

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 Conto Protetto**

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

## Che tipo di assicurazione è?

La polizza "CHIARA Conto Protetto" è la polizza contro gli infortuni studiata per proteggerti dalle conseguenze di eventuali infortuni occorsi nello svolgimento dell'attività professionale ed extraprofessionale nonché da eventuali danni al patrimonio a seguito di spese legali in presenza di controversie legate all'acquisto di beni e servizi. In ultimo ti fornisce assistenza in caso di situazioni di emergenza che si possono presentare nella vita di tutti i giorni. **Puoi acquistare questo prodotto soltanto se sei titolare di un conto corrente presso la banca che ti vende il prodotto.**



### Che cosa è assicurato?

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

- ✓ **Morte da infortunio:** in caso di morte a seguito di un infortunio, la Compagnia corrisponde ai tuoi eredi, un importo determinato in base al saldo (a debito o a credito) risultante sul conto corrente di riferimento al momento del sinistro.
- ✓ **Invalidità permanente da infortunio:** se l'infortunio ti ha causato un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%, la Compagnia ti paga un indennizzo calcolato secondo i medesimi criteri applicati per il caso di morte e con i medesimi limiti di indennizzo.

### Sezione Tutela legale:

- ✓ **Tutela legale:** la Compagnia assicura, tramite D.A.S., il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale per la tutela dei tuoi diritti a seguito di sinistro rientrante in garanzia.

Tra le altre, sono comprese le spese:

- per l'intervento di un legale;
- per l'intervento di un consulente tecnico d'ufficio;
- per l'intervento di un consulente tecnico di parte;
- liquidate alla controparte in caso di soccombenza.

### Sezione Assistenza:

- ✓ **Prestazioni di assistenza alla persona:** la sezione **Assistenza** prevede due prestazioni di servizio erogate da Inter Partner Assistance S.p.A. 24 ore su 24:

- 1) **Consulto medico telefonico:** la Centrale Operativa è a tua disposizione per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a un infortunio
- 2) **Network convenzionato:** qualora, a seguito di infortunio, necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico, di laboratorio o di un ricovero, potrai usufruire della rete sanitaria convenzionata a tariffe agevolate.

In caso di Contraente persona fisica, è possibile scegliere tre diverse combinazioni:

- Sezione infortuni
- Sezione Infortuni + Sezione Assistenza + Sezione Tutela
- Sezione Assistenza + Sezione Tutela

In caso di Contraente persona giuridica è obbligatorio sottoscrivere sia la Sezione Infortuni sia la Sezione Assistenza, mentre è sempre esclusa la Sezione Tutela legale.



### Che cosa non è assicurato?

#### Sezione Infortuni

Non sono assicurabili le persone

- ✗ che, quando l'assicurazione ha inizio, abbiano età superiore a 79 anni.
- ✗ affette da alcolismo e/o dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV.
- ✗ che presentino un grado d'invalidità permanente pari o superiore al 60%.

#### Sezione Tutela legale

- ✗ In caso di vertenza tra più persone assicurate, la garanzia non è prestata a persone diverse dall'assicurato/contraente.
- ✗ Il valore in lite relativo al bene acquistato deve essere superiore a euro 150.

#### Sezione Assistenza

- ✗ Non sono assicurate le prestazioni richieste in situazioni in cui non vi sia un'emergenza in corso.



### Ci sono limiti di copertura?

#### Sezione infortuni

L'assicurazione non comprende gli infortuni:

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

#### Sezione Tutela legale

- ! La Compagnia non assume a proprio carico il pagamento di multe o ammende e gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza, eccezion fatta per l'IVA esposta nelle fatture dei professionisti incaricati e per il pagamento del contributo unificato.

#### Sezione Assistenza

- ! La Compagnia non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali a insindacabile giudizio della Compagnia.



