POLIZZA INFORTUNI

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni
Compagnia: **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.,** Italia – Iscritta al Reg. Imprese Ass., n. 1.00062

Prodotto: **CHIARA*Vivi Sereno***

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

Che tipo di assicurazione è?

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

Che cosa è assicurato?

"CHIARA*Vivi Sereno*" ti tutela dalle conseguenze degli infortuni occorsi sia durante l'attività lavorativa (copertura professionale) sia durante il tuo tempo libero (copertura extraprofessionale) attraverso le seguenti garanzie:

- ✓ Morte da infortunio: in caso di decesso la Compagnia corrisponde ai tuoi eredi o ai beneficiari che hai designato in polizza, un importo uguale alla somma assicurata.
- ✓ Coma irreversibile: in caso di coma irreversibile determinato da infortunio, la Compagnia ti corrisponde un importo uguale alla somma assicurata per la garanzia Morte.
- ✓ Invalidità permanente da infortunio: la Compagnia ti paga un indennizzo calcolato in proporzione al grado di invalidità permanente totale o parziale accertato dalla Compagnia secondo criteri predeterminati dalla stessa.
- ✓ Rimborso spese mediche da infortunio avvenuto all'estero: la Compagnia ti rimborsa il costo delle spese mediche derivanti da un infortunio avvenuto all'estero.

Sono inoltre coperte le seguenti conseguenze:

- ✓ Danni estetici: in caso di infortunio che provochi danni estetici e che però non comporti un risarcimento per Invalidità permanente, la Compagnia ti rimborsa le spese sostenute per cure ed applicazioni tese a ridurre o eliminare il danno estetico.

Se vuoi, puoi scegliere di sottoscrivere anche le seguenti garanzie aggiuntive:

• Inabilità temporanea da infortunio (sottoscrivibile se non sei un Lavoratore dipendente): la Compagnia ti paga una indennità giornaliera per ogni giorno di Inabilità temporanea al lavoro, determinata dall'infortunio.

• Rimborso spese mediche da infortunio: la Compagnia ti rimborsa il costo delle spese mediche rese necessarie da un infortunio, a prescindere dal luogo in cui è avvenuto.

• Diaria da ricovero per infortunio: in caso di ricovero per infortunio in Istituti di cura legalmente riconosciuti, ti viene pagata l'indennità giornaliera assicurata.

• Indennità per frattura: nel caso in cui subissi una frattura come conseguenza di un infortunio, la Compagnia ti corrisponde una indennità forfettaria.

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

Che cosa non è assicurato?

- × Persone che, quando l'assicurazione ha inizio, hanno età superiore a 79 anni.
- × Persone affette da alcolismo e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV.
- × Persone che appartengono alle forze armate o di Polizia o che svolgono attività molto pericolose (es.: minatore).

Ci sono limiti di copertura?

L'assicurazione non comprende gli infortuni:

- ! conseguenze di guerre o insurrezioni, ad eccezione degli infortuni che si verificano entro 14 giorni dall'inizio di una guerra, se ed in quanto ti trovi in uno stato estero al momento dell'inizio dell'evento bellico;
- ! conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e di accelerazione artificiale di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- ! conseguenza di delitti da te compiuti o tentati;
- ! derivanti dalla partecipazione a corse e gare (calcistiche, sciistiche e di basket) e a relative prove e allenamenti;
- ! causati dalla pratica di sport pericolosi;
- ! conseguenti ad abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- ! causati dall'uso e guida di aerei e mezzi subacquei;
- ! dovuti a stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o imbarcazione;
- ! conseguenza di terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, uragani, inondazioni, alluvioni, mareggiate, allagamenti;
- ! connessi all'arruolamento volontario, al richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- ! derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Dove vale la copertura?

✓ L'assicurazione vale nel mondo intero.

Che obblighi ho?

Hai il dovere di:

- fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare;
- comunicare alla Compagnia, con lettera raccomandata, eventuali cambiamenti che possono comportare un aggravamento di rischio.

In caso di sinistro devi:

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

Quando e come devo pagare?

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

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

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

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

Come posso disdire la polizza?

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

Inoltre, dopo ogni sinistro, puoi recedere dal contratto fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto al pagamento dell'indennizzo, mediante lettera raccomandata.

Polizza per gli infortuni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni

(DIP aggiuntivo Danni)

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

CHIARA*Vivi Sereno*

Data: 31 maggio 2023 – il presente DIP Aggiuntivo è l'ultima versione disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. - Via G.B. Cassinis, 21; 20139; Milano (Italia); tel.+39 02 5351.1; sito internet: www.helvetiaitalia.it; e-mail: infoclienti@helvetiaitalia.it; PEC: helvetiaitalia@pec.helvetia.it

P. IVA e Cod. Fisc. 07530080154 - Società del Gruppo Helvetia soggetta alla Direzione ed al Coordinamento della Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia - Società con Socio Unico - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n° 1.00062 - Iscrizione all'Albo dei Gruppi Assicurativi n° ord. 031. Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sui Danni con Decreto Ministeriale n.16723 del 20/6/1986 - G.U. n.148 del 28/6/1986.

Il patrimonio netto della Compagnia, all'ultimo bilancio approvato, è pari a 97,452 milioni di euro di cui 15,600 milioni di euro costituiscono la parte relativa al capitale sociale e 75,935 milioni di euro si riferiscono alle riserve patrimoniali.

La relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria della Compagnia (SFCR) è disponibile sul sito internet della stessa ed è consultabile al seguente indirizzo: www.helvetia.it/solvencyII.

Di seguito si dà evidenza dei requisiti patrimoniali e dei fondi ammissibili alla loro copertura, calcolati secondo la Formula Standard, in vigore al 31.12.2022 .

Informazioni relative al margine di solvibilità Solvency II al 31.12.2022	
Solvency Capital Requirement (SCR)	53.969.653
Minimun Capital Requirement (MCR)	20.407.986
Fondi Propri ammissibili a copertura del SCR	102.156.446
Fondi Propri ammissibili a copertura del MCR	102.156.446
Solvency Capital Ratio*	189,28%

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Si segnala che la Compagnia si impegna nei confronti dell'Assicurato nei limiti dei relativi massimali concordati con la Compagnia stessa.

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato sia durante lo svolgimento della sua attività professionale sia nello svolgimento di ogni altra attività extraprofessionale.
Sono operanti le garanzie di seguito indicate:

✓ **MORTE DA INFORTUNIO**

In caso di morte dell'Assicurato a seguito di un infortunio, la Compagnia corrisponde agli eredi o ai beneficiari designati in polizza, un importo uguale alla somma assicurata. Il capitale verrà liquidato solo se la morte si verifica entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.
Morte presunta. La Compagnia liquida ai beneficiari designati o agli eredi testamentari o legittimi, il capitale previsto per il caso di morte se, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso. La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta.

✓ **COMA IRREVERSIBILE**

La Compagnia liquida ai beneficiari designati o agli eredi testamentari o legittimi il capitale previsto per il caso di morte, se a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato cade in stato di coma che si protrae per un periodo continuativo e ininterrotto di 120 giorni, che viene dichiarato "coma irreversibile" dall'Autorità medica competente. La Compagnia avrà diritto alla restituzione della somma pagata, nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, l'Assicurato uscisse dal coma. L'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita successivamente alla restituzione della somma.

✓ **INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO**

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio denunciato ed in rapporto causale.
La Compagnia corrisponde l'intera somma assicurata, se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità permanente definitiva totale.
Se l'infortunio ha come conseguenza un'Invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo per Invalidità permanente viene calcolato sulla somma assicurata, in proporzione al grado di Invalidità accertato.
La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

✓ **RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO AVVENUTO ALL'ESTERO**

Come estensione di garanzia (sempre operante), la Compagnia rimborsa all'Assicurato, in caso di infortunio avvenuto all'estero, il costo delle cure mediche sostenute.
Per cure mediche si intendono:

- spese di degenza in ospedali o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Se l'Assicurato beneficia di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese che non viene rimborsata dalle citate prestazioni.
La presente garanzia viene prestata in eccedenza a quanto previsto dalla garanzia aggiuntiva "Rimborso spese mediche da infortunio", ove prestata, riportata nella sezione "Opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo" del presente documento.

