalle ore 24 del 180° (centottantesimo) giorno successivo.

➤ **Diaria da ricovero da malattia:**

- dalle ore 24 del 30° (trentesimo) giorno successivo;
- dalle ore 24 del 180° (centottantesimo) giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione della Polizza ma insorti anteriormente a tale data nonché per le conseguenze di stati patologici noti al Contraente/Assicurato, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione della Polizza, purché dichiarati alla Società all'atto stesso della compilazione del questionario anamnestico ed accettati senza esplicita limitazione del rischio da parte della Società stessa;
- dalle ore 24 del 360° (trecentosessantesimo) giorno successivo per il parto cesareo, l'aborto non volontario, le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio.

➤ **Grandi interventi chirurgici:**

- dalle ore 24 del 30° (trentesimo) giorno successivo;
- dalle ore 24 del 180° (centottantesimo) giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione della Polizza ma insorti anteriormente a tale data nonché per le conseguenze di stati patologici noti al Contraente/Assicurato, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione della Polizza, purché dichiarati alla Società all'atto stesso della compilazione del questionario anamnestico ed accettati senza esplicita limitazione del rischio da parte della Società stessa;

➤ **Invalidità permanente da malattia:**

- dalle ore 24 del 90° (novantesimo) giorno successivo.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante lo stesso Assicurato, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente polizza, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni contrattuali intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Per il dettaglio dell'applicazione delle carenze contrattuali si rimanda al disposto dell'art. 26 - Estensione dell'Assicurazione alle ernie traumatiche o da sforzo - delle "Norme che regolano la Sezione I - Infortuni", art. 50 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa - delle "Norme che regolano la Sezione II - Malattia (Diaria da ricovero da malattia)", art. 71 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa - delle "Norme che regolano la garanzia Grandi interventi chirurgici" e da quanto disposto all'art. 58 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa - delle "Norme che regolano la Sezione II - Malattia (Invalidità permanente da malattia)".

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario

Al fine di poter effettuare una corretta valutazione, la Società deve necessariamente conoscere tutte le circostanze che possono avere influenza sul rischio.

AVVERTENZA:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/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 articoli 1892, 1893 e 1894 Codice Civile (vedi art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - delle "Norme che regolano l'Assicurazione in generale").

AVVERTENZA:

È infine previsto, alla voce "Dichiarazioni" presente nel retro del frontespizio di Polizza, che, ai fini della validità della garanzia, il Contraente dichiara di non avere o di non essere a conoscenza che le persone assicurate abbiano difetti fisici, malattie croniche o che comportino l'assunzione di una terapia farmacologica continuativa, menomazioni o subito infortuni con residue gravi invalidità permanenti o avuto polizze infortuni o malattia annullate per sinistro.

AVVERTENZA:

Le garanzie della "Sezione II - Malattia" sono subordinate alla preventiva compilazione in maniera precisa e veritiera ed alla sottoscrizione del questionario sanitario da parte dell'Assicurato e/o del suo Medico curante.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio come previsto all'art. 5 - Aggravamento del rischio - delle "Norme che regolano l'Assicurazione in generale".

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (art. 1898 Codice Civile); ad esempio: l'Assicurato che esercita la

professione di "Implegato" e in corso di contratto cambia la propria professione in "Autista di autovetture in servizio privato" e omette di comunicare alla Società tale modifica potrebbe perdere il diritto all'indennizzo o ricevere un indennizzo ridotto in relazione al minor premio pagato (art. 21 delle "Norme Comuni alle Sezioni I – Infortuni e II – Malattia").

Siccome l'aggravamento del rischio determina una situazione nuova e più rischiosa per l'assicuratore, quest'ultimo può recedere dal contratto.

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta, come indicato all'art. 6 - Diminuzione del rischio - delle "Norme che regolano l'Assicurazione in generale" a ridurre il premio successivo alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

7. Premi

Il premio è determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è quindi interamente dovuto anche se ne è stato concesso il frazionamento in più rate.

L'importo indicato in Polizza è già comprensivo delle tasse e delle provvigioni riconosciute all'Intermediario.

È prevista la possibilità di corrispondere l'ammontare dovuto in più rate semestrali, quadrimestrali e trimestrali, mediante un aumento rispettivamente del 3%, 4% e 5% del premio annuo lordo.

I mezzi di pagamento del premio accettati dalla Società, ai sensi della vigente normativa anticirclaggio D.Lgs. n° 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni, sono: assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico e denaro contante, con i limiti e le modalità previsti dalle vigenti norme.

AVVERTENZA:

È previsto, infine, a norma dell'art. 1901 del Codice Civile, che, qualora il Contraente non provveda al pagamento del premio o delle rate di premio successive l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° (quindicesimo) giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento.

AVVERTENZA:

E' facoltà della Società e, nei limiti dalla stessa fissati, dell'Intermediario applicare sconti sul premio e per tutta la durata del contratto.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il premio annuo lordo, salvo specifica rinuncia dell'Assicurato (che deve essere indicata in Polizza), è soggetto ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati, pubblicato nel bollettino mensile dell'Istituto Nazionale di Statistica.

L'adeguamento si effettua per la prima volta ponendo a raffronto l'indice del mese di settembre dell'anno anteriore alla data di stipulazione del contratto, con quello del mese di settembre anteriore alla data di scadenza del premio e tenendo conto dell'eventuale mutamento alla base di calcolo. Per le informazioni di dettaglio si rimanda all'art. 14 - Indicizzazione - delle "Norme che regolano l'Assicurazione in generale".

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA:

Dopo ogni sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'Assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso da parte della Società ha effetto dalla scadenza del periodo annuo in corso se comunicato oltre 60 (sessanta) giorni prima di tale data. In caso sia comunicato meno di 60 (sessanta) giorni prima della data di scadenza annua, avrà effetto dalla scadenza annua successiva.

Il recesso richiesto dal Contraente può invece avere effetto, a Sua richiesta, dalla data di invio della comunicazione alla Società.

La Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.

Limitatamente alle garanzie Diaria da ricovero da malattia e Grandi interventi chirurgici della Sezione II – Malattia, il recesso non può essere esercitato dalla Società decorsi due anni dalla data di effetto della Polizza, salvo quanto previsto dall'art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - delle "Norme che regolano l'Assicurazione in generale" e dall'art. 18 - Persone non assicurabili - delle "Norme comuni alle Sezioni I – Infortuni e II – Malattia".

In caso di durata poliennale, se il contratto supera i cinque anni, il Contraente, trascorso il quinquennio, può esercitare la facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata (art. 1899 del Codice Civile).

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di Assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile modificato dalla Legge n. 166 del 27 ottobre 2008.

Il diritto dell'Assicuratore alla riscossione del pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno.

11. Legge applicabile al contratto

Al contratto che verrà stipulato sarà applicata la legge italiana.

Le Parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

12. Regime fiscale

Il regime fiscale applicato al contratto di Assicurazione prevede l'imposizione di aliquote differenziate per le varie garanzie richieste dal Contraente, come disposto dalla vigente normativa di settore.

13. Informativa in corso di contratto

In relazione ad eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo, intervenute dopo la stipula del contratto, se le stesse derivassero da innovazioni normative, la Società le comunicherà per iscritto al Contraente. Negli altri casi sul sito internet sarà prevista una sezione per la consultazione dei successivi aggiornamenti del Fascicolo Informativo.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Le Condizioni di polizza prevedono per ogni garanzia specifiche norme che regolano la denuncia e la gestione del sinistro distinguendo gli obblighi che sono in capo al Contraente e/o all'Assicurato e quelli che sono in capo alla Società.

AVVERTENZA

La data di insorgenza del Sinistro è quella in cui si è verificato l'Infortunio o, per la garanzia Invalidità permanente da Malattia, quella della denuncia della malattia.

Con riferimento all'art. 1913 del Codice Civile "Avviso all'assicuratore in caso di sinistro" si precisa che il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono dare avviso del sinistro alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo a cui è assegnato il contratto

- per gli Infortuni, entro 3 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato oppure dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità e comunque entro due anni dal verificarsi dell'infortunio;
- per la Malattia, entro 10 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato oppure dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità e comunque nel periodo di validità dell'assicurazione.

La denuncia di sinistro deve essere fatta per iscritto alla sede della Compagnia o all'Intermediario assicurativo secondo le modalità descritte nelle sezioni delle Condizioni di Assicurazione che regolano la denuncia e la gestione del sinistro per ciascuna garanzia.

Sinistri Infortuni

Per i sinistri Infortuni dove sono prevedibili postumi, la Società informa l'Assicurato che la visita di accertamento del medico legale sarà disposta dopo il ricevimento del certificato del medico curante che attesti l'esistenza e la stabilizzazione di esiti invalidanti, oppure dopo il ricevimento dell'eventuale Perizia del medico legale di Parte (le spese sostenute al riguardo, anche di eventuale altro medico, sono a carico dell'Assicurato).

Per gli aspetti di dettaglio in merito alle procedure liquidative in caso di infortunio, si rimanda all'art. 40 "Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente" delle Norme che regolano la denuncia e la gestione del sinistro in caso di infortunio.

Per facilitare al Contraente ed all'Assicurato la comprensione dei meccanismi di denuncia e di liquidazione, si riportano, a titolo puramente esemplificativo, le fasi principali di un processo liquidativo *standard* che potrebbero tuttavia subire delle modifiche a seconda dei diversi casi.

Processo liquidativo Garanzia Infortuni:

1. denuncia dettagliata dell'infortunio alla Società entro 3 giorni dall'evento (specificando, ad esempio, circostanze, dinamica, data e ora, luogo, etc.);
2. fornire, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (ad esempio, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL);
3. eventuale visita medica da parte della Società per accertamento dei postumi permanenti;
4. quantificazione dell'indennizzo e pagamento da parte della Società.

Fermo restando che il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, qualora l'Assicurato dovesse mancare, per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte, 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 Società con le modalità e nei termini stabiliti dall'art. 39 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro", fornendo, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti, corredata dalla relativa documentazione medica e dalla eventuale cartella clinica.

Per ulteriori informazioni si rimanda all'art. 42 "Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio".

Sinistri Invalidità Permanente da Malattia

Per i sinistri Invalidità Permanente da Malattia la valutazione dei postumi invalidanti viene effettuata nel periodo compreso tra 6 e 18 mesi dalla data di denuncia della malattia (e non dal momento in cui si hanno i primi sintomi della malattia stessa).

Prima del decorso dei 6 mesi, la Società non effettuerà alcuna valutazione del grado di invalidità permanente, mentre decorsi i 18 mesi - indipendentemente dalla guarigione clinica della malattia denunciata - la Società effettua comunque la valutazione medico legale e si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni, a partire dallo scadere dei primi 18 mesi.

Per maggiori dettagli si rimanda all'art. 65 "Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente da malattia" delle Norme che regolano la denuncia e la gestione del sinistro in caso di invalidità permanente da malattia.

Per facilitare al Contraente ed all'Assicurato la comprensione dei meccanismi di denuncia e di liquidazione, si riportano, a titolo puramente esemplificativo, le fasi principali di un processo liquidativo *standard* che potrebbero tuttavia subire delle modifiche a seconda dei diversi casi.

Processo liquidativo Garanzia Invalidità permanente da Malattia:

1. denuncia dettagliata della malattia alla Compagnia (includendo a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, diagnosi e/o cartella clinica, documentazione medica, etc.);
2. fornire alla Società il certificato medico relativo alla malattia denunciata con riportati l'indicazione dei postumi invalidanti stabilizzati;
3. diversamente, richiedere alla Società di procedere all'accertamento dei postumi con le modalità riportate all'art. 65 "Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo";
4. quantificazione dell'indennizzo e pagamento da parte della Società.