### **Dove vale la copertura?**

- ✓ L'assicurazione Infortuni vale nel mondo intero.
- ✓ L'assicurazione Tutela legale vale per i sinistri che si verificano e che devono essere trattati in via processuale nei paesi europei.
- ✓ L'assicurazione Assistenza è operante nell'ambito del territorio italiano (compresa Repubblica San Marino e Città del Vaticano).



### **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 possano comportare aggravamento di rischio.

In caso di sinistro devi:

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



### **Quando e come devo pagare?**

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

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

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



### **Quando comincia la copertura e quando finisce?**

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

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



### **Come posso disdire la polizza?**

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

Non sono previste altre modalità per cessare anticipatamente il contratto.

# Assicurazione protezione conto corrente

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni

(DIP aggiuntivo Danni)

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.



CHIARAConto Protetto

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](http://www.helvetiaitalia.it); e-mail: [infoclienti@helvetiaitalia.it](mailto:infoclienti@helvetiaitalia.it); PEC: [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto: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](http://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  |
| Minimum 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 delle somme assicurate concordate con la Compagnia stessa.

Sono operanti le garanzie di seguito indicate:

### **SEZIONE INFORTUNI**

#### **✓ MORTE DA INFORTUNIO**

Anche dopo la scadenza della polizza, l'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte si verifica entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

#### **✓ INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO**

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

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

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

Le garanzie valgono anche per gli infortuni:

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

Sono considerati Infortuni anche:

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

#### **✓ SEZIONE TUTELA LEGALE**

La Compagnia garantisce all'Assicurato l'assistenza stragiudiziale e giudiziale necessaria a tutela dei suoi diritti o conseguente ad un sinistro rientrante in garanzia e più precisamente assicura le spese:

- per l'intervento di un legale;
- per l'intervento del perito/consulente tecnico d'ufficio e/o di un consulente tecnico di parte;
- liquidate a favore di controparte in caso di soccombenza;
- conseguenti ad una transazione autorizzata dalla Compagnia;
- di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- degli arbitri e del legale intervenuti, nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta avanti a uno o più arbitri;
- per il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari, se non ripetuta alla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.

✓ **ASSISTENZA**

La Compagnia, tramite Inter Partner S.p.A., fornisce le prestazioni di seguito specificate, al verificarsi di un sinistro previsto in polizza:

○ **Consulto medico telefonico**

Inter Partner S.p.A., attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio. Il servizio medico di Inter Partner S.p.A., in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, potrà fornire:

- i. consigli medici generali;
- ii. informazioni riguardanti:
  - reperimento dei mezzi di soccorso;
  - reperimento di medici generici e specialisti;
  - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
  - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
  - esistenza e reperibilità di farmaci.

Inter Partner S.p.A. non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

○ **Network convenzionato**

**La presente prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali.**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico, di laboratorio o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata di Inter Partner S.p.A. e avere informazioni di carattere medico/sanitario riguardo a:

- singole strutture convenzionate (con indicazione della loro ubicazione);
- prestazioni specialistiche;
- nominativo degli specialisti accreditati e loro reperibilità;
- esami diagnostici;
- ricoveri presso centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati.

Dopo aver selezionato il centro convenzionato e lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assicurato, Inter Partner S.p.A., su richiesta dello stesso, provvederà alla prenotazione della prestazione sanitaria richiesta a tariffe convenzionate.

In questo caso i medici di Inter Partner S.p.A. potranno richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per poter fornire una consulenza immediata sulla struttura sanitaria più idonea.

Ogni prenotazione potrà essere modificata su richiesta dell'Assicurato per un massimo di 1 volta.

Inter Partner S.p.A. gestirà i dati personali dell'Assicurato, necessari per effettuare la prenotazione, nel rispetto della normativa sulla privacy.

○ **Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza**

Se il servizio medico di Inter Partner S.p.A. giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, Inter Partner S.p.A. invierà un medico sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Compagnia.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Compagnia organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza Inter Partner S.p.A. non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

**Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?**

**OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO**

Non sono previste opzioni di riduzione del premio.

**OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO**

Non sono previste opzioni aggiuntive.