✓ **DANNI ESTETICI**

Come estensione di garanzia (sempre operante), la Compagnia rimborsa all'Assicurato le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, in caso di infortunio non compreso nelle esclusioni previste nell'apposita sezione del presente documento, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di Invalidità permanente.

***

Le garanzie valgono anche:

a) durante la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti ed alla partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennis da tavolo, tiro, windsurf e vela ("**rischi sportivi**"), fatte salve le esclusioni già specificate nel DIP;
b) per gli infortuni che l'assicurato subisce in qualità di passeggero durante i voli di linea (compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche), nonché gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento ("**rischio volo**");
c) per gli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno stato estero ("**rischio guerra**").
d) per gli infortuni derivanti da **movimenti tellurici**;
e) se, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Polizza, l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), sebbene gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non previste.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

- A fronte del pagamento di un premio aggiuntivo **i soggetti che NON sono Lavoratori Dipendenti** possono scegliere sottoscrivere anche la garanzia **Inabilità temporanea da infortunio.** Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità temporanea al lavoro, la Compagnia liquida all'Assicurato una somma, a titolo di indennità giornaliera, per ogni giorno di inabilità.
  I giorni di Inabilità accertata e documentata vengono forfettariamente considerati nella misura del 60% come Inabilità Temporanea Totale e nella misura del 40% come Inabilità Temporanea Parziale, quest'ultima quantificabile al 50% dell'importo giornaliero indicato in polizza.

- A fronte del pagamento di un premio aggiuntivo, è possibile scegliere di aggiungere anche la garanzia **"Rimborso spese mediche da infortunio".** In caso di infortunio, la Compagnia rimborsa il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato in polizza. Per cure mediche si intendono:
  a) spese di degenza in ospedali o cliniche;
  b) onorari a medici e a chirurghi;
  c) accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
  d) spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
  e) spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
  f) spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

- A fronte del pagamento di un premio aggiuntivo, è possibile scegliere anche la garanzia **Diaria da ricovero da infortunio**. Se a seguito di infortunio, l'Assicurato viene ricoverato in un Istituto di Cura legalmente riconosciuto, la Compagnia corrisponde:
  a) diaria da ricovero: una indennità per ogni giorno di degenza per un periodo massimo di 120 giorni per ogni anno assicurativo;
  b) diaria supplementare: un'indennità giornaliera supplementare post ricovero, di importo pari a quello previsto per la diaria da ricovero e per un periodo uguale a quello dell'indennità da ricovero, a partire dal termine del periodo di degenza e fino ad un massimo di 20 giorni per evento.

- A fronte del pagamento di un premio aggiuntivo, è possibile scegliere di aggiungere anche la garanzia **"Indennità per frattura".** Se a seguito di infortunio, l'Assicurato riporta una o più fratture ossee, la Compagnia corrisponde un importo forfettario come di seguito indicato:
  a) in caso di una o più fratture ossee: € 2.500,00 per ogni evento, per ogni anno assicurativo;
  b) in caso di rottura tendinea: € 1.500,00 per ogni evento, per ogni anno assicurativo;
  c) in caso di fratture alle dita delle mani e/o dei piedi: € 500,00 per ciascun dito fratturato.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

! **"MORTE DA INFORTUNIO"**

La Polizza non prevede esclusioni particolari per questa garanzia, pertanto si rinvia alle esclusioni generali già rappresentate nel DIP.

! **"INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO"**

La Polizza non prevede esclusioni particolari per questa garanzia, pertanto si rinvia alle esclusioni generali già rappresentate nel DIP.

Si riportano nella seguente tabella i massimali, le franchigie e l'eventuale scoperto relativi alla presente copertura:

Assicurazione	Massimale	Franchigia	Scoperto
Invalidità Permanente da Infortunio	- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad **un massimo del 2%** della somma assicurata per invalidità permanente; - nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad **un massimo del 5%** della somma assicurata per Invalidità permanente; - nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino **ad un massimo del 2%** della somma assicurata per Invalidità permanente.	**1) Franchigia a fasce di capitali e in caso di incidenti stradali** a) sulla parte di somma fino a **€ 200.000,00**, l'indennizzo per invalidità permanente viene liquidato **senza applicazione di alcuna franchigia**; b) sulla parte di **somma eccedente € 200.000,00**, non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 3%. Ne consegue che, **se l'invalidità permanente supera la percentuale del 3% della totale**, sempre nel rispetto dei limiti sopra indicati, **viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente detta percentuale**. **2) Franchigia Assoluta Rischi Stradali** In caso di invalidità permanente derivante da incidente stradale, che colpisca gli Assicurati nella loro veste di conducenti e/o trasportati su automezzi in genere, cicli, ciclomotori e motocicli, **non si farà luogo ad alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 3% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 3%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.** **3) Franchigia 3% relativa al 10%** **Non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% della totale**. Se invece **essa risulterà superiore al 3% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente**. In caso di **invalidità permanente superiore al 10% della totale, la franchigia di cui sopra si intende annullata**.	-

! **ESTENSIONE DI COPERTURA "DANNI ESTETICI"**

Oltre alle esclusioni generali già rappresentate nel DIP, sono espressamente escluse dalla presente estensione di copertura i casi di infortunio che comportano un risarcimento a titolo di invalidità permanente.

Si riportano nella seguente tabella i massimali, le franchigie e l'eventuale scoperto relativi alla presente estensione di copertura:

Estensione di copertura	Massimale	Franchigia	Scoperto
Danni Estetici	€ 2.000,00 per evento	-	-

! **ESTENSIONE DI COPERTURA "RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO AVVENUTO ALL'ESTERO"**
Oltre alle esclusioni generali già rappresentate nel DIP, sono espressamente escluse dalla presente estensione di copertura le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Si riportano nella seguente tabella i massimali, le franchigie e l'eventuale scoperto relativi alla presente estensione di copertura:

Estensione di copertura	Massimale	Franchigia	Scoperto
Rimborso Spese Mediche da Infortunio Avvenuto all'Estero	€ 5.000,00 per evento	€ 50,00 per evento	-

! **GARANZIA AGGIUNTIVA "INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO"**
La Polizza non prevede esclusioni particolari per questa garanzia, pertanto si rinvia alle esclusioni generali già rappresentate nel DIP.
Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, le franchigie e l'eventuale scoperto relativi alle singole coperture offerte nella presente garanzia aggiuntiva:

Copertura	Limite d'indennizzo	Franchigia/scoperto
Inabilità Temporanea da Infortunio	Fino ad un massimo di 365 giorni a decorrere dal quinto giorno successivo a quello dell'infortunio	-

! **GARANZIA AGGIUNTIVA "RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO"**
Oltre alle esclusioni generali già rappresentate nel DIP, la presente garanzia aggiuntiva non comprende le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.
Sono inoltre escluse le spese sostenute per le protesi dentarie.