Fermo restando che il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, qualora l'Assicurato dovesse mancare per cause diverse dalla malattia denunciata prima che l'indennizzo sia stato pagato ma dopo che siano stati effettuati gli opportuni accertamenti, la Società, previa produzione del certificato di morte, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato
- oppure, in mancanza
- l'importo offerto.

Qualora l'Assicurato dovesse mancare per cause diverse dalla malattia denunciata prima che siano stati effettuati gli opportuni accertamenti (e, quindi, che l'indennizzo sia stato pagato), la Società, previa produzione del certificato di morte, liquida agli eredi o aventi causa l'importo oggettivamente determinabile dalla stessa con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente art. 64 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro".

Ciò a condizione che gli eredi o aventi causa dimostrino:

- la stabilizzazione dei postumi invalidanti mediante produzione del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti, corredata da tutta la relativa documentazione medica;
- l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla malattia generante lo stato di invalidità.

Per ulteriori dettagli si rinvia all'art. 66 "Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dalla malattia".

Per tutti i sinistri Infortuni e Malattia

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta e disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza.

La gestione dei sinistri e la liquidazione degli indennizzi per le assicurazioni Infortuni e Malattia è in carico alla Società.

15. Reclami

Premesso che, ai sensi del Regolamento IVASS n. 24/2008, per "reclamo" s'intende "una dichiarazione di insoddisfazione, in forma scritta, nei confronti di un'impresa di assicurazione, di un intermediario assicurativo iscritto al Registro Unico degli Intermediari (RUI) o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso al RUI e relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto", eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, anche qualora riguardino soggetti coinvolti nel ciclo operativo della Società, devono essere inoltrati per iscritto alla Società stessa presso:

Ufficio reclami

Via G.B. Cassinis 21 – 20139 Milano (Italia)
Fax 02 5351794 - e-mail: reclami@helvetia.it

La Società invia la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo da parte della Società, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS ed ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie. In particolare:

1. possono essere presentati, per iscritto, all'IVASS (in Via del Quirinale 21, 00187 Roma oppure al fax 06 42133745 - 06 42133353) i reclami:

- per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D.Lgs n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private) e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni del D.Lgs. n. 206/2005 (Codice del Consumo), Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- già presentati direttamente alle imprese di assicurazione e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di 45 giorni dal ricevimento da parte delle imprese stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- copia del reclamo eventualmente presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze;

Per reperire il modello da utilizzare per la presentazione dei reclami all'IVASS, si rinvia al sito della Società all'indirizzo www.helvetia.it nella sezione "Reclami".

In caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/finance/fin-net/members_en.htm);

2. per la risoluzione delle controversie relative al contratto tramite sistemi alternativi il reclamante ha:
 - a) la facoltà - in prima istanza - di avvalersi della negoiazione assistita prevista ai sensi del D.L. 132/2014, convertito con modifiche dalla L. 162/2014, mediante invito, inoltrato tramite il proprio legale, all'altra parte a stipulare una convenzione di negoziazione assistita;
 - b) l'obbligo - qualora non intendesse avvalersi della negoziazione assistita o il ricorso alla negoziazione stessa non lo abbia pienamente soddisfatto - di attivare, ai sensi del D.Lgs. n. 28/2010 e s.m.i., il procedimento di mediazione innanzi ad un Organismo di Mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia, che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la vertenza;
 - c) la facoltà - solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui al sopra citato D.Lgs. n. 28/2010 e s.m.i. - di adire l'Autorità Giudiziaria competente, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto.
- È in ogni caso facoltà del reclamante ricorrere ad un arbitrato, secondo le modalità qui specificate.

16. Arbitrato

Le eventuali controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro (relativamente alle garanzie "Diaria ricovero da malattia" e "Grandi interventi chirurgici") e sul grado di Invalidità permanente, (relativamente alla Sezione Infortuni e alla garanzia "Invalidità permanente da malattia") nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, possono essere demandate per iscritto dalle Parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel Comune sede di Istituti di

medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

AVVERTENZA:

Si ricorda che è fatta salva la possibilità di rivolgersi in ogni caso all'Autorità Giudiziaria.

17. Mediazione per la conciliazione delle controversie

Alle controversie nascenti dal presente contratto si applicano le disposizioni normative tempo per tempo vigenti in tema di preliminare ricorso al procedimento di mediazione innanzi agli Organismi di Mediazione iscritti in apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia (D. Lgs. N. 28/2010 e successivi provvedimenti modificativi, integrativi ed attuativi).

L'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto viene individuata in quella del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o Assicurato.

D. GLOSSARIO E DEFINIZIONI DI POLIZZA

Di seguito si riportano le DEFINIZIONI dei termini assicurativi utilizzati nel presente Fascicolo Informativo:

Abuso di alcolici	Assunzione di alcol, tale per cui il livello di alcolemia risulta essere pari o superiori ai limiti previsti dalle vigenti normative.
Abuso di psicofarmaci	Assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.
Alcolismo	Malattia cronica caratterizzata da alterazioni comportamentali, fisiche e psichiche causate dal consumo continuativo o periodico di quantità elevate di alcol.
Ambulatorio	La struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Apparecchi gessati	Mezzi di contenzione fissi, costituiti da fasce gessate o altri apparecchi (tutori) comunque immobilizzanti, anche esterni (fissatori esterni), applicati in Istituto di cura o ambulatorio in modo permanente e rimovibile esclusivamente presso Istituto di cura. Sono considerati apparecchi gessati i collari non rimovibili dall'Assicurato, e limitatamente alle lesioni comportanti fratture e/o lussazioni, i bendaggi con fasciature elastiche (es. tensoplast).
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione.
Beneficiario	Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Contraente	Il soggetto che stipula l'Assicurazione, nell'interesse proprio e/o di altri.
Day hospital	La degenza, esclusivamente diurna, in istituto di cura documentata da cartella clinica – dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'Istituto di cura – per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportino la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continue.
Diaria sostitutiva	Indennità giornaliera che, in caso di ricovero ospedaliero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene riconosciuta in sostituzione del rimborso delle spese mediche.
Documentazione sanitaria	Si compone della cartella clinica e della documentazione medica e di fatture, notule e/o ricevute in originale.
Ebbrezza alcolica	Condizione conseguente all'assunzione di alcol, in cui il livello di alcolemia risulta essere pari o superiore ai limiti previsti dalle vigenti normative.
Farmaci psicotropi	Farmaco che modifica lo stato psichico dell'individuo tendendo a normalizzarlo.
Franchigia	L'importo prestabilito che, in caso di sinistro, l'Assicurato tiene a suo carico.
Grandi interventi chirurgici	S'intendono quelli indicati nell'elenco "Grandi interventi chirurgici" di seguito riportato.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro, per i danni direttamente subiti dall'Assicurato.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	Atto medico, praticato in istituto di cura, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di Pronto Soccorso.

Invaldit� permanente da malattia	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di malattia della capacit� ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
Invaldit� permanente da infortunio	Perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacit� dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	L'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorit�, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalit� dietologiche ed estetiche.
Malattia	Ogni obiettivamente alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia cronica	Malattia che presenta sintomi costanti nel tempo ed i cui effetti si sono stabilizzati senza possibilit� di nessuna cura risolutiva.
Malattia improvvisa	Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morboso, noto all'Assicurato.
Malattia mentale e/o disabilit� mentale	Ogni disturbo psichico e comportamentale cos� come definiti nel Settore V della "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" decima revisione – ICD – 10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanit� (come da elenco di seguito riportato).
Malattia preesistente	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della polizza.
Malattie/Invaldit� coesistenti	Malattie o invalidit� presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidit� da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
Malattie/Invaldit� concorrenti	Malattie o invalidit� presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidit� da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.
Parti	Il Contraente/Assicurato e la Societ�.
Polizza	Il documento che prova l'Assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Societ�.
Questionario anamnestico	Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante del contratto. Esso deve essere compilato in maniera precisa e veritiera, e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o, se minore, da chi ne abbia la potest�) e trasmesso alla Societ� unitamente alla Polizza, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, per consentire la valutazione obiettiva del rischio da parte della Societ� stessa.
Recesso	Scioglimento del vincolo contrattuale.
Ricovero	Degenza dovuta a malattia e/o infortunio comportante necessit� di pernottamento, in ospedale o casa di cura, regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria.
Sci acrobatico	Attivit� sciistica svolta attraverso l'esecuzione di salti, difficolt� di percorso e varie figure coreografiche.
Sci estremo	Sci eseguito su lunghe e ripide piste in terreni pericolosi con inclinazione superiore a 40° (quaranta) o con passaggi impervi, comprese tutte le attivit� eseguite fuori pista.
Scoperto	La quota di danno, espressa in percentuale, dedotta dall'ammontare dell'indennizzo, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sforzo	Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensit� dalle ordinarie attivit� e dagli atti di forza lavorativi dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi del ricovero in Istituto di cura o della degenza in Day Hospital o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, nonch� delle altre prestazioni mediche, che nel loro insieme possono avvenire anche in tempi diversi, garantiti dal contratto assicurativo a seguito di malattia, infortunio, parto o interruzione terapeutica non volontaria della gravidanza.
Societ�	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia.
Sport professionistico	Attivit� sportiva esercitata a titolo oneroso con carattere di continuit� nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e qualificata come tale dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attivit� dilettantistica da quella professionistica.
Termine di aspettativa	Periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione della Polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.

GLOSSARIO

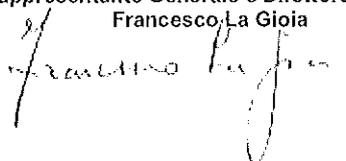
(Indicazioni aggiuntive tese a garantire la riconducibilità alle Unità di misura previste dal Sistema Internazionale – SI, definite dal DPR 802/1982 e successive modifiche)

Anno (annuo - annuale)	periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile)
Bimestre (bimestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Età assicurativa	età in anni interi, determinata trascurando le frazioni di anno.
Mese (mensile)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Poliennale (durata)	periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo).
Quadrimestre (quadrimestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Quinquennio (quinquennale)	periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo).
Semestre (semestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Settimana (settimanale)	periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.
Trimestre (trimestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITA' DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO.

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Generale e Direttore per l'Italia
Francesco La Gioia



Infortuni Aziende

Condizioni di Assicurazione

Mod. H546 – Edizione 09/2017

AVVERTENZA:

Le presenti Condizioni di Assicurazione possono essere modificate e/o integrate in fase di definizione del contratto.

Pertanto è possibile che l'operatività delle garanzie possa essere estesa o limitata da pattuizioni specifiche e che limiti di risarcimento, franchigie e/o scoperti possano essere variati in virtù della tipologia di rischio.

Tali modifiche sono pattuite di volta in volta tra le Parti nella polizza definitiva.