## Che cosa NON è assicurato?

### Rischi esclusi

\* Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP.



## Ci sono limiti di copertura?

### ! ESCLUSIONI RELATIVE ALLA SEZIONE INFORTUNI

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

- guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo dell'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;
- stato di ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- mobilitazione per motivi di carattere eccezionale, avvenuti durante il richiamo al servizio militare;
- azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazione artificiale di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- guerre o insurrezioni;
- uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti;
- le rotture sottocutanee di tendini.
- corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- sport pericolosi;
- qualsiasi sport esercitato professionalmente.

### ! ESCLUSIONI RELATIVE ALLA SEZIONE TUTELA LEGALE

- La Compagnia non assume a proprio carico il pagamento di multe o ammende e, fatta eccezione per l'iva esposta nelle fatture dei professionisti incaricati e per il pagamento del contributo unificato, gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza.

### ! ESCLUSIONI RELATIVE ALLA SEZIONE ASSISTENZA

#### Le prestazioni non sono dovute per infortuni provocati o dipendenti da:

- guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un Paese in pace alla sua partenza);
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- sviluppo di energia nucleare o di radioattività;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
- abuso di alcolici o stupefacenti;
- atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
- gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
- eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
- viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici;
- interventi non autorizzati preventivamente da Inter Partner S.p.A., salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Compagnia;
- viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, le franchigie e l'eventuale scoperto relativi alle garanzie Morte da infortunio e Invalità permanente da infortunio:

| Assicurazione                     | Limite di indennizzo  | Franchigia | Scoperto |
|-----------------------------------|---|------------|----------|
| Morte da infortunio               | <p><b>Limiti generali di indennizzo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• € 80.000,00;</li> <li>• in caso di più rapporti bancari intestati al medesimo cliente l'indennizzo da parte della Compagnia non potrà eccedere l'importo di € 160.000,00 per anno assicurativo;</li> <li>• in caso di più adesioni associate ad un unico rapporto bancario l'indennizzo da parte della Compagnia non potrà eccedere l'importo di € 160.000,00 per anno assicurativo;</li> <li>• per i rapporti bancari che presentino un saldo creditore o debitore inferiore a € 3.000,00, la somma assicurata e di conseguenza l'indennizzo sarà pari a € 3.000,00, sia per il caso morte che per l'invalità permanente;</li> </ul> | -          | -        |
| Invalità Permanente da infortunio | <ul style="list-style-type: none"> <li>• qualora si verifichi un sinistro nel periodo che intercorre tra la data di chiusura del rapporto bancario e la scadenza anniversaria successiva la Compagnia indennizzerà un importo pari a € 3.000,00, sia per il caso morte che per l'invalità permanente.</li> </ul>  | -          | -        |

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo, le franchigie e gli scoperti relativi alla copertura "Tutela legale":

| Assicurazione | Limite di indennizzo     | Franchigia | Scoperto |
|---------------|--------------------------|------------|----------|
| Tutela legale | € 5.000,00 per sinistro. | -          | -        |



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Cosa fare in caso di sinistro?</b></p> | <p><b>Denuncia in caso di sinistro:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Norme comuni a tutte le garanzie</b></li> </ul> <p>In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fare denuncia scritta al <b>Servizio Sinistri</b> della Compagnia tramite raccomandata A.R. oppure tramite e-mail o pec agli indirizzi di seguito riportati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="mailto:sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it">sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it</a></li> <li>• <a href="mailto:helvetiaitalia@pec.helvetia.it">helvetiaitalia@pec.helvetia.it</a></li> </ul> <p>oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata. Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto, sul sito internet della Compagnia <a href="http://www.helvetiaitalia.it">www.helvetiaitalia.it</a>, oppure chiamando il Numero verde (dall'Italia) <b>800.909.650</b> oppure il Numero <b>+39 025351 1</b> per chiamate dall'estero; il sinistro deve essere denunciato entro 10 giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità.</p> <p>La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.</p> <p>Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.</p> <p>L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari o aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia e a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla Compagnia) o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.</p> <p>L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.</p> <p>L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.</p> <p>In caso di morte da infortunio dell'Assicurato, il beneficiario identificato in polizza o, in difetto, gli eredi legittimi e/o testamentari, devono presentare:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero;</li> <li>certificato di morte;</li> </ol> |
|--|---|