Si riportano nella seguente tabella i massimali, le franchigie e l'eventuale scoperto relativi alla presente garanzia aggiuntiva:

Assicurazione opzionale	Massimale	Franchigia	Scoperto
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	-	€ 50,00 per evento	-

! **GARANZIA AGGIUNTIVA "DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO"**
Oltre alle esclusioni generali già rappresentate nel DIP, sono esclusi dalla presente garanzia aggiuntiva i ricoveri determinati:

- da intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o dall'uso di stupefacenti o di allucinogeni;
- da cure e da interventi per l'eliminazione di difetti fisici, per applicazione di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di infortunio), per le cure e protesi dentarie. **Sono altresì esclusi i ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno e di convalescenza.**

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

Copertura	Limite d'indennizzo	Franchigia/scoperto
Diaria da infortunio	Massimo 120 giorni per anno assicurato	-
Diaria supplementare	Massimo 20 giorni per evento	-

! **GARANZIA AGGIUNTIVA "INDENNITÀ PER FRATTURA"**
Oltre alle esclusioni generali già rappresentate nel DIP, sono escluse dalla presente garanzia aggiuntiva le fratture patologiche, le fratture chirurgiche, le fratture spontanee e i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro:** **Obblighi generali.** In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fare fare denuncia scritta al **Servizio Sinistri** della Compagnia tramite raccomandata A.R. oppure tramite e-mail o pec agli indirizzi di seguito riportati: • sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it; • helvetiaitalia@pec.helvetia.it; oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata. Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto, sul sito internet della Compagnia www.helvetiaitalia.it, oppure chiamando il Numero verde (dall'Italia) **800.909.650** oppure il Numero **+39 025351 1** per chiamate dall'estero; il sinistro deve essere denunciato entro **15 giorni** dalla data di accadimento del sinistro o da quando il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità. 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 e la capacità a riprendere il lavoro; - 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; - 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. In assenza di certificati, la liquidazione dell'indennità viene effettuata considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore. - sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, 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; - produrre gli originali di notule, distinte, ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate relativamente la garanzia "spese di cura da infortunio"; - fornire, in ogni caso, alla Compagnia 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 Compagnia e a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla Compagnia) o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia. L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. **Morte da infortunio**. In caso di morte da infortunio dell'Assicurato, il beneficiario deve allegare la seguente documentazione al modulo di denuncia: - documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero; - certificato di morte; - certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato; - atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi; - nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, la quietanza emessa dalla Compagnia munita di autorizzazione del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace; - eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto. **Diaria da ricovero da infortunio**. In caso di Diaria da ricovero da infortunio, la domanda di liquidazione, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve esser presentata alla Compagnia, a pena di decadenza della garanzia, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

	Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: i diritti derivanti dal presente contratto si prescrivono entro **due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952, 2° comma, del Codice Civile.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni non vere o la mancata comunicazione di aggravamento di rischio possono comportare la cessazione della copertura assicurativa.
Obblighi dell'Impresa	Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Compagnia liquida gli indennizzi che risultino dovuti, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni. **Anticipo indennizzo su invalidità permanente.** È possibile richiedere alla Compagnia di anticipare il 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo per invalidità permanente da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro a condizione che: a) non esistano contestazioni sull'indennizzabilità dell'infortunio, b) siano trascorsi almeno 90 giorni dalla data di presentazione della denuncia. c) il grado di invalidità permanente stimato dalla Compagnia non sia inferiore al 50%.

Quando e come devo pagare?

Premio	Il pagamento del premio avviene con cadenza annuale mediante autorizzazione irrevocabile per tutta la durata del contratto, all'addebito su conto corrente intrattenuto presso una filiale della Banca distributrice del prodotto. Il premio da corrispondere in forma annuale può essere pagato in più rate ma è dovuto per intero. Non è prevista maggiorazione del premio stesso in caso di pagamento frazionato. La polizza non prevede sconti. Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza. Il premio si intende comprensivo di imposta.
Rimborso	• Premesso che la Compagnia, qualora al momento della stipulazione della polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e farmaci psicotropi non a scopo terapeutico) o da sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione, al manifestarsi di tali condizioni di salute nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Compagnia di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso. • In caso di recesso per sinistro, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la Compagnia rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non goduto.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Il contratto ha durata annuale con tacito rinnovo. Qualora il Contraente non proceda al pagamento e la Compagnia non agisca per la riscossione nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti l'assicurazione si risolve, fermo il diritto della Compagnia al pagamento del premio di assicurazione in corso ed al rimborso delle spese. L'assicurazione cessa, inoltre, qualora in corso di contratto intervengano delle condizioni che rendono non più assicurabile il soggetto assicurato (dipendenza da sostanze psicoattive, sieropositività HIV). Non è previsto alcun periodo di carenza delle coperture.
Sospensione	Non è prevista la facoltà per il Contraente di sospendere le garanzie.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipula	Il contratto non prevede alcun diritto di ripensamento dopo la stipula.
Risoluzione	Dopo ogni sinistro, denunciato a termini delle Condizioni di Assicurazione e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo/risarcimento, le Parti possono recedere dall'assicurazione. La relativa comunicazione deve essere inviata mediante lettera raccomandata e ha efficacia dopo 30 giorni dalla data di invio della stessa.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato ad un mercato di riferimento rappresentato da un pubblico indistinto di clientela titolare di conto corrente aperto presso la Banca Distributrice, che intende tutelare economicamente se stesso e la propria famiglia in caso di infortunio: i) subito nel corso della propria attività professionale ed extraprofessionale che ne provochi il decesso o l'invalidità permanente; ii) avvenuto all'estero far fronte al rimborso delle spese mediche sostenute; iii) che provochi danni estetici e/o coma irreversibile; iv) che provochi inabilità temporanea o frattura. Il prodotto non è sottoscrivibile qualora l'Assicurato, al momento dell'ingresso in copertura, abbia un'età superiore ai 79 anni compiuti.

Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: La quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 29,7% .

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

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

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Gruppo Helvetia

Polizza infortuni

Chiara*Vivi sereno*

Condizioni di Assicurazione

Modello CGA_IPNR006_0522
Edizione 05/2022

Sommario

Glossario 1
Condizioni di Assicurazione 2
Art.1 – APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI 2
Art. 2 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA 2
Art. 3 – DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE 2
Art. 4 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO 2
Art. 5 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO 2
Art. 6 – DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO 2
Art. 7 – DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE 2
Art. 8 – ALTRE ASSICURAZIONI 3
Art. 9 – ONERI FISCALI 3
Art. 10 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA 3
Art. 11 – FORO COMPETENTE 3
Art. 12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE E NORME RESTRITTIVE 3
Art. 12.1 – MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni – Sanctions Limitations Exclusion Clause) 3
Art. 13 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 3
Art. 14 – OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE 3
Art. 15 – ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO 3
Art. 16 – RISCHI SPORTIVI 3
Art. 17 – RISCHIO VOLO 3
Art. 18 – RISCHIO GUERRA 4
Art. 19 – MOVIMENTI TELLURICI 4
Art. 20 – ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI 4
Art. 21 – ESTENSIONE TERRITORIALE 4
Art. 22 – MORTE DA INFORTUNIO 4
Art. 23 – MORTE PRESUNTA 4
Art. 24 – COMA IRREVERSIBILE 4
Art. 25 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO 4
Art. 26 – FRANCHIGIE INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO 5
Art. 27 – INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO 5
Art. 28 – RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO 6
Art. 29 – DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO 6
Art. 30 – INDENNITÀ PER FRATTURA 6
Art. 31 – DANNI ESTETICI 6
Art. 32 – RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO AVVENUTO ALL'ESTERO 6
Art. 33 – ESCLUSIONI 7
Art. 34 – PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITI DI ETÀ 7
Art. 35 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO 8
Art. 36 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SU MODALITÀ DI ACCERTAMENTO E INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE 8
Art. 37 - ANTICIPO INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE 9
Art. 38 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO 9
Art. 39 – OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA 9
Art. 40 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SU MODALITÀ D'INDENNIZZO IN CASO DI SPESE DI CURA DA INFORTUNIO 9
Art. 41 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI INDENNIZZO IN CASO DI RICOVERO DA INFORTUNIO 9
Art. 42 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ 9
Art. 43 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO 10
Art. 44 - CUMULO DI INDENNITÀ 10
Art. 45 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE 10
ALLEGATO "B" Classificazione delle attività professionali per classi di rischio 13

Glossario

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

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

ASSICURAZIONE:
il contratto di assicurazione.

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

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

BENEFICIARIO:
il soggetto cui spetta l'indennizzo.