Le presenti Condizioni di Assicurazione formano parte integrante del Fascicolo Informativo Mod. H548

INDICE

DEFINIZIONI	1
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	2
NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI	4
CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI	7
SEZIONE I - INFORTUNI	9
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	9
CONDIZIONI AGGIUNTIVE SEZIONE INFORTUNI	12
NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO	14
SEZIONE II - MALATTIA	16
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA	16
CONDIZIONE AGGIUNTIVA DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA	17
NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA	18
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	19
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	23
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	25
NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	27
CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI	28
ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI	29

DEFINIZIONI

Abuso di alcolici	Assunzione di alcol, tale per cui il livello di alcolemia risulta essere pari o superiori ai limiti previsti dalle vigenti normative.
Abuso di psicofarmaci	Assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.
Alcolismo	Malattia cronica caratterizzata da alterazioni comportamentali, fisiche e psichiche causate dal consumo continuativo o periodico di quantità elevate di alcol.
Ambulatorio	La struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Apparecchi gessati	Mezzi di contenzione fissi, costituiti da fasce gessate o altri apparecchi (tutori) comunque immobilizzanti, anche esterni (fissatori esterni), applicati in Istituto di cura o ambulatorio in modo permanente e rimovibile esclusivamente presso Istituto di cura. Sono considerati Apparecchi Gessati i collari non rimovibili dall'Assicurato, e limitatamente alle lesioni comportanti fratture e/o lussazioni, i bendaggi con fasciature elastiche (es. tensoplast).
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione.
Beneficiario	Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Contraente	Il soggetto che stipula l'Assicurazione, nell'interesse proprio e/o di altri.
Day Hospital	La degenza, esclusivamente diurna, in istituto di cura documentata da cartella clinica – dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'Istituto di cura – per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportino la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continue.
Diaria sostitutiva	Indennità giornaliera che, in caso di ricovero ospedaliero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene riconosciuta in sostituzione del rimborso delle spese mediche.
Documentazione sanitaria	Si compone della cartella clinica e della documentazione medica e di fatture, notule e/o ricevute in originale.
Ebbrezza alcolica	Condizioni conseguenti all'assunzione di alcol, nelle quali il livello di alcolemia risulta essere pari o superiori ai limiti previsti dalle vigenti normative.
Farmaci psicotropi	Farmaco che modifica lo stato psichico dell'individuo tendendo a normalizzarlo.
Franchigia	L'importo prestabilito che, in caso di sinistro, l'Assicurato tiene a suo carico.
Grandi interventi chirurgici	S'intendono quelli riportati nell'elenco "Grandi interventi chirurgici" di seguito riportato.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro, per i danni direttamente subiti dall'Assicurato.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	Atto medico, praticato in istituto di cura, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di Pronto Soccorso.
Invalità permanente da malattia	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di malattia della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
Invalità permanente da infortunio	Perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	L'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia	Ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia cronica	Malattia che presenta sintomi costanti nel tempo ed i cui effetti si sono stabilizzati senza possibilità di nessuna cura risolutiva.
Malattia improvvisa	Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo, noto all'Assicurato.
Malattia mentale e/o disabilità mentale	Ogni disturbo psichico e comportamentale così come definiti nel Settore V della "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" decima revisione – ICD – 10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (come da elenco di seguito riportato).
Malattia preesistente	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della polizza.
Malattie/Invalità coesistenti	Malattie o invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
Malattie/Invalità concorrenti	Malattie o invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.
Polizza	Il documento che prova l'Assicurazione.

Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Questionario anamnestico	Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante del contratto. Esso deve essere compilato in maniera precisa e veritiera e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o, se minore, da chi ne abbia la potestà) e trasmesso alla Società unitamente alla Polizza, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, per consentire la valutazione obiettiva del rischio da parte della Società stessa.
Recesso	Scioglimento del vincolo contrattuale.
Ricovero	Degenza dovuta a malattia e/o infortunio comportante necessità di pernottamento, in ospedale o casa di cura, regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria.
Sci acrobatico	Attività sciistica svolta attraverso l'esecuzione di salti, difficoltà di percorso e varie figure coreografiche.
Sci estremo	Sci eseguito su lunghe e ripide piste in terreni pericolosi con inclinazione superiore a 40° (quaranta) o con passaggi impervi, comprese tutte le attività eseguite fuori pista.
Scoperto	La quota di danno, espressa in percentuale, dedotta dall'ammontare dell'indennizzo, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sforzo	Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie attività e dagli atti di forza lavorativi dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi del ricovero in Istituto di cura o della degenza in Day Hospital o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni mediche, che nel loro insieme possono avvenire anche in tempi diversi, garantiti dal contratto assicurativo a seguito di malattia, infortunio, parto o interruzione terapeutica non volontaria della gravidanza.
Società	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazione SA – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia.
Sport professionistico	Attività sportiva esercitata a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e qualificata come tale dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.
Temine di aspettativa	Periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione della Polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.

GLOSSARIO

(Indicazioni aggiuntive tese a garantire la riconducibilità alle Unità di misura previste dal Sistema Internazionale – SI, definite dal DPR 802/1982 e successive modifiche)

Anno (annuo - annuale):	periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile)
Bimestre (bimestrale):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Età assicurativa:	età in anni interi, determinata trascurando le frazioni di anno.
Mese (mensile):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Poliennale (durata):	periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo).
Quadrimestre (quadrimestrale):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Quinquennio (quinquennale):	periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo).
Semestre (semestrale):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Settimana (settimanale):	periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.
Trimestre (trimestrale):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e/o 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 (artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 2 - Altre assicurazioni

Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'Assicurato deve dare comunicazione per iscritto a ciascuna Impresa assicuratrice delle altre polizze stipulate.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutte le Imprese assicuratrici e può richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo la rispettiva Polizza autonomamente considerata.

Se l'Assicurato omette dolosamente le comunicazioni di cui sopra, la Società non è tenuta a corrispondere alcun indennizzo (art. 1910 del Codice Civile).

Il Contraente è esonerato dal comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni infortuni:

- di cui gli assicurati siano titolari automaticamente quali intestatari di carte di credito o di conti correnti bancari;
- sottoscritte dai datori di lavoro a favore degli Assicurati con altre Società in adempimento a contratti collettivi nazionali o a contratti integrativi aziendali.

Art. 3 - Pagamento del premio

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è dovuto per intero, anche se ne è stato concesso il frazionamento in rate semestrali, quadrimestrali o trimestrali.

In caso di durata poliennale, la Società applicherà una riduzione di premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° (quindicesimo) giorno successivo alla data di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 del Codice Civile). I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure alla Direzione della Società.

Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione

Eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate dalle Parti, per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio (valido per la garanzia infortuni)

Il Contraente/l'Assicurato, deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (art. 1898 del Codice Civile).

Art. 6 - Diminuzione del rischio (valido per la garanzia infortuni)

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato (art.1897 del Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente e/o Assicurato

Per le modalità di denuncia e le informazioni di dettaglio di ogni singola sezione richiamata in polizza, si rimanda a quanto previsto nei capitoli NORME PER LA DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO dedicati alle sezioni Infortuni (art. 39) e Malattia (art. 54 relativo alla garanzia "Diaria da Ricovero da Malattia" – art. 64 relativo alla garanzia "Invalidità Permanente da Malattia" – art. 73 relativo alla garanzia "Grandi Interventi Chirurgici").

Art. 8 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni *sinistro* e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'*indennizzo*, le *Parti* possono recedere dalla *Assicurazione* dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata; in ogni caso, se la *polizza* assicura una o più garanzie della Sezione Malattia, il *recesso* non può essere esercitato dalla *Società* decorsi due *anni* dalla data di stipula dell'*Assicurazione*, salvo quanto previsto dall'art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e dall'art. 18 "Persone non assicurabili" delle Norme comuni a tutte le Sezioni.

Il *recesso* ha effetto dalla scadenza del periodo *annuo* in corso, ovvero, qualora sia comunicato meno di 60 (sessanta) giorni prima di tale data, dalla scadenza *annua* successiva. Tuttavia, se è esercitato dal *Contraente*, può avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tal caso la *Società* rimborsa al *Contraente*, entro 30 (trenta) giorni dalla cessazione dell'*Assicurazione*, la parte di *premio*, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della *polizza* ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.

Art. 9 - Proroga dell'Assicurazione – Limiti di età

a) Proroga dell'Assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata, spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza del contratto, quest'ultimo è prorogato per un anno e così successivamente, salvo quanto disposto dall'art. 8 "Recesso in caso di sinistro" delle "Norme che regolano l'Assicurazione in generale".

In caso di durata poliennale, se il contratto supera i 5 (cinque) anni, il Contraente, trascorso il quinquennio, può esercitare la facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata (art. 1899 del Codice Civile).

b) Limiti di età

La polizza prevede un limite massimo di età assicurabile, che è differente a seconda delle garanzie prescelte.

Non sono assicurabili le persone che, nel corso di validità del contratto, superino:

1. Sezione infortuni: l'80° (ottantesimo) anno di età;
2. Sezione malattia: il 75° (settantacinquesimo) anno di età;
3. Sezione Invalidità permanente da malattia: il 65° (sessantacinquesimo) anno di età.

Resta inteso che, qualora l'Assicurato raggiunga il limite di età previsto dalla Sezione da lui sottoscritta, durante il periodo di validità del contratto a seguito di tacito rinnovo, la Società si riserva la facoltà di esercitare la disdetta alla prima scadenza annua successiva.

Art. 10 - Oneri fiscali

Sono a carico del Contraente.

Art. 11 - Foro Competente
Valgono le Norme di legge.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge
L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Art. 13 – Onere della prova
L'Assicurato è esonerato dal provare che il danno non si è verificato in conseguenza di eventi esclusi dalla garanzia.

Art. 14 - Indicizzazione
Qualora sia richiamata nel frontespizio di polizza la presente clausola, le somme assicurate e il premio convenuti nel presente contratto sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati, pubblicato nel bollettino mensile dell'Istituto Centrale di Statistica.
L'adeguamento si effettua per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice del mese di settembre dell'anno anteriore alla data di stipulazione del contratto con quello del mese di settembre dell'anno anteriore alla data di scadenza del premio, e tenendo conto dell'eventuale mutamento della base di calcolo. Gli aumenti o le riduzioni sono applicabili a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 Dicembre dell'anno di pubblicazione dell'indice da mettere a raffronto. Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni. Qualora, in conseguenza di uno o più adeguamenti, l'indice venisse a superare del 100% quello inizialmente stabilito, è in facoltà delle parti rinunciare a ulteriori indicizzazioni, per cui somme assicurate e premio rimangono quelli risultanti dopo l'ultimo adeguamento. Sono soggetti ad adeguamento anche i massimali e gli altri limiti di garanzia non espressi in percentuale mentre le franchigie in cifra assoluta rimangono ferme.

Art. 15 – Assicurazione per conto altrui
Qualora la presente Assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere assolti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 16 – Rinuncia della Società all'azione di rivalsa
In caso d'infortunio e/o di rimborso delle spese mediche conseguenti a infortunio, la Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile.

Art. 17 – Termine di prescrizione
I diritti derivanti dal contratto di Assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile modificato dalla Legge n. 166 del 27 ottobre 2008. Il diritto dell'Assicuratore alla riscossione del pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno.

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

(da ritenersi operative in quanto applicabili e salvo quanto diversamente previsto dalle singole sezioni)

Art. 18 - Persone non assicurabili
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 (alcol - 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 dell'imposta già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della polizza e il termine del periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. 19 – Controversie – Arbitrato irrituale
L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.
Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro (relativamente alla Sezione II - Malattia) e sul grado di Invalidità Permanente, (relativamente alla Sezione I - Infortuni e alla Sezione II - Malattia – Invalidità Permanente da Malattia) nonché sull'applicazione dei criteri d'indennizzabilità, possono essere demandate per iscritto dalle Parti, a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituti di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per 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 a epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del collegio 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 o violazione di patti contrattuali.