|   |   |
|---|---|
|   | <p>iii. certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;</p> <p>iv. atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;</p> <p>v. nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, la quietanza emessa dalla Compagnia munita di autorizzazione del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;</p> <p>vi. eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.</p> <p>Si precisa che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.</p> <p><b><u>SEZIONE TUTELA LEGALE</u></b></p> <p>Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve tempestivamente denunciare il caso assicurativo a D.A.S. S.p.A., trasmettendo tutti gli atti e documenti occorrenti, regolarizzandoli a proprie spese secondo le norme fiscali di bollo e di registro. L'Assicurato dovrà far pervenire a D.A.S. S.p.A. la notizia di ogni atto, a lui notificato tramite Ufficiale Giudiziario, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa.</p> <p>Contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo o al momento dell'avvio dell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può indicare alla Compagnia un legale - residente in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia - al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo.</p> <p><b><u>SEZIONE ASSISTENZA</u></b></p> <p>Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato, o chi agisce in sua vece, deve contattare Inter Partner S.p.A. al numero verde <b>800.612595</b>, numero nero <b>06.42115763</b>.</p> <p>Nel caso in cui sia impossibile telefonare, l'Assicurato deve inviare un <b>fax</b> al numero <b>06.4818960</b>.</p> <p>Inter Partner S.p.A. è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste.</p> <p>Inoltre, l'Assicurato deve comunicare:</p> <p>i. cognome e nome;</p> <p>ii. prestazione richiesta;</p> <p>iii. suo indirizzo o recapito temporaneo;</p> <p>iv. numero di telefono al quale essere contattato.</p> <p>La denuncia dovrà essere effettuata il più presto possibile e, in ogni caso, non oltre i 3 giorni successivi o, qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro entro i termini previsti, potrà farlo non appena ne sarà in grado.</p> <p>L'inosservanza dei suddetti termini può compromettere il diritto alla prestazione.</p> <p><b>Assistenza diretta/in convenzione:</b> non prevista.</p> <p><b>Gestione da parte di altre imprese:</b> la gestione dei sinistri di Tutela legale è affidata a D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., mentre la gestione del servizio di Assistenza è affidata a Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A..</p> <p><b>Prescrizione.</b> I diritti derivanti dal presente contratto si prescrivono entro <b>due anni</b> dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952, secondo comma, del Codice Civile.</p> |
| <b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b> | Le dichiarazioni non vere o la mancata comunicazione di aggravamento di rischio possono comportare la cessazione della copertura assicurativa.  |
| <b>Obblighi dell'Impresa</b>              | La Compagnia liquida l'indennizzo che risulti dovuto in base alla proposta di indennizzo sottoscritta dall'Assicurato e provvede al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione stessa.  |



## Quando e come devo pagare?

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>Premio</b>   | <p>Il pagamento del premio avviene con cadenza annuale mediante autorizzazione irrevocabile per tutta la durata del contratto, all'addebito su conto corrente intrattenuto presso una filiale della Banca distributrice del prodotto. Non è prevista la possibilità di frazionare il premio.</p> <p>Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza. Non sono previsti sconti. Il premio si intende comprensivo di imposte.</p>   |
| <b>Rimborso</b> | <p>Al manifestarsi, nel corso del contratto, di condizioni che avrebbero impedito l'emissione della polizza, quali la dipendenza da sostanze psicoattive (alcool - stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), la sieropositività HIV, oppure nel caso in cui l'Assicurato presenti una invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%, non dovuta ad infortunio, l'assicurazione cessa.</p> <p>In caso di cessazione, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione, la parte di premio al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.</p> |