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

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

DIARIA:
garanzia che consiste nel versamento di una somma, da parte dell'assicuratore, per ogni giorno di Inabilità temporanea al lavoro oppure per ogni giorno di degenza in istituti di cura, conseguentemente ad infortunio o malattia.

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

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

FRANCHIGIA ASSOLUTA:
la franchigia si dice assoluta quando il suo ammontare rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato, qualunque sia l'entità del danno subito.

FRANCHIGIA RELATIVA:
la franchigia si dice relativa quando la sua applicazione dipende dall'entità del danno subito, nel senso che se il danno è inferiore o uguale all'ammontare della franchigia, la Compagnia non corrisponde l'indennizzo, mentre se il danno è superiore, l'indennizzo viene corrisposto senza tener contro della franchigia.

INABILITÀ TEMPORANEA:
l'incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere alle proprie occupazioni per una durata limitata nel tempo.

INDENNIZZO:
la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro a riparazione del danno subito.

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

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

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

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

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

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

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

PREMIO:
la somma dovuta dal contraente alla Compagnia.

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

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

Condizioni di Assicurazione

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono aggiornate alla data del 31/05/2022

CONDIZIONI GENERALI

Art.1 – APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI

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

Resta salva la possibilità per il cliente di richiedere che la polizza venga addebitata su conto corrente differente aperto sempre sullo stesso Istituto.

Art. 2 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel modulo di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento.

Il pagamento del premio avviene esclusivamente mediante addebito automatico su conto corrente intrattenuto presso una filiale della Banca distributrice del prodotto, previa sottoscrizione da parte del Contraente di autorizzazione irrevocabile all'addebito per l'intera durata contrattuale. Il premio sarà addebitato secondo il frazionamento indicato nel modulo di polizza.

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

Nel caso in cui il pagamento del premio o della rata non possa andare a buon fine a causa dell'assenza sul conto corrente di fondi disponibili sufficienti, l'assicurazione viene sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e viene riattivata dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti e non versati, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il contratto di assicurazione si risolve di diritto se la Compagnia non agisce per la riscossione nel termine di 6 (sei) mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, fermo il diritto al premio di assicurazione in corso ed al rimborso delle spese.

Art. 3 – DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

La Compagnia presta l'assicurazione e ne determina il premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente, che pertanto deve comunicare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio. Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

Art. 4 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni variazione che determini un aggravamento del rischio. In caso di aggravamento del rischio, la Compagnia ha la facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 15 (quindici) giorni, salvo accordo tra le Parti.

Qualora l'infortunio si verifichi nel corso di attività avente carattere professionale svolta in modo abituale dall'Assicurato e differente rispetto a quella dichiarata in polizza, l'indennizzo verrà corrisposto:

- integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio assicurato;
- con una riduzione percentuale, come riportato nella tabella che segue, se la diversa attività aggrava il rischio assicurato.

Per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla classificazione delle attività professionali riportata in polizza.

Attività al momento dell'infortunio	Attività professionale dichiarata			
	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Classe I	/	/	/	/
Classe II	/	/	/	/
Classe III	20	20	/	/
Classe IV	35	35	20	/

Non sarà corrisposto alcun indennizzo qualora l'attività svolta dall'Assicurato al momento del sinistro sia una di quelle classificate come "non assicurabili": agente di Polizia di Stato o Penitenziaria, agente di Polizia Locale, atleta professionista, membro della Arma dei Carabinieri o della Guardia di Finanza, investigatore privato, militare (di ogni ordine e grado), minatore, palombaro, personale ed equipaggio aereo o marittimo, sommozzatore.

Art. 5 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio, la Compagnia provvederà a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile.

Art. 6 – DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Compagnia o il Contraente possono recedere dall'assicurazione mediante lettera raccomandata, con preavviso di 30 (trenta) giorni.

In caso di recesso Helvetia Italia Assicurazioni, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia dello stesso, rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 7 – DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha durata annuale.

Il periodo di assicurazione coincide con quello indicato in polizza.

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

Art. 8 – ALTRE ASSICURAZIONI
Il Contraente è esonerato dal comunicare alla Compagnia l'esistenza o la stipulazione di altre assicurazioni, fermo l'obbligo - in caso di sinistro - di darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C.

Art. 9 – ONERI FISCALI
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 10 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA
La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione che le compete in base all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 11 – FORO COMPETENTE
Foro competente è quello dove l'Assicurato risiede o ha il suo domicilio.

Art. 12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE E NORME RESTRITTIVE
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana.

Art. 12.1 – MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni – Sanctions Limitations Exclusion Clause)
La Compagnia non è tenuta a prestare l'assicurazione nella misura in cui la copertura assicurativa possa esporre la Compagnia stessa al manifestarsi o al rischio di:
- violazione di divieto, erogazione di sanzione o applicazione di restrizione derivante da Risoluzioni delle Nazioni Unite;
- erogazione di sanzioni economiche o commerciali, derivanti dalla violazione di leggi o disposizioni dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera o degli Stati Uniti d'America.

COSA ASSICURIAMO

Art. 13 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato sia durante lo svolgimento della sua attività professionale sia nello svolgimento di ogni altra attività extraprofessionale, fermo restando quanto stabilito nella sezione "DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI".

Art. 14 – OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE
Fermo quanto esplicitamente escluso dal successivo art. 33, sono considerati infortuni anche:
a) l'assideramento o congelamento;
b) i colpi di sole o di calore;
c) l'asfissia meccanica, ivi compreso l'annegamento;
d) le lesioni da sforzo (esclusi gli infarti);
e) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
f) le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali, come disposto dall'art. 15.

Sono inoltre compresi gli infortuni causati:
1. da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave dell'Assicurato;
2. da tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o rapine, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
3. da atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
4. da franamenti, cedimenti o smottamenti del terreno;
5. da avvelenamento per ingestione o assorbimento di sostanze;
6. da folgorazione;
7. da malessere o malore e dagli stati di incoscienza.

Art. 15 – ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO
Si conviene che:
a) nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata per Invalidità permanente;
b) nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% (cinque per cento) della somma assicurata per Invalidità permanente;
c) nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata per Invalidità permanente;
d) qualora insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'art.39.

Art. 16 – RISCHI SPORTIVI
L'assicurazione vale altresì durante:
a) la pratica di attività sportive a carattere ricreativo, compresa la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali, con i relativi allenamenti;
b) la partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennis da tavolo, tiro, windsurf e vela.

Per le attività sportive escluse dalla presente assicurazione si rimanda al successivo art. 33.

Art. 17 – RISCHIO VOLO
L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati come passeggero, su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento.
Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato.

Art. 18 – RISCHIO GUERRA
La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno stato estero.

Art. 19 – MOVIMENTI TELLURICI
L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

Art. 20 – ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI
La Compagnia, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Polizza, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso morte e invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art. 21 – ESTENSIONE TERRITORIALE
L'assicurazione vale in tutto il mondo.

GARANZIE ASSICURATE

Art. 22 – MORTE DA INFORTUNIO
Se l'Assicurato muore a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia liquida il capitale assicurato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi testamentari o legittimi. L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 (due) anni dal giorno dell'infortunio.

Commorienza dei genitori
Qualora in seguito ad infortunio indennizzabile a termini di polizza e determinato dal medesimo evento consegua la morte, anche non contestuale, dell'Assicurato e dell'altro genitore – assicurato o meno per il caso di morte – lasciando figli minorenni o portatori di invalidità permanente di grado non inferiore al 66% della totale, la somma per il caso di morte spettante a questi ultimi, se ed in quanto Beneficiari della polizza, viene aumentata del 50% (cinquanta per cento).
L'assicurazione non è operante per il "rischio volo" di cui all'art. 17.
In ogni caso l'indennizzo complessivo non potrà superare l'importo di euro 500.000 (cinquecentomila).