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

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 20 - Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente
(ex tabella INAIL, allegato n. 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124)

DESCRIZIONE	Percentuali	
	D	S
Per la perdita totale, anatomica o funzionale:		
Della facoltà uditiva monolaterale		15
Della facoltà uditiva bilaterale		60
Della facoltà visiva di un occhio		35
Di un 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		5
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	35
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	18	15
se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22	18
b) in pronazione	25	22
c) in supinazione	35	30
Della funzionalità della articolazione coxo-femorale (anchilosi completa) con arto in estensione e in posizione favorevole		45
Di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80
Di una coscia in qualsiasi altro punto		70

DESCRIZIONE	Percentuali	
	D	S
Per la perdita totale, anatomica o funzionale:		
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

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva			
Visus Perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

NOTE:

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado d'inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, è aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
- La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata in 16% se si tratta d'infortunio agricolo.
- In caso di afachia monolaterale:

	Percentuali
- con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
- con visus corretto di 7/10	18%
- con visus corretto di 6/10	21%
- con visus corretto di 5/10	24%
- con visus corretto di 4/10	28%
- con visus corretto di 3/10	32%
- con visus corretto inferiore a 3/10	35%
- In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.
- In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro s'intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

Art. 21 - Attività professionale svolta, diversa da quella dichiarata

Fermo quanto previsto dagli artt. 1, 5, 6 delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale e dall'art. 25 delle Norme che regolano la Sezione I - Infortuni, se durante il periodo di validità della garanzia si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata senza che l'Assicurato/Contraente ne abbia data comunicazione scritta alla Società, in caso di sinistro indennizzabile a termini di Polizza che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non sia più rischiosa di quella dichiarata in Polizza;
- l'indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta, secondo le percentuali previste dalla tabella sotto riportata, se la diversa attività risulti essere più rischiosa di quella dichiarata in Polizza.

Per la determinazione del livello di rischio delle attività si farà riferimento alla tabella "Classificazione delle attività professionali" di seguito riportata.

Per l'identificazione della classe di rischio delle attività professionali eventualmente non presenti nella tabella, sarà utilizzato il criterio di analogia/equivalenza a una delle attività elencate.

PERCENTUALE DI INDENNIZZO PER ATTIVITÀ SVOLTA DIVERSA DA QUELLA DICHIARATA				
Dichiarata	Attività svolta al momento del sinistro			
	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE C	CLASSE D
CLASSE A	100%	78%	52%	40%
CLASSE B	100%	100%	66%	51%
CLASSE C	100%	100%	100%	78%
CLASSE D	100%	100%	100%	100%

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI CLASSE A

- Addetti a centri di elaborazione dati
- Albergatori senza lavoro manuale
- Ambasciatori, Consoli, Personale Diplomatico in genere
- Amministratore di beni propri
- Amministratori di Società' e di Condomini
- Antiquari, senza restauro
- Architetti senza accesso ai cantieri
- Avvocati e Procuratori Legali
- Benestanti senza particolari occupazioni
- Clero (Appartenenti al)
- Commercialisti, Consulenti in materia di Lavoro, Fiscale e Amministrativa
- Concessionari Auto-Motoveicoli
- Direttori di Orchestra
- Dirigenti occupati solo in Ufficio
- Disegnatori occupati solo in ufficio
- Estetisti
- Fotografi in studio
- Geometri che non accedono ai cantieri
- Giornalai
- Impiegati amministrativi in genere
- Imprenditori in genere che non lavorano manualmente
- Infanti
- Ingegneri occupati solo in ufficio
- Insegnanti di Scuole e Docenti Universitari
- Interpreti
- Magistrati
- Massaggiatori (non Sportivi)
- Medici Generici e Specialisti (Radiologi senza effetti dovuti a raggi), Chirurghi
- Musicisti
- Notai
- Pedicure/Manicure
- Pensionati
- Puericultrici
- Sagrestani
- Scrittori
- Studenti

ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI CLASSE B

- Agenti di Assicurazione
- Agenti di Cambio e di Borsa
- Agenti di Commercio /Pubblicità /Viaggio / Immobiliari /Teatrali/Marittimi
- Agricoltori (Proprietari, Affittuari) senza lavori manuali
- Agronomi
- Albergatori con lavoro manuale
- Allevatori di Animali che non prestano opera manuale
- Analisti Chimici
- Architetti con accesso ai cantieri
- Arredatori
- Artisti di varietà, attori, musicisti, cantanti, agenti teatrali, registi sceneggiatori
- Assistenti Sociali
- Autorimesse: Esercenti che non lavorano manualmente
- Autotrasportatori, Titolari d'impresa senza opera manuale
- Bambinaie/Baby Sitter/Collaboratori familiari
- Barbieri
- Baristi
- Bidelli
- Biologi
- Callisti, manicure, pedicure, estetisti/e
- Camerieri
- Casalinghe
- Enologi ed enotecnici
- Farmacisti
- Fiorai
- Fisioterapisti
- Fotografi anche all'esterno
- Geologi
- Geometri che accedono ai cantieri
- Gioiellieri
- Giornalisti (Cronisti, Corrispondenti)
- Grafici
- Guardarobieri
- Guide Turistiche
- Impiegati Tecnici
- Imprenditori in genere che possono prendere parte ai lavori
- Indossatori e modelli
- Infermieri diplomati/ Ostetriche
- Ingegneri che accedono anche ai cantieri
- Insegnanti di Educazione Fisica, Basket, Tennis, Nuoto, Ballo
- Istruttori di Scuola Guida
- Laccatori
- Magllaie
- Massaggiatori Sportivi
- Odontotecnici
- Orefici
- Ottici/Optometrismi
- Parrucchieri
- Cave a giorno - Proprietari o addetti senza opera manuale
- Ceramisti
- Cesellatori
- Commercianti Ambulanti
- Commessi
- Commessi Viaggiatori senza trasporto e consegna merce
- Diplomatici, politici, sindacalisti
- Dirigenti con accesso in Cantieri, Ponti Ecc.
- Disegnatori che frequentano anche ambienti di lavoro

- Distributori di carburante (Addetti) senza manutenzione
- Pellicciai (Addetti alla confezione)
- Periti, Liberi Professionisti, occupati anche all'esterno
- Portieri di stabili / Custodi
- Postini
- Restauratori in genere, escluso mobili
- Ricamatrici/Rammendatrici
- Ristoratori senza lavoro manuale
- Sarti
- Tintori
- Ufficiali Giudiziari
- Veterinari
- Vetrinisti

ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI CLASSE C

- Addetti in imprese di pulizie senza uso di impalcature esterne
- Addobbatori
- Allevatori/Addestratori di Animali Domestici
- Apicoltori
- Arrotini
- Autisti di Autovetture in servizio privato (Taxi) Ecc.
- Autorimesse: Addetti a lavori di riparazione, manutenzione Ecc.
- Bagnini
- Benzinai
- Calzolai
- Carrozzieri di Autoveicoli
- Casari
- Commessi Viaggiatori con trasporto e consegna merce
- Corniciai
- Cuochi
- Decoratori
- Disinfestatori
- Distributori di carburante (Addetti) con manutenzione
- Domestici
- Elettrauti
- Elettrecisti all'interno di edifici su linee a bassa tensione
- Fabbri
- Facchini (Portabagagli) di piccoli colli
- Falegnami
- Fattorini
- Floricoltori
- Giardinieri senza potatura di alberi - vivaisti
- Gommisti
- Idraulici solo all'interno di edifici o a terra
- Imbianchini solo all'interno di edifici senza impalcature
- Imprenditori edili che possono prendere parte ai lavori

- Litografi
- Macellai
- Marmisti (Posatori) solo a terra
- Materassai
- Meccanici
- Mobiliari: Fabbricazione Mobili in Ferro
- Netturbini
- Operai con uso di macchine senza accesso ai cantieri, ponteggi e impalcature.
- Panificatori/Pasticcieri
- Piastrellisti
- Pizzaioli
- Restauratori di mobili
- Riparatori Radio-Tv
- Ristoratori con lavoro manuale
- Saldatori
- Salumieri
- Scultori
- Tappezziere
- Tipografi
- Tornitori
- Vetrai

ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI CLASSE D

- Abbattitori di Piante
- Addetti in imprese di pulizie con uso di impalcature esterne
- Agricoltori che lavorano manualmente
- Allevatori di Equini, Bovini, Suini
- Antennisti (Installatori di Antenne Radio-Tv)
- Autotrasportatori che guidano anche veicoli con carico e scarico
- Carpenteri in legno o ferro
- Cave a giorno senza uso di mine - lavoro manuale
- Demolitori di Autoveicoli
- Elettrecisti all'esterno di edifici su linee ad alta tensione
- Facchini addetti al carico e scarico generico (portuali Ecc.)
- Generica - classe di rischio D
- Imbianchini anche all'esterno di edifici
- Lattonieri anche su impalcature e ponti
- Marinai
- Marmisti anche su impalcature e ponti
- Mobiliari: Fabbricazione Mobili in Legno
- Muratori
- Operai con uso di macchine e accesso ai cantieri, ponteggi e impalcature
- Pescatori (pesca marittima costiera)
- Spazzacamini

SEZIONE I - INFORTUNI

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 22 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca per la combinazione di rischio assicurato prescelta, nei limiti delle somme assicurate, alle condizioni particolari se dattiloscritte e alle Condizioni aggiuntive, se richiamate e rese operanti.

Art. 23 - Combinazioni rischi assicurati

(è operante solo la combinazione espressamente riportata nell'Elenco persone assicurate – Sezione Infortuni - Combinazione rischio assicurato)

A) Infortuni professionali ed extraprofessionali

Quelli subiti dall'Assicurato nell'esercizio delle attività principali e secondarie dichiarate nonché di ogni altra attività non professionale.

B) Infortuni solo professionali

Quelli subiti dall'Assicurato nello svolgimento delle attività professionali dichiarate.

C) Infortuni solo extraprofessionali

Quelli subiti dall'Assicurato nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale.

Art. 24 - Altri eventi garantiti

(sempre operanti per tutte le combinazioni di rischio assicurato)

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni occorsi:

- alla guida di autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori e natanti da diporto, solo se per uso privato;
- durante i viaggi in aereo effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri di trasporto pubblico, da chiunque eserciti, ma condotti da piloti professionisti;
- in qualità di passeggero su mezzi di trasporto terrestre e di superficie acquea;
- in stato di malore o incoscienza fermo quanto previsto all'articolo 18 – persone non assicurabili – delle Norme comuni a tutte le sezioni;
- per imperizia, imprudenza, negligenza, anche gravi;
- per asfissia non di origine morbosa, per annegamento, assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, folgorazione, avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- per affezioni da morsi di animali o punture d'insetti (esclusa la malaria);
- per aggressioni e/o atti violenti avvenuti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- per strappi muscolari, ernie traumatiche o da sforzo (sono esclusi gli infarti di qualsiasi tipo);
- durante la pratica occasionale di sport aventi carattere amatoriale e/o ricreativo (salvo quanto previsto all'art. 25 punto 4).