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



## Come posso disdire la polizza?

|  |  |
|--|--|
| <b>Ripensamento dopo la stipulazione</b> | Il contratto non prevede il diritto di ripensamento dopo la stipula. |
| <b>Risoluzione</b>                       | Non è previsto il diritto alla risoluzione del contratto.            |



## A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato ad un mercato di riferimento rappresentato da un pubblico indistinto di clientela titolare di un conto corrente aperto presso la Banca Distributrice, che intende tutelarsi economicamente in caso di: i) un infortunio subito nel corso della propria attività professionale ed extraprofessionale che ne provochi il decesso o l'invalidità permanente; ii) controversie di natura contrattuale relative all'acquisto di beni e servizi pagati movimentando il conto corrente (assegni, carte di credito, carte bancomat, bonifico); iii) assistenza alla persona. 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 48,0% .

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

|   |  |
|---|--|
| <b>All'impresa assicuratrice</b>  | <p>Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri – devono essere presentati per iscritto alla Società presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti:<br/>Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami – Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano<br/>Fax 02 5351794 - Email <a href="mailto:reclami@helvetia.it">reclami@helvetia.it</a></p> <p>Eventuali reclami riguardanti il comportamento della banca distributrice e dei dipendenti e collaboratori di quest'ultima potranno essere inoltrati direttamente alla banca distributrice.<br/>La Società o la banca distributrice, ciascuna per la propria competenza, inviano la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>  |
| <b>All'IVASS</b>  | <p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a>. Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a></p>  |
| <b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b> |  |
| <b>Mediazione (obbligatoria)</b>  | <p>Mediazione interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98).</p>  |
| <b>Negoziazione assistita (facoltativa)</b>   | <p>Negoziazione assistita: tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa</p>  |
| <b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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, chiedendo l'attivazione della Procedura: <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">http://www.ec.europa.eu/fin-net</a>.</li></ul> <p>Tramite il sito della Società (<a href="http://www.helvetiaitalia.it">www.helvetiaitalia.it</a>) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.</p> |