Art. 23 – MORTE PRESUNTA
Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Compagnia liquiderà ai beneficiari designati o agli eredi testamentari o legittimi, il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 C.C. Qualora, dopo il pagamento dell'indennizzo, l'Assicurato risultasse in vita, la Compagnia avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 24 – COMA IRREVERSIBILE
Nel caso in cui, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato cada in stato di coma che si protragga per un periodo continuativo e ininterrotto di 120 giorni e che venga dichiarato "coma irreversibile" dall'Autorità medica competente, la Compagnia liquiderà ai beneficiari designati o agli eredi testamentari o legittimi, il capitale previsto per il caso di morte.
Qualora dopo il pagamento dell'indennizzo l'Assicurato uscisse dal coma, la Compagnia avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 25 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO
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 - ed in rapporto causale.
b) Se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità permanente definitiva totale, la Compagnia corrisponde l'intera somma assicurata.
c) Se l'infortunio ha come conseguenza un'Invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo per Invalidità permanente viene calcolato sulla somma assicurata (ferma l'applicazione delle franchigie previste dall'opzione scelta dal Contraente, come indicato all'art. 26), in proporzione al grado di Invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali indicate nell'allegato A – "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente (ex Tabella INAIL, Allegato n. 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124)".
d) Se l'infortunio ha come conseguenza una 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 suindicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
   - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
   - nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori e dei criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopraindicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
e) La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. 26 – FRANCHIGIE INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

In relazione alla scelta effettuata dal Contraente in fase di sottoscrizione del contratto, valgono le seguenti condizioni alternative per la determinazione del grado percentuale di Invalidità permanente:

1) Tabella speciale di supervalutazione:

Punti % di invalidità permanente accertati	Punti % da liquidare	Punti % di invalidità permanente accertati	Punti % da liquidare	Punti % di invalidità permanente accertati	Punti % da liquidare
da 1 a 5	0	29	29	53	75
6	1	30	30	54	80
7	2	31	32	55	80
8	3	32	34	56	80
9	4	33	36	57	85
10	7	34	38	58	85
11	8	35	40	59	85
12	9	36	42	60	90
13	11	37	44	61	90
14	13	38	46	62	90
15	15	39	48	63	95
16	16	40	50	64	95
17	17	41	52	65	95
18	18	42	54	66	100
19	19	43	56	67	105
20	20	44	58	68	105
21	21	45	60	69	110
22	22	46	62	70	110
23	23	47	64	71	115
24	24	48	66	72	115
25	25	49	68	73	120
26	26	50	70	74	120
27	27	51	75	75	125
28	28	52	75	da 76 a 100	150

2) Franchigia a fasce di capitali e in caso di incidenti stradali

Si conviene che:

a) sulla parte di somma fino a € 200.000,00 (duecentomila), l'indennizzo per invalidità permanente viene liquidato senza applicazione di alcuna franchigia;

b) sulla parte di somma eccedente € 200.000,00 (duecentomila), non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 3% (tre per cento). Ne consegue che, se l'invalidità permanente supera la percentuale del 3% (tre per cento) della totale, sempre nel rispetto dei limiti sopra indicati, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente detta percentuale.

FRANCHIGIA ASSOLUTA RISCHI STRADALI

In caso di invalidità permanente derivante da incidente stradale, che colpisca gli Assicurati nella loro veste di conducenti e/o trasportati su: automezzi in genere, cicli, ciclomotori e motocicli, non si farà luogo ad alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 3% (tre per cento) della totale. Se invece essa risulterà superiore al 3% (tre per cento), l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

3) Franchigia 3% relativa al 10%

Si conviene che non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% (tre per cento) della totale. Se invece essa risulterà superiore al 3% (tre per cento) della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente. In caso di invalidità permanente superiore al 10% (dieci per cento) della totale, la franchigia di cui sopra si intende annullata.

GARANZIE AGGIUNTIVE
(operanti solo se espressamente richiamate in polizza)

Art. 27 – INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO

(Operante esclusivamente per coloro che sono Lavoratori autonomi o Liberi professionisti)

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità temporanea al lavoro, la Compagnia liquida l'indennità giornaliera assicurata per ogni giorno di inabilità fino ad un massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni a decorrere dal quinto giorno successivo a quello dell'infortunio. L'inabilità deve essere sempre certificata da un pronto soccorso dipendente da un presidio ospedaliero.

Si conviene che i giorni di Inabilità accertata e documentata (dedotti i giorni di franchigia) siano forfettariamente considerati nella misura del 60% (sessanta per cento) come Inabilità Temporanea Totale e nella misura del 40% (quaranta per cento) come Inabilità Temporanea Parziale, quest'ultima quantificabile al 50% (cinquanta per cento) dell'importo giornaliero indicato in polizza.

L'indennità cessa il giorno in cui il trattamento all'Assicurato è considerato completo dal medico curante o l'inabilità al lavoro è terminata, oppure il grado di invalidità permanente può essere fissato, nonché con la morte dell'Assicurato.

Se alla fine delle cure mediche l'Assicurato si dichiara ancora inabile al lavoro, la Compagnia è tenuta ad effettuare ulteriori pagamenti solo se la continuazione di detta incapacità è dichiarata da un certificato medico inviato alla Compagnia.

I certificati medici devono essere rinnovati alle rispettive scadenze; nel caso in cui l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore. Resta comunque inteso che la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere il parere di un medico fiduciario della Compagnia e/o di effettuare qualsiasi ulteriore indagine che questa ritenga necessaria.

Art. 28 – RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO
La Compagnia rimborsa all'Assicurato, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo assicurato indicato in polizza. Per cure mediche si intendono:
a) spese di degenza in ospedali o cliniche;
b) onorari a medici e a chirurghi;
c) accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
d) spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
e) spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
f) spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.
Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.
La garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 50,00 (cinquanta) per evento.

Art. 29 – DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO
a) Diaria da ricovero: la Compagnia assicura in caso di ricovero in Istituti di Cura, legalmente riconosciuti, a seguito di un infortunio risarcibile a termini di polizza, il pagamento dell'indennità assicurata per ogni giorno di degenza per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni per ogni anno assicurativo. Sono esclusi i ricoveri determinati:
   1) da intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o dall'uso di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
   2) da cure e da interventi per l'eliminazione di difetti fisici, per applicazione di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di infortunio), per le cure e protesi dentarie. Sono altresì esclusi i ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno e di convalescenza.

La denuncia, per l'efficacia della garanzia di cui al presente art. 29, deve essere fatta nel termine e con le modalità previste all'art. 35.
La Compagnia potrà inoltre richiedere all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti e controlli medici, di fornire informazioni e di produrre, ove occorra, copia della cartella clinica completa redatta nel luogo di cura.
b) Diaria supplementare: al termine del periodo di degenza, la Compagnia versa all'Assicurato un'indennità giornaliera supplementare post ricovero, di importo pari a quello previsto per la diaria da ricovero e per un periodo uguale a quello dell'indennità da ricovero, fino ad un massimo di 20 (venti) giorni per evento.

Art. 30 – INDENNITÀ PER FRATTURA
Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato riporti una o più fratture ossee, radiograficamente accertate o rottura miocapsulolegamentosa articolare clinicamente riscontrata in ambiente ospedaliero, la Compagnia corrisponderà un importo forfettario come di seguito indicato:
a) in caso di una o più fratture ossee verrà liquidata un'unica somma forfetaria di € 2.500,00 (duemilacinquecento) per ogni evento, per ogni anno assicurativo;
b) in caso di rottura tendinea liquidata un'unica somma forfetaria di € 1.500,00 (millecinquecento) per ogni evento, per ogni anno assicurativo.

In caso di fratture alle dita delle mani e/o dei piedi, la Compagnia corrisponderà € 500,00 (cinquecento) per ciascun dito fratturato. Sono escluse le fratture patologiche, le fratture chirurgiche, le fratture spontanee e i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.