Art. 25 - Infortuni esclusi

Tutti quelli derivanti da:

- a) guida di mezzi di locomozione aerea, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- b) uso e guida di mezzi di locomozione subacquea;
- c) guida di veicoli/natanti a motore diversi da quelli indicati all'art. 24 "Altri eventi garantiti" e in ogni caso, se il conducente assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti;
- d) pratica di sport professionistici e pratica anche solo occasionale avente carattere amatoriale e/o ricreativo di: pugilato, atletica pesante, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, attività sciistica fuori pista, bob, rugby, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere, football americano, hockey su ghiaccio, su pista e su prato, discesa su rapide (rafting), regate oceaniche e traversate in alto mare effettuate in solitario, sport equestri che prevedano un tesseramento alle competenti federazioni sportive, free climbing, jumping e sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata.
- e) uso, anche come passeggero, di veicoli in circuiti, pur in assenza di competizione, salvo i corsi di guida sicura, di aeromobili compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio, di natanti a motore, in competizione e nelle relative prove;
- f) sinistri conseguenti e derivanti da abuso di alcolici, dall'uso o abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi nonché dall'uso di allucinogeni ed all'uso non terapeutico di stupefacenti;
- g) operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessarie da infortunio;
- h) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato suicidio;
- i) movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- j) arruolamento volontario, nonché richiamo alle armi per mobilitazione o per altri motivi di carattere eccezionale (salvo quanto previsto all'art. 36 "Infortuni occorsi durante il servizio militare volontario");
- k) derivanti da reazione nucleare; radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dal fatto che altre cause abbiano concorso al sinistro (salvo che si tratti di uso medico); da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- l) guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, sommossa civile, sabotaggio e tutti gli eventi assimilati a quelli suddetti nonché gli infortuni dovuti a ordigni di guerra salvo il caso accidentale accaduto in Paesi non in stato di belligeranza o similare;

- m) partecipazione a imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo e non limitativo, spedizioni esplorative o artiche, himalayane e/o andine).
- n) lesioni derivanti o dipendenti direttamente o indirettamente da: malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organico cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e/o complicanze;
- o) cure e/o interventi relativi a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) patologie correlate alla infezione da H.I.V., sindrome da encefalopatia spongiforme nelle sue varie forme e varianti.

Art. 26 - Estensione dell'Assicurazione alle ernie traumatiche o da sforzo

L'Assicurazione è estesa, limitatamente ai casi d'Invalidità permanente e d'Inabilità temporanea, alle ernie traumatiche o da sforzo, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia o del pagamento del premio, se successivo;
- qualora l'ernia risulti operabile, sarà corrisposta solamente l'indennità per Inabilità temporanea fino a un massimo di 30 (trenta) giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale non risulti operabile secondo parere medico, sarà corrisposta solamente un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, troverà applicazione l'art. 19 "Controversie - Arbitrato Irrituale" delle Norme Comuni a tutte le Sezioni.

Art. 27 – Caso di morte da infortunio

1) Se l'*infortunio* ha come conseguenza la morte, la *Società* corrisponde la somma assicurata ai *beneficiari* designati in polizza o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi e/o testamentari dell'*Assicurato* in parti uguali.

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

Tuttavia, se dopo il pagamento di un *indennizzo* per *invalidità permanente* l'*Assicurato* muore in conseguenza del medesimo infortunio, la *Società* corrisponde ai *beneficiari* soltanto la differenza tra l'*indennizzo* per morte - se superiore - e quello già pagato per *invalidità permanente*.

La garanzia opera purché il decesso si verifichi entro 2 (due) *anni* dall'*infortunio*, anche successivamente alla scadenza della *polizza*.

2) Morte presunta

Qualora l'*Assicurato* sia scomparso a seguito di *infortunio* indennizzabile ai sensi di *polizza*, in applicazione di quanto previsto dall'art. 60, comma 3) e art. 62 del Codice Civile o dall'art. 211 del Codice della Navigazione e l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarata la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la *Società* corrisponde ai *beneficiari* di *polizza* la somma assicurata per il caso di morte. Se dopo il pagamento dell'*indennizzo* è provata l'esistenza in vita dell'*Assicurato*, la *Società* ha diritto di agire nei confronti sia dei *beneficiari* sia dell'*Assicurato* stesso per la restituzione della somma corrisposta.

L'*Assicurato* potrà fare valere i propri diritti per le lesioni eventualmente subite se indennizzabili ai sensi di *polizza* soltanto dopo la restituzione dell'intera somma liquidata da parte dei *Beneficiari* o, per loro conto, dall'*Assicurato*.

Art. 28 - Invalidità permanente

- a) L'*indennizzo* per il caso di Invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della *polizza* - entro 2 (due) anni dal giorno dell'*infortunio* denunciato e in rapporto causale;
- b) se l'*infortunio* ha come conseguenza l'Invalidità permanente definitiva totale, la *Società* corrisponde l'intera somma assicurata;
- c) se l'*infortunio* ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'*indennizzo* per Invalidità permanente è calcolato sulla somma assicurata (ferma l'applicazione delle franchigie previste in Polizza), in proporzione al grado di Invalidità accertato, secondo i criteri e le percentuali indicate all'art. 20 "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente" (ex Tabella INAIL, allegato n. 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124) delle Norme comuni a tutte le Sezioni;
- d) se l'*infortunio* ha come conseguenza un'Invalidità permanente definitiva, non determinabile sulla base dei valori specificati nella suindicata tabella, 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 è 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;
- e) la perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;

Art. 29 – Franchigia modulata Invalidità permanente

La somma assicurata per l'Invalidità permanente da infortunio è soggetta a una franchigia del 3% pertanto la *Società* non liquida alcuna indennità se l'Invalidità permanente è di grado non superiore al 3% della totale; se invece l'Invalidità permanente è di grado superiore al 3% la *Società* liquida, un'*indennità* calcolata sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali.

% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE	% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE
4	1	35	41
5	2	36	43
6	3	37	45
7	4	38	47
8	5	39	49
9	6	40	51
10	10	41	53
11	11	42	55
12	12	43	57
13	13	44	59
14	14	45	61
15	15	46	63
16	16	47	65
17	17	48	67
18	18	49	69
19	19	50	71
20	20	51	73
21	21	52	75
22	22	53	77
23	23	54	79
24	24	55	81
25	25	56	83
26	26	57	85
27	27	58	87
28	28	59	89
29	29	60	91
30	30	61	93
31	33	62	95
32	35	63	97
33	37	64	99
34	39	65 E OLTRE	100

Art. 30 - Criteri d'indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive e oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio (o malattia), l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio (o malattia) avesse colpito una persona integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dall'art. 20 delle Norme comuni alle Sezioni I – Infortuni e II – Malattia, sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente.

Art. 31 - Inabilità temporanea

L'indennizzo per l'Inabilità temporanea è dovuto:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennizzo per Inabilità temporanea è cumulabile con quello dovuto per i casi di morte, invalidità permanente, diaria da ricovero da infortunio e spese di cura da infortunio.

Art. 32 – Franchigia Inabilità temporanea

L'indennizzo per Inabilità temporanea s'intende così corrisposto:

- per somme assicurate non superiori a € 50,00, l'indennità sarà corrisposta dalle ore 24 del 7° (settimo) giorno successivo a quello dell'infortunio.
- per somme assicurate superiori a € 50,00 (escluso aumenti per effetto dell'indicizzazione) l'indennità sarà corrisposta dalle ore 24 del 10° (decimo) giorno successivo a quello dell'infortunio.

Se la denuncia è tardiva, la diaria decorre dal giorno successivo a quello della denuncia. Per la durata della cura, l'Assicurato deve inviare con continuità e sollecitudine certificati medici di proroga. In difetto, sarà considerata come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

Art. 33 - Spese di cura da Infortunio

La Società rimborsa - sino alla concorrenza della somma assicurata indicata in Polizza, le spese rese necessarie da un evento indennizzabile come infortunio e sostenute per:

- onorari dei medici chirurgici;
- accertamenti diagnostici;
- terapie fisiche sostenute fino al 90° (novantesimo) giorno successivo all'infortunio (escluse cure termali e similari), spese farmaceutiche e relativi ticket;

- d) trasporto in ospedale o clinica con autoambulanza;
- e) retta di degenza, per un importo giornaliero non superiore al 2% della somma assicurata e con il massimo di € 260,00 per ogni giorno di degenza.

Restano comunque escluse dal rimborso le spese per le cure odontoiatriche, delle parodontopatie e delle protesi dentarie quando non siano rese necessarie da infortunio.

Il rimborso delle spese per le protesi dentarie, se indennizzabili, sarà effettuato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi e sempreché la protesi sia applicata entro un anno dalla data del sinistro.

Per l'insieme delle prestazioni di cui alle lettere b) e c) l'onere a carico della Società non potrà superare il 20% della somma assicurata.

Art. 34 - Diaria da ricovero da Infortunio

La Società corrisponde la diaria pattuita a seguito di ricovero dell'Assicurato in Ospedale o Istituto di cura, conseguente a infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, per ciascun giorno di degenza.

Art. 35 - Franchigia Diaria da ricovero da Infortunio

L'indennizzo per la diaria da ricovero da infortunio s'intende così corrisposto:

- a) per somme assicurate non superiori a € 50,00 l'indennità sarà corrisposta dal giorno successivo a quello del ricovero;
- b) per somme assicurate superiori a € 50,00 (escluso aumenti per effetto dell'indicizzazione) l'indennità sarà corrisposta dal 3° (terzo) giorno successivo al ricovero.

Art. 36 - Infortuni occorsi durante il servizio militare volontario

L'Assicurazione resta valida durante il servizio militare volontario in tempo di pace.

L'Assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per carattere eccezionale, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la risoluzione dell'Assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la sospensione dell'Assicurazione. Nel caso di risoluzione, spetta all'Assicurato il rimborso della parte di premio relativa al periodo di Assicurazione non goduto, mentre nel caso di sospensione l'Assicurato ha diritto di ottenere la prorogazione dell'Assicurazione per un periodo uguale a quello della data di sospensione.

Art. 37 – Limite catastrofale

Nel caso di un unico evento che provochi l'infortunio di più persone assicurate con la presente Polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 3.500.000,00.

Qualora gli indennizzi liquidabili a sensi di Polizza eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi saranno proporzionalmente ridotti.

Art. 38 – Validità territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia, ed in valuta locale corrente.

Condizioni Aggiuntive SEZIONE INFORTUNI

(valide solo se espressamente richiamate e rese operanti nelle Condizioni aggiuntive di polizza - Elenco persone assicurate – Sezione Infortuni)

1) Attività sportive speciali

A parziale deroga dell'art. 25 "Infortuni esclusi", la garanzia è estesa alla pratica occasionale dei seguenti sport purché praticati a titolo ricreativo e/o amatoriale (esclusi, quindi, quelli esercitati in forma professionale): pugilato, atletica pesante, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salto dal trampolino con sci o idrosci, bob, immersione con autorespiratore (esclusi i casi di embolie e/o conseguenze in genere della pressione dell'acqua), speleologia.

L'indennizzo è corrisposto con i seguenti limiti:

- **Morte:** importo pattuito in Polizza, ma con il limite massimo di € 80.000,00;
- **Invalidità permanente:** non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 5%. Se invece l'invalidità permanente è superiore a tale percentuale, l'indennizzo sarà liquidato solo per la parte eccedente. Tale franchigia annulla e sostituisce quelle pattuite in Polizza;
- **Inabilità temporanea:** nessuna diaria anche se pattuita;
- **Diaria da ricovero da Infortunio:** nessuna diaria anche se pattuita.

2) Apparecchi gessati - Convalescenza ospedaliera da infortunio

Quando è pattuita la "Diaria da ricovero" e fermo quanto previsto dall'art. 34 "Diaria da ricovero da Infortunio" delle Norme che regolano la Sezione I - Infortuni, l'Assicurazione comprende:

- a) il periodo d'immobilizzazione, successivo al ricovero, a seguito d'infortunio, con apparecchi gessati (come definiti nelle Norme che regolano la Sezione I - Infortuni), oppure in assenza di ricovero, dal giorno successivo all'applicazione degli stessi, per la durata massima di 100 (cento) giorni, per evento e per anno assicurativo;
- b) il periodo di convalescenza successivo al ricovero per la durata massima di 15 (quindici) giorni.
Tale garanzia è operante esclusivamente nei casi di ricovero senza applicazione di apparecchi gessati.