ESTENSIONI DI COPERTURA
(sempre operanti)

Art. 31 – DANNI ESTETICI
Si conviene che, in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni di Polizza, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di Invalidità permanente, la Compagnia rimborserà fino ad un massimo di € 2.000,00 (duemila) per evento le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Art. 32 – RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO AVVENUTO ALL'ESTERO
La Compagnia rimborsa all'Assicurato, in caso di infortunio avvenuto all'estero, il costo delle cure mediche sostenute fino a € 5.000,00 (cinquemila) per ogni evento con l'applicazione di una franchigia fissa di € 50,00 (cinquanta), importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.
Per cure mediche si intendono:
a) spese di degenza in ospedali o cliniche;
b) onorari a medici e a chirurghi;
c) accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
d) spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
e) spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
f) spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.
Qualora l'Assicurato fruisca di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.
La presente garanzia viene prestata in eccedenza a quanto previsto dalla garanzia "Rimborso spese mediche da infortunio", ove prestata, di cui al precedente art. 28.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Art. 33 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni:

a) causati da guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
b) causati da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'art. 18;
c) derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
d) conseguenza di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
e) derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
f) causati dalla pratica dei seguenti sport: paracadutismo, parapendio, deltaplano e sport aerei in genere, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., sci acrobatico, salto dal trampolino con gli sci, bob, arti marziali in genere, pugilato, salto con l'elastico (bungee jumping), rafting, kitesurf, hydrospeed;
g) derivanti dalla partecipazione a corse in genere o gare - e relative prove ed allenamenti - sciistiche, calcistiche e di pallacanestro, organizzate dalle competenti Federazioni Sportive Nazionali o partecipazione a gare - e relative prove e allenamenti - ippiche e ciclistiche da chiunque organizzate;
h) conseguenti ad abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
i) causati dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
j) dovuti a stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
k) connessi all'arruolamento volontario, al richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
l) derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 34 – PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITI DI ETÀ

Premesso che la Compagnia, qualora al momento della sottoscrizione della polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Compagnia di corrispondere l'eventuale indennizzo.

In caso di cessazione dell'Assicurazione, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

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

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

PARTE NON SCRITTA

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 35 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO

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

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Via G. B. Cassinis, 21, - 20139 Milano
Servizio Sinistri
oppure agli indirizzi e-mail o pec di seguito riportati:

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

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

Numero Verde
800.909.650

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

Il sinistro deve essere denunciato entro 15 (quindici) giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità:

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'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. 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;
   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. In assenza di certificati, la liquidazione dell'indennità viene effettuata considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore.
c. sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, 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;
d. produrre gli originali di notule, distinte, ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate relativamente la garanzia "spese di cura da infortunio";
e. fornire, in ogni caso, alla Compagnia il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL);
f. nel caso di Diaria da ricovero da infortunio, la domanda di liquidazione, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve esser presentata alla Compagnia, a pena di decadenza della garanzia, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia e a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla Compagnia) o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.
L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.
L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).
In caso di morte da infortunio dell'Assicurato, il beneficiario identificato sul Modulo di 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 Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

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

Art. 36 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SU MODALITÀ DI ACCERTAMENTO E INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 42 "Criteri generali di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.
La Compagnia s'impegna a comunicare all'Assicurato, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Art. 37 - 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 Compagnia potrà liquidare a titolo di acconto un importo pari al 50% (cinquanta per cento) del presumibile ammontare dell'indennizzo con il massimo di € 150.000,00 (centocinquantamila) qualunque sia l'ammontare del sinistro. Condizione essenziale è che siano trascorsi almeno 90 (novanta) giorni dalla data di presentazione della denuncia e che la percentuale di invalidità permanente stimata dalla Compagnia sia superiore al 50%.
L'anticipo è erogato a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro e l'anticipo non costituisce impegno della Compagnia 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. 38 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi.
Tuttavia se l'Assicurato decede, per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato
  oppure, in mancanza
- l'importo offerto
  oppure, se non vi è stata ancora l'offerta
- l'importo oggettivamente determinabile dalla Compagnia con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente articolo 38 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro, a condizione che siano stati forniti, in ogni caso, alla Compagnia il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

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

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

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Compagnia, gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Compagnia e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.
La Compagnia si 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. 39 – OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA

Fermo quanto previsto dall'art. 27 "Inabilità temporanea", l'indennizzo viene corrisposto a guarigione clinica ultimata ferme le modalità previste dal precedente art. 35 - "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro" e comunque per un periodo massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni.
La Compagnia si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 40 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SU MODALITÀ D'INDENNIZZO IN CASO DI SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

Fermo quanto previsto dall'art. 28 "Rimborso Spese mediche da infortunio", il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato viene effettuato con le modalità previste dal precedente art. 35 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro". Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi la documentazione in originale per ottenere il rimborso, la Compagnia 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 Compagnia si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 41 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI INDENNIZZO IN CASO DI RICOVERO DA INFORTUNIO

Fermo quanto previsto dall'art. 29 "Diaria da Ricovero da infortunio", l'indennizzo viene corrisposto a cura ultimata, su presentazione, in originale, della relativa documentazione sanitaria (cartella clinica e certificati medici).
La Compagnia si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 42 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ

La Compagnia 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. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente (ex tabella INAIL, allegato n. 1 D.P.R. 30/06/1965 n. 1124)" riportata nella Appendice "A", sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

Art. 43 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Compagnia liquida gli indennizzi che risultino dovuti, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni.
Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato in Italia e in valuta legale.

Art. 44 - CUMULO DI INDENNITÀ

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

Art. 45 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, sulla durata dell'inabilità, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, a un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.
Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
È data facoltà ai Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.
Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

PARTE NON SCRITTA

APPENDICE "A" Tabella INAIL delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente (all.1 D.P.R. 30/6/65n°1124)

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambi le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria: a) con possibilità di applicazione di protesi efficace b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		 11 30	
Di un rene con integrità del rene superstite		25	
Della milza senza alterazioni della crasi ematica		15	
Di un testicolo (non si corrisponde indennità)		0	
Dell'integrità della clavicola (esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione funzionale dei movimenti del braccio).		5	
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) in arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola.	50		40
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola.	40		30
Di un braccio: a) per disarticolazione scapolo-omerale b) per amputazione al terzo superiore	 85 80		 75 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 b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	 30 35 45 25		 25 30 40 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 b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	 40 45 55 35		 25 40 50 30
Della funzionalità dell'articolazione radio-carpica (anchilosi completa) in estensione rettilinea	18		15
se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione: a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione	 22 25 35		 18 22 30
Della funzionalità della articolazione coxo-femorale (anchilosi completa) con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
Di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30	
Dell'alluce e corrispondente metatarso		16	
Del solo alluce		7	
Di ogni altro dito del piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3	
Della funzionalità dell'articolazione del ginocchio (anchilosi completa rettilinea)		35	
Della funzionalità della articolazione tibio-tarsica (anchilosi completa ad angolo retto)		20	
Di lunghezza (semplice accorciamento) di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	

In caso di constatato mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti il grado di invalidità viene stabilito mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione fino ad un limite massimo del 100%.

La valutazione per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, il grado di invalidità è stabilito con riferimento alle percentuali previste alla suesposta tabella, tenendo conto della misura nella quale è diminuita la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla attività svolta dall'Assicurato.
In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

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

ALLEGATO "B" Classificazione delle attività professionali per classi di rischio

CLASSE DI RISCHIO I

- Persone che non svolgono attività lucrative.
- Persone che esercitano una professione prevalentemente sedentaria e che non implica la partecipazione a lavori manuali o lo svolgimento delle attività in ambienti ove sono in funzione macchine operatrici o macchine utensili in genere.
- Persone che esercitano una attività di prestazione di servizi.
- Persone che attendono alla sola vendita al dettaglio non di generi alimentari e con esclusione di operazioni di carico e scarico merci.
- Persone che svolgono la loro attività all'esterno dell'azienda senza partecipazione al lavoro manuale.
- Persone che accedono abitualmente a laboratori, sale macchine, magazzini, depositi, senza però prendere parte al lavoro manuale.

Attività Professionale	Cod.
agente di borsa/cambio	009
amministratore delegato	502
amministratore di beni	033
amministratore di beni altrui	034
amministratore di beni propri	035
analista finanziario	513
antiquario	040
architetto (senza accesso a cantieri, ponteggi e impalca-	506
argentiere	045
assistente di volo (personale di terra)	055
avvocato	501
benestante senza particolari occupazioni	079
bibliotecario	081
bigliettaio	083
biologo	084
botanico	086
cassiere	109
centralinista/operatore di call center	112
certificatore di bilancio	520
clero (appartenente al)	118
commercialista	121
commerciante accessori per veicoli	122
commerciante articoli sportivi	126
commerciante che non svolge lavori manuali	127
commerciante elettrodomestici senza installazione	132
commerciante fiori-piante	133
commerciante generi abbigliamento - calzature	134
commerciante generi merceria-pelletteria	139
commerciante generi profumeria - bigiotteria	141
concessionario di veicoli	521
consulente amministrativo	151
consulente del lavoro	152
croupier	527
dentista	160
direttore didattico	165
dirigente escluso accesso a ponteggi, impalcature	531
disegnatore	170
disoccupato	499
docente	173
doganiere	532
ecclesiastico	177
editore che non partecipa ai lavori manuali	179
erborista	533
estetista/visagista/callista	187
farmacista	191
fiorista (vendita)	195
fisico	196
floricoltore addetto solo alla vendita	198
geologo occupato solo in studio	214
geometra senza accesso a cantieri, ponteggi e impalca-	537
gestore cinema, teatro	538
gestore di albergo (titolare - direttore)	219
giornalaio	226
giudice	229
grafico	540

Attività Professionale	Cod.
hostess di terra	246
impiegato	498
imprenditore	503
imprenditore edile senza partecipazione manuale	255
infante	264
ingegnere (senza accesso a cantieri, ponteggi e impalca-	507
insegnante scolastico	272
levatrice	295
libero professionista (senza lavoro manuale)	297
libraio	298
manicure	312
marketing (esperto e consulente di)	314
massaggiatore	317
matematico	318
medico	325
medico analista	326
medico condotto	327
medico dentista	328
medico di base	329
medico specialista	332
metereologo	544
modista	340
notaio	350
oculista	351
operatore di call center	357
parroco	373
pedicure	380
pensionato	383
perito	384
praticante in ufficio	418
procuratore legale	421
promotore finanziario	550
provveditore agli studi	422
psicanalista	551
psichiatra	552
psicologo	423
puericultore	425
quadro con sola attività amministrativa	554
ragioniere libero professionista	430
revisore dei conti	556
ricercatore Scientifico	557
sacerdote	446
sagrestano / campanaro	447
segretario comunale	457
sociologo	460
stagista in ufficio	465
steward di terra	467
suora	473
tirocinante in ufficio	483
traduttore	561
truccatore	563
ufficiale giudiziario	488

CLASSE DI RISCHIO II
Persone che esercitano una professione non necessariamente sedentaria e che implichi eventualmente anche una partecipazione a lavori manuali purché di modesta entità.

Attività Professionale	Cod.
accordatore	003
agente di informazione	011
agente immobiliare	014
agente marittimo	015
agente pubblicitario	016
agente settore commercio	017
agente settore credito	018
agente settore industria e servizi vari	019
agente teatrale	020
agente/broker di assicurazioni	008
agronomo - agrimensore	023
allenatore sportivo	026
allibratore	031
ambasciatore	032
anestesista	037
animatore di villaggi turistici	514
annunciatore, presentatore	038
antropologo	515
argentatore	044
armatore	047
artigiano che non svolge lavori manuali	050
assistente sociale	056
attore (esclusa controfigura e stunt-man)	059
audioprotesista	060
autorimessa - gestore di (senza riparazioni)	068
baby sitter	072
badante	073
bambinaia	075
barbiere	076
bustaio	089
callista	092
cameriere	094
camiciaio	095
campanaro	096
cantante	097
capostazione	101
capotreno	102
casalinga	107
collaboratrice familiare	120
commerciante articoli di precisione	125
console	150
coreografo	523
corista	524
corniciaio	153
costumista	525
cravattaio	154
critico d'arte	526
custode di fabbricati, stabilimenti, magazzini	157
diplomatico, ambasciatore, console extra UE	163
diplomatico, ambasciatore, console solo zona UE	164
direttore d'orchestra	529
disinfestatore	171
disk-jockey	169
domestico	174
editore che partecipa ai lavori manuali	180
enologo	183
enotecnico	184
ergoterapista	185
esattore	186
fattorino	192
fisioterapista	197
fotografo (commerciante - solo in studio)	205
fotoincisore	206
garage - gestore di (senza riparazione)	212
gessaio	218
ginecologo	223
giornalista	504

Attività Professionale	Cod.
guardarobiere	233
guida turistica	245
indossatore	263
infermiere	265
informatico	266
interprete	278
ispettore amministrativo	281
ispettore ferroviario	283
ispettore scolastico	284
istruttore di scuola guida	285
legatore di libri	294
liutaio	300
lotto, ricevitore	301
magistrato	308
magliaia	309
materassaio	319
meccanico dentista	323
mediatore di bestiame	324
medico chirurgo	330
messo comunale	334
modello	339
musicista	347
odontotecnico	352
ombrellaio	353
orchestrale	359
orologiaio	360
ortodontista	362
ortottico	364
ostetrico	365
otorinolaringoiatra	366
ottico	367
paramedico	371
parrucchiere da donna	374
parrucchiere da uomo	375
perito agrario	385
perito chimico	386
perito danni assicurazioni	387
perito edile senza accesso a cantieri	389
perito elettromeccanico	390
perito elettronico	391
perito elettrotecnico	392
perito industriale	393
perito tessile	394
piscicultore	402
pittore/artista	403
politico	405
portiere - custode	414
portinaio	415
presentatore, annunciatore	419
pretore	420
promoter	549
pubblicista	424
quadro con partecipazione a lavoro di leggera manualità	553
questore	555
rappresentante	431
regista	432
ricamatrice	435
sarto	450
sceneggiatore	558
scenografo	453
scrittore	559
sindacalista	458
spedizioniere occupato solo in ufficio	463
stilista di moda	468
stiratrice	469
studente	472
tabaccaio	474

Attività Professionale	Cod.
tecnico anestesista	477
vetrinista	492
xilografo	566

Attività Professionale	Cod.
zincografo	496
zoologo	567

CLASSE DI RISCHIO III

- Persone che accedono abitualmente a laboratori, sale macchine, magazzini, depositi, cantieri, che prendono parte a lavori di leggera manualità.
- Persone che svolgono attività di sperimentazione, attività artistiche o che insegnano materie sperimentali.
- Persone che attendono alla confezione, vendita o somministrazione di generi alimentari o al commercio ambulante.
- Persone che esercitano una professione che implica la partecipazione a lavori di leggera manualità (non rientranti nelle successive classi).
- Persone che esercitano una professione senza partecipazione a lavoro manuale che implica l'accesso ad impalcature all'esterno di fabbricati, su tetti e costruzioni.
- Persone che esercitano una professione che implica la partecipazione alla lavorazione e preparazione di generi alimentari.