3) Terremoto - Guerra

A parziale deroga dell'art. 25) punto i) e punto l) "Infortuni esclusi", la garanzia vale per gli infortuni:

- determinati da eventi sismici che colpissero l'assicurato al di fuori della regione ove si trova il comune, dove egli ha la sua residenza o abituale dimora;
- derivanti da guerra, per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

4) Viaggi aerei su velivoli privati

La garanzia è estesa a viaggi aerei effettuati, come passeggero, su velivoli plurimotori di ditte o privati condotti da piloti professionisti con esclusione delle trasvolate oceaniche. Limitatamente a questa estensione, la garanzia é prestata per Morte e Invalidità permanente con esclusione dell'Inabilità temporanea, se pattuita.

5) Franchigia Invalidità permanente a scaglioni di somme

Fermo quanto previsto all'art. 28 "Invalidità permanente" e a deroga di quanto previsto all'art. 29 "Franchigia modulata Invalidità permanente" delle Norme che regolano la Sezione I - Infortuni, la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente sarà effettuata con le seguenti modalità:

- a) sulla parte della somma assicurata fino a € 100.000,00, la Società corrisponderà l'indennizzo dovuto a termini di Polizza senza applicazione di alcuna franchigia;
- b) sulla parte della somma assicurata eccedente € 100.000,00 e fino a € 200.000,00 non si farà luogo a indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece l'Invalidità permanente è superiore a tale percentuale, l'indennizzo sarà liquidato solo per la parte eccedente;
- c) sulla parte della somma assicurata eccedente € 200.000,00 non si farà luogo a indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 10% della totale; se invece l'Invalidità permanente è superiore a tale percentuale, l'indennizzo sarà liquidato solo per la parte eccedente.

6) Franchigia Invalidità permanente assoluta 5%

Fermo quanto previsto all'art. 28 "Invalidità permanente" e a deroga di quanto previsto all'art. 29 "Franchigia modulata Invalidità permanente" delle Norme che regolano la Sezione I - Infortuni, non è dovuto alcun indennizzo per Invalidità permanente pari o inferiore al 5% .

Se invece l'Invalidità permanente è superiore a tale percentuale, l'indennizzo sarà liquidato solo per la parte eccedente.

7) Franchigia Invalidità permanente assoluta 10%

Fermo quanto previsto all'art. 28 "Invalidità permanente" e a deroga di quanto previsto all'art. 29 "Franchigia modulata Invalidità permanente" delle Norme che regolano la Sezione I - Infortuni, non è dovuto alcun indennizzo per Invalidità permanente pari o inferiore al 10% .

Se invece l'Invalidità permanente è superiore a tale percentuale, l'indennizzo sarà liquidato solo per la parte eccedente.

8) Rischio "in itinere"

L'Assicurazione vale anche durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO

Art. 39 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro

In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- a. fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro;
- b. darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile;
- c. corredare la denuncia del sinistro con certificato medico; la denuncia deve inoltre contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento;
- d. documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e l'indennizzo verrà riconosciuto a guarigione clinica ultimata;
- e. sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- f. produrre gli originali di note, distinte, ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate relativamente la garanzia "spese di cura da infortunio";
- g. fornire, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla Società) 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 del Codice Civile).

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 i beneficiari o gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società 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. 40 – Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 30 "Criteri di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.

La Società s'impegna a comunicare all'Assicurato, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Art. 41 - Anticipo Indennizzo per invalidità permanente

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, su richiesta dell'Assicurato e previa presentazione di idonea documentazione medico legale, la Società potrà liquidare a titolo di acconto un importo pari al 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo con il massimo di € 30.000,00 (trentamila).

Condizione essenziale è che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla data di presentazione della denuncia e che la percentuale di invalidità permanente stimata dalla Società sia superiore al 25%.

L'anticipo è erogato a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro e l'anticipo non costituisce impegno della Società riguardo l'indennizzo definitivo. L'indennizzo pagato in anticipo, sarà dedotto da quanto dovuto, al netto di eventuali franchigie, in sede di liquidazione definitiva.

Art. 42 - 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 Società, 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 Società con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente articolo 39 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro, fornendo, in ogni caso, alla Società 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 Società:

- 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, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società 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 Società, gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società 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 Società 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. 43 – Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di inabilità temporanea

Fermo quanto previsto dall'art. 31 "Inabilità temporanea" e dall'art. 32 "Franchigia Inabilità Temporanea", l'indennizzo viene corrisposto a guarigione clinica ultimata ferme le modalità previste dal precedente art. 39 – "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro" e comunque per un periodo massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni.

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 44 – Anticipo indennizzo per inabilità temporanea

Nel caso l'inabilità temporanea totale superi i 45 (quarantacinque) giorni, la Società - accertatone il suo prolungamento - pagherà, su richiesta dell'Assicurato, l'importo pattuito in polizza corrispondente a detto periodo, previa deduzione della franchigia prevista.

La Società farà altrettanto per i periodi successivi di 45 (quarantacinque) giorni sempre che ne venga accertata la proroga.

Art. 45 – Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di spese di cura da infortunio

Fermo quanto previsto dall'art. 33 "Spese di cura da infortunio", il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato viene effettuato con le modalità previste dal precedente art. 39 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro".

La Società effettua il rimborso, a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'assicurato, della relativa documentazione sanitaria (cartella clinica e certificati medici).

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi la documentazione in originale per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 46 – Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di diaria da ricovero da infortunio

Fermo quanto previsto dall'art. 34 "Diaria da Ricovero da infortunio", si precisa che, ai fini liquidativi, il giorno di entrata e di dimissione dall'Istituto di cura vengono considerati un (1) giorno di ricovero.

L'indennizzo viene corrisposto a cura ultimata, su presentazione, in originale, della relativa documentazione sanitaria (cartella clinica e certificati medici) e comunque per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni.

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 47 – Modalità di pagamento dell'indennizzo per tutte le garanzie infortuni

La Società disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà effettuata in Italia.

SEZIONE II - MALATTIA

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA

Art. 48 – Rischio assicurato

La Società corrisponde la diaria pattuita in Polizza a seguito di ricovero dell'Assicurato in ospedale o Istituto di cura pubblico, privato o equiparato, conseguente a malattia, parto con taglio cesareo, aborto terapeutico, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 300 (trecento) giorni per anno assicurativo. La garanzia è subordinata alla presa visione e accettazione, da parte della Società, delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nello specifico questionario anamnestico che forma parte integrante ed essenziale della presente polizza.

Art. 49 - Altri eventi garantiti (sempre operanti)

In caso di ricovero in day hospital (ricovero di almeno 2 (due) giorni consecutivi senza pernottamento) la Società corrisponde la diaria prevista per ogni giorno di degenza e per la durata massima di 100 (cento) giorni per evento e per anno assicurativo.

Art. 50 – Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa

L'Assicurazione ha effetto a partire dalle ore 24:

- del 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza o di pagamento del premio, se successivo, per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione della Polizza ma insorti anteriormente a tale data nonché per le conseguenze di stati patologici noti all'Assicurato, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione della Polizza, purché dichiarati alla Società all'atto stesso della compilazione del questionario anamnestico e accettati senza esplicita limitazione del rischio da parte della Società stessa;
- del 360° (trecentosessantesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza o di pagamento del premio, se successivo, per il parto cesareo, l'aborto non volontario, le malattie dipendenti da gravidanza e/o puerperio;
- del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza o di pagamento del premio, se successivo, per tutte le altre malattie.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 51 – Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per ricoveri relativi a:

- a) infortuni in genere;
- b) conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società dall'Assicurato con dolo o colpa grave, all'atto della stipulazione della Polizza;
- c) eliminazione o correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla stipulazione della Polizza;
- d) eliminazione e/o correzione dei difetti di rifrazione quali miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia;
- e) malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65, n. 1124 e successive modifiche;
- f) sinistri provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da malattie mentali e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- g) conseguenze derivanti da ebbrezza alcolica – ubriachezza, uso e abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi, uso di stupefacenti, salvo la somministrazione terapeutica, e di allucinogeni e simili;
- h) interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- i) parto naturale;
- j) interventi sulle tonsille e vegetazioni adenoidi su persone di età inferiore a 9 (nove) anni;
- k) prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica;
- l) prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 08/11/1991 pubblicato sulla G.U. n. 262 e successive modifiche);
- m) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo e ortodontico, nonché quelle del parodonto;
- n) lesioni direttamente o indirettamente derivanti da reazione nucleare; radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dal fatto che altre cause abbiano concorso al sinistro (salvo che si tratti di uso medico); lesioni direttamente o indirettamente provocate da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- o) degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri per lunga degenza, quando le degenze e i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- p) degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito d'istituti di cura;
- q) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo, nonché terapie della sterilità acquisita e/o dell'impotenza dei singoli partner della coppia;
- r) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- s) conseguenze di tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, sempreché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;

- t) conseguenze di azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- u) manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- v) prestazioni aventi finalità estetiche.
- w) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e alle patologie correlate alle infezioni da H.I.V.;
- x) ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto le disposizioni di cui alle lettere b) e c) si applicheranno con riguardo alla data di variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.

Art. 52 – Franchigia diaria da ricovero da malattia

L'indennizzo per la diaria da ricovero da malattia s'intende così corrisposto:

- c) per somme assicurate non superiori a € 50,00 l'indennità sarà corrisposta dal giorno successivo a quello del ricovero;
- d) per somme assicurate superiori a € 50,00 (escluso aumenti per effetto dell'indicizzazione) l'indennità sarà corrisposta dal 3° (terzo) giorno successivo al ricovero.

Art. 53 – Validità territoriale - Pagamento indennizzo

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

CONDIZIONE AGGIUNTIVA DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA

(valida solo se espressamente richiamata e resa operante nelle Condizioni aggiuntive di polizza – Elenco persone assicurate – Sezione II Malattia)

1) Diaria supplementare post ricovero per convalescenza

In caso di ricovero, reso necessario da malattia indennizzabile a termini di Polizza, la Società corrisponde la "Diaria supplementare post ricovero per convalescenza", purché prescritta dall'ospedale o dal medico ospedaliero che ha curato od operato l'Assicurato, per la somma assicurata prevista per la garanzia Diaria da ricovero e per la durata massima di 20 (venti) giorni per anno assicurativo e per ogni persona assicurata.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA

Art. 54 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro

In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura;
- darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile;
- fornire alla Società l'originale della cartella clinica completa e ogni altra documentazione sanitaria atta ad accertare la patologia oggetto del ricovero, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- sottoporsi in Italia agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società.

Per i ricoveri avvenuti all'estero, la diaria sarà corrisposta in Italia in Euro.

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

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

Art. 55 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo

Fermo quanto previsto dall'art. 48 "Rischio Assicurato" e dall'art. 52 "Franchigia diaria da ricovero da malattia", si precisa che ai fini liquidativi, il giorno di entrata e di dimissione dall'Istituto di cura vengono considerati sempre 1 (uno) giorno di ricovero.

L'indennizzo viene corrisposto a cura ultimata in base alle modalità previste dall'articolo che precede.

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 56 – Modalità di pagamento dell'indennizzo

La Società disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 57 – Rischio assicurato

L'Assicurazione è prestata per il caso di Invalidità permanente conseguente a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto.

La garanzia opera secondo quanto previsto dalle condizioni che seguono e comunque non oltre la data della cessazione dell'Assicurazione.