Attività Professionale	Cod.
accalappiacani	002
addestratore di cani	004
addetto a funivie, seggiovie, ovovie, cabinovie	509
addetto a servizi vari anche su pista, con lavoro manuale	510
addetto alla lavorazione di bigiotteria	511
addetto autolavaggio	512
addobbatore senza uso di impalcature	006
agricoltore senza uso di macchine	022
albergatore che svolge tutte le attività inerenti	024
allevatore in genere	030
analista di laboratorio	036
apicoltore	041
archeologo	516
architetto con accesso a cantieri	517
arrotino	049
artigiano che svolge lavori manuali	051
attacchino	057
autista di autobus	061
autista di autocarri	062
autista di autovetture	064
autista di motocarri	065
autista di taxi	066
bagnino	074
barista	078
benzinaio	080
bidello	082
bottaio	087
brunitore	088
calzolaio	093
cantiniere	098
cardatore	104
casaro	108
ceramista	113
cesellatore	114
cestaio	115
chimico in laboratorio di analisi mediche	116
chirurgo	117
cocchiere	119
commerciante ambulante di generi vari	123
commerciante che svolge lavori manuali	128
commerciante di carni senza macellazione	130
commerciante elettrodomestici con installazione	131
commerciante generi bar-tabacchi	136
commerciante generi salumeria - gastronomia	142
commerciante mobili-arredamenti con installazione	145
commesso in negozio	146
commesso viaggiatore	147
conducente di autolettiga	148
coniatore	522
cromatore	155
cuoco	156
danzatore	158
decoratore	159
dirigente con accesso a ponteggi, impalcature	530
distillatore di alcoolici	172

Attività Professionale	Cod.
doratore	175
elettrauto - autoriparatore	181
facchino	189
floricoltore	199
fornaio	201
fotoceramista	203
fruttivendolo	208
fumista	209
fuochista	210
gelataio	213
geologo	215
geometra con accesso a cantieri	536
gestore di ristorante (titolare - direttore)	220
giardiniere	539
gioielliere	225
gommista - autoriparatore	230
guantaio	232
imballatore	248
imbalsamatore di animali	249
imbianchino	250
impagliatore	251
incisore	262
ingegnere (che accede a cantieri)	541
insaccatore di carni	273
insegnante di ginnastica	270
insegnante di materie professionali con prove di laborato-	542
insegnante di sport in genere esclusa equitazione	271
intarsiatore	277
intonacatore	279
laboratorista / analista	286
lattoniere	291
lavanderia - stireria - tintoria (addetto)	292
lavoratore autonomo che svolge lavori manuali	293
levigatore di pavimenti	296
litografo	299
lucidatore (di materiale vario)	302
macellaio senza abbattimento del bestiame	304
magazziniere senza uso di macchinario sollevatore	307
maiolica/porcellana (fabbricante oggetti di)	310
medico veterinario	333
miniaturista / cesellatore	336
modellista in carta / cartone	337
molatore di vetro	341
molitore	342
moquette (posatore di)	343
mosaicista	344
mugnaio	345
necroforo	348
operaio	500
operatore cinematografico - cameraman	505
orafo	358
orticoltore	361
ortopedico	363
panettiere	369
parquettista	372

Attività Professionale	Cod.
pastaio	376
pasticciere	377
pesa pubblica (addetto alla)	395
pescivendolo	398
piastrellista	399
piazzista	400
pizzaiolo / rosticciere	404
pompe funebri (addetto a)	409
pony-express	411
portalettere	412
portavalori	413
postino	416
pulitore di pavimenti, vetri	426
radiotecnico	429
restauratore	433
reti - fabbricante di	434
rigattiere	436
rilegatore di libri	437
riparatore di cicli	439
riparatore di computer, macchine per scrivere e simili	441
riparatore di elettrodomestici	440
riparatore di strumenti e apparecchi medicali	442
riparatore di strumenti musicali	443
salumiere	449

Attività Professionale	Cod.
scultore / artista	455
smaltatore	459
spazzino	462
stagnino	466
stradino	470
stuccatore	471
tappezziere	476
tecnico del suono - spettacolo	478
tecnico delle luci - spettacolo	479
tessitore	480
tintore - lavasecco	481
tipografo	482
tranviere	562
ufficiale di macchina	508
valigiaio	564
verniciatore	489
veterinario	490
vigile urbano	494
vivaista	495
vulcanizzatore	565
zoo (addetto alla pulizia e alla sorveglianza)	497

CLASSE DI RISCHIO IV

- Persone che attendono alla posa di impianti per servizi, di elettrodomestici, alle riparazioni degli stessi all'interno di fabbricati - Persone che esplicano attività comportante lavori di pesante manualità, anche su impalcature all'esterno delle costruzioni, lavori con macchine operatrici, lavori in cantiere senza uso di esplosivi.
- Persone che praticano attività con uso di fiamma ossidrica e ossiacetilenica ed uso di sostanze corrosive.

Attività Professionale	Cod.
abbattitore di piante	001
addetto alla potatura	005
addobbatore con uso di impalcature	007
agente di custodia	010
agricoltore con uso di macchine	021
allevatore di bovini	027
allevatore di equini	028
allevatore di suini	029
antennista	039
armaiolo	046
ascensori - (albergo - addetti agli)	052
asfaltatore	054
autista di autotreni	063
autista di trattori	067
autorimessa - addetto / gestore di (con riparazioni)	069
autoriparatore	070
barcaiolo	077
boscaiolo	085
calcografo	090
cantoniere	099
capomastro	100
carpentiere	105
carrozziere - autoriparatore	106
cartaio	519
cavaiolo senza uso di mine	110
cementista	111
demolitore	528
ebanista	176
edile	178
elettricista	182
escavatorista	534
fabbro	188
falegname	190
ferroviere (personale tecnico viaggiante)	193
filatore	194
fonditore	200
fresatore	535
giocattoli (fabbricante)	224

Attività Professionale	Cod.
giostraio	228
gruista	231
guardia campestre	234
guardia forestale	236
guardia giurata	237
guardia municipale	238
guardia notturna	239
guardiacaccia	240
guardiacaccia di riserve private	241
guardiapesca	242
guida alpina	244
idraulico	247
imprenditore edile con partecipazione manuale	254
insegnante di equitazione	269
installatore, conduttore di impianti	274
intagliatore di legno	275
intagliatore di pietra	276
lamieraio	287
laminatore di materie plastiche	288
laminatore di metalli	289
lapidario	290
macchine agricole e semoventi	543
macellaio con abbattimento del bestiame	303
magazziniere con uso di macchinario sollevatore	306
maneggio (addetto a)	311
maniscalco	313
marinaio mercantile	315
marmista	316
meccanico - autoriparatore	320
meccanico - montatore di macchine in genere	321
meccanico - riparatore di macchine in genere	322
mobiliere addetto alla fabbricazione	546
modellista in legno / ferro	338
motorista	547
muratore	346
nichelatore	349
operaio con accesso a cantieri e uso di macchine	355
parafulmini - installatore o fabbricante	370

Attività Professionale	Cod.
pastore (addetto al gregge)	378
pavimentatore di strade	379
pellettiere	381
pellicciaio	382
perito edile con accesso a cantieri	388
pescatore non oceanico	397
pescatore su laghi e fiumi	396
pirotecnico	401
pompiere	410
pozzi neri (addetto allo spurgo)	417
quadro con accesso a cantieri, officine, ponteggi	427
riparatore di autoveicoli	438
saldatore autogeno	448

Attività Professionale	Cod.
scalpellino	451
scaricatore in porti e scali ferroviari	452
scuderia (addetto alla)	454
segantino	456
spazzacamino	461
spedizioniere	464
taglialegna	475
tornitore	484
trafilatore di materie plastiche	485
trafilatori di metalli	486
trivellatore	487
vetraio	491
vigile del fuoco	493

PARTE NON SCRITTA

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
una Società del Gruppo Helvetia

Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
Tel. 02 5351 1 (20 linee)
Fax 02 5351.829
www.helvetiaitalia.it
e-mail pec: helvetiaitalia@pec.helvetia.it

Capitale Sociale € 15.600.000 i.v.
N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano, C.F.02446390581
R.E.A. n. 865966 e Partita I.V.A.07530080154
Imp. Autor. all'eser. delle ass. e riass. con D. di ric. del M. Ind., Comm. ed Artig. del 20/06/1986
(G.U. n. 148 del 28/06/1986) e successive autorizzazioni
Società con Unico Socio
Società soggetta alla Direzione e al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 1.00062
Iscr. Albo Gruppi Ass. n. d'ord. 031

helvetia
La tua Assicurazione svizzera