Si considera **Invalidità permanente** la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Si considera **malattia** ogni obiettivamente alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendosi per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

La garanzia è subordinata alla presa visione e accettazione, da parte della Società, delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nello specifico questionario anamnestico che forma parte integrante ed essenziale della presente polizza.

Art. 58 – Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 90° (novantesimo) giorno successivo a quello di decorrenza della Polizza o del pagamento del premio, se successivo.

Qualora la presente Assicurazione sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza riguardante gli stessi rischi assicurati, i termini di cui sopra operano:

- dal giorno di decorrenza della polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste;
- dal giorno di decorrenza della presente Assicurazione per le maggiori o diverse prestazioni da essa prevista.

La norma di cui al precedente comma vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso della presente Assicurazione.

Art. 59 - Esclusioni

Fermo quanto previsto dall'art. 18 "Persone non assicurabili" delle Norme comuni a tutte le Sezioni, l'Assicurazione non è operante per le invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'Assicurazione, nonché per quanto imputabile a difetti fisici, malformazioni, condizioni fisiche patologiche preesistenti.

Sono inoltre escluse le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- a) malattie mentali e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese sindromi organico cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- b) A.I.D.S.; epatite, ad eccezione del tipo A, determinate da contagio del sangue, sono invece comprese se il contagio del sangue è determinato da errori di trasfusione eseguiti in Ospedali, Istituti di cura privati, pubblici;
- c) malattie tropicali;
- d) ebbrezza alcolica – ubriachezza, uso e abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi, uso di stupefacenti, salvo la somministrazione terapeutica, e di allucinogeni e simili;
- e) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- f) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.); lesioni direttamente o indirettamente provocate da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- g) guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, e tutti gli eventi assimilati a quelli suddetti nonché gli infortuni dovuti a ordigni di guerra; conseguenze di sommosse civili, atti di terrorismo, attentati, sabotaggio, sempreché l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;
- h) malattie professionali come definite dal DPR 30/6/65 n. 1124 e successive modifiche;
- i) malattie da contaminazione batteriologica e/o chimica.

Art. 60 - Non cumulabilità della presente garanzia con quella Infortuni

La presente garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di Invalidità permanente da infortunio.

Art. 61 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 62 - Criteri d'indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata. Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie (malattia coesistente) non si terrà conto del pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'Assicurazione, le Invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di un'ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso in cui, quindi, la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Si precisa che per "malattie coesistenti" s'intendono malattie o invalidità presenti nel soggetto Assicurato, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Si precisa che per "malattie concorrenti" s'intendono malattie o invalidità presenti nel soggetto Assicurato, che determinano un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

Art. 63 -- Franchigia Invalidità permanente da malattia

Nessuna indennità spetta quando l'Invalidità permanente, accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nell'art. 20 delle Norme comuni a tutte le Sezioni (ex tabella I.N.A.I.L. allegato n. 1 D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124), sia di grado inferiore o pari al 25% della totale.

Quando l'Invalidità permanente accertata sia invece di grado superiore al 25%, la Società liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

Percentuale IP accertata	Percentuale da liquidare	Percentuale IP accertata	Percentuale da liquidare
Dall'1 al 25	0	46	42
26	2	47	44
27	4	48	46
28	6	49	48
29	8	50	50
30	10	51	53
31	12	52	56
32	14	53	59
33	16	54	62
34	18	55	65
35	20	56	68
36	22	57	71
37	24	58	74
38	26	59	77
39	28	60	80
40	30	61	83
41	32	62	86
42	34	63	89
43	36	64	92
44	38	65	95
45	40	Dal 66 al 100	100

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 64 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro

L'Assicurato o altra persona in sua vece devono:

- denunciare la malattia entro 10 (dieci) giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia diagnosticata, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata;
- inviare alla Società la certificazione medica sulla natura della malattia;
- inviare periodicamente alla Società le informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti;
- sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione del caso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- fornire alla Società, in caso di guarigione clinica della malattia denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico;
- nei casi diversi dal punto che precede, richiedere alla Società di procedere all'accertamento dei postumi secondo le modalità riportate nel successivo art. 65 "Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo".

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

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

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

Art. 65 – Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente da malattia

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 62 "Criteri di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia nel periodo compreso tra i 6 (sei) mesi ed entro i 18 (diciotto) mesi dalla data della denuncia della malattia. Tale periodo è convenzionalmente fissato sulla base di criteri medico legali che definiscono le tempistiche necessarie alla stabilizzazione dei postumi in caso di malattia.

Trascorsi i 6 (sei) mesi sopra indicati e sino allo scadere del 18 (diciottesimo) mese, la Società s'impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche.

Prima del decorso dei 6 (sei) mesi, la Società non effettuerà alcuna valutazione del grado di invalidità permanente.

Decorso i 18 (diciotto) mesi - indipendentemente dalla guarigione clinica della malattia denunciata ed anche in assenza della produzione da parte dell'Assicurato del certificato medico attestante la guarigione e i postumi invalidanti stabilizzati - la Società effettua comunque la valutazione medico legale atta ad accertare gli eventuali postumi invalidanti e si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni, decorrenti dallo scadere dei 18 (diciotto) mesi.

Art. 66 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dalla malattia

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

Se l'Assicurato decede per cause diverse dalla malattia denunciata e dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti e verifiche ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'indennizzo in favore dell'Assicurato, la Società, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato oppure, in mancanza
- l'importo offerto.

Se l'Assicurato decede per cause diverse dalla malattia denunciata e prima siano stati effettuati gli accertamenti e verifiche necessari, la Società liquida agli eredi o aventi causa, **previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato**, l'importo oggettivamente determinabile dalla stessa con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente art. 64 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro". Ciò a condizione che gli eredi o aventi causa dimostrino:

- la stabilizzazione dei postumi invalidanti mediante produzione del 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;
- l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla malattia generante lo stato di invalidità (es. decesso dell'Assicurato a seguito di sinistro stradale).

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Società, gli eredi o aventi causa, al fine di dimostrare quanto sopra indicato, dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società 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. Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dovranno fornire alla Società:

- 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, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società 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.

La Società 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. 67 - Modalità di pagamento dell'indennizzo

La Società disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Art. 68 – Rischio assicurato

L'Assicurazione è prestata per il rimborso delle spese sostenute a seguito di ricovero in ospedale, Istituto di cura pubblico, privato o equiparato, per uno o più interventi chirurgici rientranti nell'“Elenco grandi interventi chirurgici”, resi necessari da malattia o infortunio.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, il rimborso sarà effettuato per spese o eccedenze di spese sostenute in proprio.

In alternativa al rimborso delle spese sostenute, comprese le spese effettuate prima e dopo il ricovero, l'Assicurato può chiedere il pagamento di una diaria sostitutiva, per ogni giorno di ricovero fino a un massimo di 90 (novanta) giorni per anno assicurativo. Tale diaria è fissata in € 150,00 al giorno.

La garanzia è valida in tutto il mondo.

La garanzia è subordinata alla presa visione e accettazione, da parte della Società, delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nello specifico questionario anamnestico che forma parte integrante ed essenziale della presente polizza.

Art. 69 – Somma assicurata

La somma assicurata è pari a € 100.000,00 per anno assicurativo e per ogni persona.

Art. 70 – Prestazioni garantite

- Prima del ricovero

Il rimborso delle spese per onorari di: visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami, effettuati nei 90 (novanta) giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno reso necessario il ricovero stesso.

Il rimborso delle spese di trasporto in ambulanza all'Istituto di Cura fino al 10% del massimale assicurato.

- Durante il ricovero

Il rimborso delle spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto medico e paramedico partecipante all'intervento chirurgico, ivi compresa la loro assistenza medica durante il ricovero; diritti di sala operatoria e materiale d'intervento; endoprotesi applicate durante l'intervento; cure infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il ricovero; rette di degenza.

- Dopo il ricovero

Il rimborso delle spese per onorari di: visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, effettuati nei 90 (novanta) giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno reso necessario il ricovero stesso.

Il rimborso delle spese di trasporto in autoambulanza dall'Istituto di cura al proprio domicilio fino al 10% del massimale stesso.

Art. 71 – Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:

- del giorno in cui ha effetto la Polizza per gli infortuni o del giorno di pagamento del premio, se successivo;
- del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le malattie, o di pagamento del premio, se successivo;
- del 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza o di pagamento del premio, se successivo, per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione della Polizza ma insorti anteriormente a tale data nonché per le conseguenze di stati patologici noti all'Assicurato, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti, curati anteriormente alla stipulazione della Polizza, purché dichiarati alla Società all'atto stesso della compilazione del questionario anamnestico e accettati senza esplicita limitazione del rischio da parte della Società stessa.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto riguardante gli stessi assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 72 – Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per le spese relative a:

- a) conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società dal Contraente/Assicurato con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione dello stesso;
- b) eliminazione o correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla stipulazione del contratto;
- c) ricoveri, spese mediche provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da malattie mentali e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organico cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- d) malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65, n. 1124 e successive modifiche;
- e) conseguenze di azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- f) conseguenze derivanti da ebbrezza alcolica – ubriachezza, uso e abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi, uso di stupefacenti, salvo la somministrazione terapeutica, e di allucinogeni e simili;
- g) parto naturale, parto con taglio cesareo e/o interruzione della gravidanza, nonché le malattie dipendenti dalla gravidanza e puerperio;

- h) prestazioni aventi finalità estetiche;
- i) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo e ortodontico, nonché quelle del parodonto; sono escluse in ogni caso le protesi dentarie;
- j) acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo le endoprotesi applicate durante l'intervento chirurgico;
- k) reazione nucleare; radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dal fatto che altre cause abbiano concorso al sinistro (salvo che si tratti di uso medico); lesioni direttamente o indirettamente provocate da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- l) ricoveri in case di riposo, ancorché qualificate come Istituti di Cura;
- m) prestazioni e/o terapie in genere con finalità dietologica;
- n) prestazioni e/o terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 08/11/1991 pubblicato sulla G.U. n. 262 e successive modifiche);
- o) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo, nonché terapie della sterilità acquisita e/o dell'impotenza dei singoli partner della coppia;
- p) conseguenze della pratica di qualsiasi sport a titolo professionale e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, attività sciistica fuori pista, sci acrobatico, bob, rugby, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili);
- q) conseguenze e/o allenamenti durante la partecipazione a corse, gare o competizioni (e relative prove) che comportino l'impiego di veicoli o natanti azionati a motore;
- r) conseguenze d'infortuni derivanti dall'uso e/o guida di mezzi di locomozione subacquea o aerea;
- s) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- t) guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, e tutti gli eventi assimilati a quelli suddetti nonché gli infortuni dovuti a ordigni di guerra; conseguenze di tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, sabotaggio, sempreché l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;
- u) conseguenze d'infortuni derivanti dalla guida di veicoli o natanti a motore per uso non privato e in ogni caso, se il conducente Assicurato è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi in stato di ebbrezza;
- v) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate alla infezione da H.I.V.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto le disposizioni di cui alle lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data di variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico:

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracraniche
- Cranio plastiche
- Interventi per asportazione di corpi estranei endocranici
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Evacuazione di ascesso e/o ematoma intracranici
- Interventi di derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Operazione per encefalo-meningocele
- Lobotomia e altri interventi di psicoturgia
- Talamotomia – pallidotomia ed altri interventi simili
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni meningomollari
- Intervento per mielo-meningocele
- Neurotomia retrogasseriana- sezione intracranica di altri nervi
- Intervento sul simpatico toracico:
 - Ganglionectomia toracica
 - Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
- Intervento sul simpatico lombare:
 - Gangliectomia lombare
 - Splancnicectomia
- Surrenectomia e altri interventi sulla capsula surrenale
- Anastomosi spino-facciale e simili

Faccia e bocca:

- Resezione del mascellare superiore
- Operazioni demolitrici del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Resezione parotidea
- Parotidectomia totale
- Riduzione e sintesi di frattura delle ossa del massiccio facciale

Collo:

- Interventi per ferite di grossi vasi del collo (vedi chirurgia vascolare)
- Interventi per ferite interessanti il tubo laringo-tracheale e faringo-esofageo
- Interventi per asportazioni di tumori maligni del collo
- Interventi sulla tiroide:
 - tiroidectomia totale o subtotale
- Interventi per diverticolo dell'esofago
- Resezione dell'esofago cervicale
- Interventi sulle paratiroidi

Torace:

- Mammella:
 - Mastectomia e quadrantectomia con svuotamento del cavo ascellare
- Interventi correttivi per petto scavato e ad imbuto
- Interventi sul mediastino:
 - per ascessi
 - per tumori
- Interventi per ferite del polmone
- Pneumotomia per ascessi
- Pneumotomia per asportazione di cisti da echinococco
- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Pneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronco-cutanee
- Ernie e cisti del diaframma
- Ferite toraco-addominali con lesioni viscerali
- Asportazione del timo

Chirurgia della tubercolosi polmonare:

- Toracoplastica totale

Ernie:

- Intervento per ernie diaframmatiche

Chirurgia cardiaca:

- Pericardiectomia:
 - parziale
 - totale
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei del cuore
- Commissurotomia (per stenosi mitralica)
- Legatura e resezione del dotto di Botallo
- Interventi sul cuore in circolazione extra corporea e/o ipotermia
- Intervento per embolia della arteria polmonare

Esofago:

- Interventi per ferite e corpi estranei dell'esofago toracico
- Interventi per esofagite, ulcera esofagea e ulcera peptica post-operatoria
- Operazioni sull'esofago:
 - resezioni esofagee
 - esofagectomia
- Interventi per diverticoli dell'esofago toracico
- Esofagoplastica

Addome:

- Laparotomia per contusione e/o ferite penetranti dell'addome con lesioni di organi interni parenchimali
- Laparotomia per contusione e/o ferite penetranti dell'addome con lesione dell'intestino
- Occlusione intestinale di varia natura con resezione intestinale

Stomaco duodeno:

- Gastro-enterostomia
- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche
- Cardiomiectomia extramucosa

Intestino:

- Entero anastomosi
- Resezione del tenue
- Resezione ileo cecale
- Resezione colica
- Emicolectomia totale
- Colectomia totale

Retto - ano:

- Resezione del retto
- Amputazione del retto

Fegato e vie biliari:

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco
- Resezione epatica
- Emiepatectomia
- Derivazioni bilio-digestive
- Epatico e coledoctomia
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Shunt porto-sistemici

Pancreas e milza:

- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
 - Enucleazione delle cisti
 - Marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - totale o della testa
 - della coda
- Splenorrafia
- Splenectomia

Chirurgia vascolare:

- Interventi per aneurismi dei vasi arteriosi (temporali, facciali, radiali cubitali, arcate polmonari, pedidia)
- Sutura di grossi vasi degli arti del collo
- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Interventi per innesti di vasi
- Operazioni sulla aorta toracica e sulla aorta addominale
- By pass anatomici ed extraanatomici
- Endoarteriectomia

Chirurgia pediatrica:

Interventi per

- Idrocefalo ipersecretivo
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Occlusione intestinale del neonato
- Atresia dell'ano semplice:
 - abbassamento addomino perinale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale e rettovulvare:
 - abbassamento addomino perinale
- Teratoma sacro cocccigeo
- Megauretere:
 - resezione con reimpianto
 - resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida:
 - mielomeningocele
- Megacolon:
 - resezione anteriore
 - operazione addomino perinale di Buhamel o Swenson
- Fistole e cisti dell'ombelico:
 - del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

Ortopedia e traumatologia:

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Artroplastiche grandi
- Riduzione e sintesi con mezzi metallici di fratture ossee

Urologia:

- Interventi per epispadia e ipospadia peniena
- Interventi complessi per epispadia scrotale e perinale
- Prostatectomia sottocapsulare
- Prostatectomia radicale
- Interventi per fistola vescico rettale
- Intervento per estrofia della vescica

Criterio analogico:

Gli interventi chirurgici che richiedono tecnologie uguali o più complesse rispetto a quelle necessarie per gli interventi elencati e che comportino onorari pari o superiori secondo quanto previsto dal D.P.R. del 20/12/1965 n. 1763 e successive modifiche, sono compresi nell'Assicurazione anche se non espressamente riportati in elenco.

- Cistectomia parziale
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia
- Ureterosigmoidostomia bilaterale
- Resezione renale
- Nefrectomia
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefro-ureterectomia totale

Apparato genitale maschile:

- Amputazione totale del pene con svuotamento delle regioni inguinali
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia

Ginecologia e ostetricia:

- Interventi per fistola vescico-vaginale o retto-vaginale
- Interventi radicali per tumori maligni vulvari e vaginali
- Riduzioni "per vaginam" di spostamenti uterini ed applicazione del pessario vaginale
- Isterectomia totale
- Pannisterectomia radicale per via addominale
- Riduzione manuale per inversione di utero puerperale per via laparotomica
- Laparatomia per ferite e rotture di utero

Oculistica:

- Cornea:
 - trapianto corneale a tutto spessore
- Orbita:
 - operazione di Kronlein od orbitotomia
- Operazione per glaucoma:
 - operazioni fistolizzanti combinate
- Cristallino:
 - lussazione del cristallino-cataratte complicate
- Retina:
 - diatermocoagulazione alla Weve per distacco
 - cerchiaggio o resezione sclerale per distacco

Otorinolaringoiatra:

- Orecchio:
 - antroatticotomia
 - antroatticotomia con trapanazione del labirinto
 - chirurgia della sordità
 - operazione transmastoidica e sul facciale
- Naso:
 - intervento per tumore maligno mascellare superiore
 - intervento sull'ipofisi per via tran sfenoidale
- Laringe:
 - laringectomia parziale
 - laringectomia totale
- faringolaringectomia

Trapianti:

- Trapianto del cuore e/o arterie
- Trapianto organi degli apparati:
 - digerente
 - respiratorio
 - urinario

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Art. 73 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro

In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura;
- darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile;
- fornire alla Società l'originale della cartella clinica completa e ogni altra documentazione sanitaria atta ad accertare la patologia oggetto del ricovero, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- fornire alla Società le relative notule, distinte e ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate;
- sottoporsi in Italia agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società.

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

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

Art. 74 – Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo

Fermo quanto previsto dall'art. 68 "Rischio Assicurato – Somma Assicurata" e dall'art. 70 "Prestazioni garantite", l'indennizzo viene corrisposto a cura ultimata in base alle modalità previste dall'articolo che precede.

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi la documentazione in originale per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Art. 75 – Modalità di pagamento dell'indennizzo

La Società disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

**CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI
CORRELATI DECIMA REVISIONE – ICD – 10 DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA'
SETTORE V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI**

Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici:

Demenza nella malattia di Alzheimer; Demenza vascolare; Demenza in altre malattie classificate altrove; Demenza non specificata; Sindrome amnesica organica, non indotta da alcol o da altre sostanze psicoattive; Delirium non indotto da alcol o da altre sostanze psicoattive; Altri disturbi psichici dovuti a danni o disfunzioni cerebrali e a malattie somatiche; Disturbi di personalità e del comportamento dovuti a malattia, lesione e disfunzioni cerebrali; Disturbi psichici organici o sintomatici non specificati.

Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive:

Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di altri stimolanti, compresa la caffeina; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di allucinogeni; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di solventi volatili; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive.

Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti:

Schizofrenia; Disturbo schizotipico; Disturbi deliranti persistenti; Disturbi psicotici acuti e transitori; Disturbo delirante indotto; Disturbi schizoaffettivi; Altri disturbi psicotici non organici; Psicosi non organica non specificata.

Disturbi dell'umore [affettivi]:

Episodio maniaco; Disturbo affettivo bipolare; Episodio depressivo; Disturbo depressivo ricorrente; Disturbi persistenti dell'umore [affettivi]; Disturbi dell'umore [affettivi] di altro tipo; Disturbo dell'umore [affettivo] non specificato.

Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi:

Disturbi ansioso-fobici; Altri disturbi d'ansia; Disturbo ossessivo-compulsivo; Reazione a grave stress e disturbi dell'adattamento; Disturbi dissociativi [di conversione]; Disturbi somatoformi; Altri disturbi nevrotici.

Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici:

Disturbi dell'alimentazione; Disturbi del sonno non organici; Disfunzione sessuale non causata da disturbo o malattia organica; Disturbi mentali o comportamentali associati con il puerperio non classificati; Fattori psicologici e comportamentali associati a disturbi o malattie classificati; Abuso di sostanze che non provocano dipendenza; Sindromi comportamentali non specificate associate a disturbi fisiologici e a fattori somatici.

Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto:

Disturbi di personalità specifici; Altri disturbi di personalità e forme miste; Modificazioni durature della personalità non attribuibili a danno o malattia cerebrale; Disturbi delle abitudini e degli impulsi; Disturbi dell'identità sessuale; Disturbo della preferenza sessuale; Problemi psicologici e comportamentali associati con lo sviluppo e l'orientamento sessuale; Altri disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto; Disturbo non specificato della personalità e del comportamento nell'adulto.

Ritardo mentale:

Ritardo mentale lieve; Ritardo mentale di media gravità; Ritardo mentale grave; Ritardo mentale profondo; Ritardo mentale di altro tipo; Ritardo mentale non specificato.

Disturbi dello sviluppo psicologico:

Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio; Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche; Disturbo evolutivo specifico della funzione motoria; Disturbo evolutivo specifico misto; Disturbi evolutivi globali; Disturbo dello sviluppo psicologico di altro tipo; Disturbo dello sviluppo psicologico non specificato.

Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza:

Disturbi ipercinetici; Disturbi della condotta; Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale; Disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia; Disturbo del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza; Disturbi a tipo tic; Altri disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza; Disturbo mentale non specificato; Disturbo mentale S.A.I.

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI

Art. 60 Altri casi di dichiarazione di morte presunta.

Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

- 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
- 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
- 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Art. 1891. Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta.

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave.

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di

annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 Assicurazioni in nome o per conto di terzi.

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1897 Diminuzione del rischio.

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 Aggravamento del rischio.

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899. Durata dell'assicurazione.

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo

caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 Mancato pagamento del premio.

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori.

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro.

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre

giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio.

L'assicurato che, dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'assicuratore.

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2952 Prescrizione in materia di assicurazione.

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia

Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano

Tel. 02 5351 1 (20 linee)

Fax 02 5520360 – 5351461

www.helvetia.it, PEC: helvetia@actaliscertymail.it

Capitale Sociale franchi svizzeri 77.480.000 i.v.

N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano,
C.F. e Partita I.V.A. 01462690155 – R.E.A. n. 370476
Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric. Del M. Ind.,
Comm. Ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n.2
G.U. n. 357 del 31/12/1984 Prow. ISVAP n. 00757
del 19/12/1997 pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/1997

Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 2.00002

Iscr. Albo Gruppi Ass. n°d'ord. 031

La tua Assicurazione svizzera

helvetia 