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

**Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.  
Gruppo Helvetia**

**Polizza infortuni**

**CHIARAConto *Protetto***

**Condizioni di Assicurazione**

Modello CGA\_IPCR002\_1121

Edizione 11/2021

# Sommario

|   |    |
|---|----|
| GLOSSARIO.....  | 1  |
| CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....  | 2  |
| NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN GENERALE.....   | 2  |
| Art. 1 – APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE .....   | 2  |
| Art. 2 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO .....  | 2  |
| Art. 3 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO .....   | 2  |
| Art. 4 – DECORRENZA DELLA GARANZIA E PAGAMENTO DEL PREMIO.....  | 2  |
| Art. 5 – DURATA DELL’ASSICURAZIONE E TACITO RINNOVO.....  | 2  |
| Art. 6 – LIMITI DI ETÀ .....  | 2  |
| Art. 7 – MODIFICHE DELL’ASSICURAZIONE .....   | 2  |
| Art. 8 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI.....  | 2  |
| Art. 9 – ALTRE ASSICURAZIONI .....  | 2  |
| Art. 10 – ONERI FISCALI .....   | 2  |
| Art. 11 – FORO COMPETENTE .....   | 2  |
| Art. 12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....   | 2  |
| Art. 12.1 – MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause).....          | 3  |
| NORME CHE REGOLANO L’ASSICURAZIONE INFORTUNI .....  | 3  |
| Art. 13 - OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE .....  | 3  |
| Art. 14 – MORTE DA INFORTUNIO .....   | 3  |
| Art. 15 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO .....   | 3  |
| Art. 16 - LIMITI DI INDENNIZZO .....  | 3  |
| Art. 17 - RAPPORTI BANCARI INTESATATI A PERSONE FISICHE .....   | 4  |
| Art. 18 - RAPPORTI BANCARI INTESATATI A SOCIETÀ.....  | 4  |
| Art. 19 – RISCHI SPORTIVI .....   | 4  |
| Art. 20 – RISCHIO VOLO .....  | 4  |
| Art. 21 – RISCHIO GUERRA .....  | 4  |
| Art. 22 – DELIMITAZIONI.....  | 4  |
| Art. 23 – PERSONE NON ASSICURABILI – CESSAZIONE DELL’ASSICURAZIONE.....   | 4  |
| Art. 24 – ESTENSIONE TERRITORIALE .....   | 4  |
| Art. 25 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA .....  | 4  |
| Art. 26 – MASSIMALE DI CUMULO.....  | 4  |
| Art. 27 – OBBLIGHI DELL’ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO.....   | 4  |
| ART. 28 – OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO .....   | 5  |
| ART. 29 - DIRITTO ALL’INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL’INFORTUNIO.....     | 5  |
| Art. 30 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ.....   | 5  |
| Art. 31 – LIQUIDAZIONE DEL DANNO.....   | 6  |
| Art. 32 – PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI.....   | 6  |
| Art. 33 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE .....  | 6  |
| NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA TUTELA LEGALE.....   | 6  |
| Art. 34 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE.....   | 6  |
| Art. 35 – AMBITO DELL’ASSICURAZIONE .....   | 6  |
| Art. 36 – ESTENSIONE TERRITORIALE .....   | 7  |
| Art. 37 – ESCLUSIONI.....   | 7  |
| Art. 38 – INSORGENZA DEL SINISTRO - OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA.....   | 7  |
| Art. 39 – DENUNCIA DEL CASO ASSICURATIVO E SCELTA DEL LEGALE.....   | 7  |
| Art. 40 – GESTIONE DEL CASO ASSICURATIVO .....  | 7  |
| Art. 41 – DISACCORDO SULLA GESTIONE DEL CASO ASSICURATIVO - ARBITRATO .....   | 7  |
| Art. 42 – RECUPERO SOMME.....   | 7  |
| NORME CHE REGOLANO LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ALLA PERSONA .....  | 7  |
| Art. 43 – ESTENSIONE TERRITORIALE .....   | 7  |
| Art. 44 – OPERATIVITÀ DELLA ASSICURAZIONE.....  | 8  |
| Art. 45 – PRESTAZIONI GARANTITE.....  | 8  |
| Art. 46 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO .....  | 8  |
| Art. 47 – ESCLUSIONI.....   | 9  |
| Art. 48 – MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI E LIMITI DI RESPONSABILITÀ .....   | 9  |
| Art. 49 – RIMBORSO DELLE SOMME SPESE PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE RICEVUTE.....  | 9  |
| APPENDICE “A” Tabella INAIL delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente ( D.P.R. 30/6/65 n°1124 )..... | 10 |

# GLOSSARIO

## RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE IN GENERALE

**ASSICURATO:** la persona fisica, che può coincidere o meno con il Contraente, il cui interesse è protetto dall'assicurazione, per conto della quale è stipulata la Polizza ed è stato pagato il Premio.

Sono assicurati gli intestatari e/o cointestatari del rapporto bancario specificato nel Modulo di Polizza, aperto presso una filiale della Banca, che siano:

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

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

**ASSICURAZIONE:** il contratto di assicurazione.

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

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

**BENEFICIARIO:** il soggetto cui spetta l'indennizzo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**RISCHIO:** la possibilità che si verifichi il sinistro.

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

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

## SPECIFICHE DELLA SEZIONE TUTELA LEGALE

**SOCIETÀ:** Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A. (D.A.S.), cui la Compagnia ha scelto di affidare la gestione dei sinistri Tutela Legale.

## SPECIFICHE DELLA SEZIONE ASSISTENZA

**ASSISTENZA:** l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa.

**CENTRALE OPERATIVA:** la struttura organizzativa di Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A., Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma – costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che in virtù di preesistente convenzione con la Compagnia provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare le prestazioni di assistenza previste dal Contratto di Assicurazione.

**DOMICILIO:** il luogo dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.

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

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

Non sono convenzionalmente considerate strutture sanitarie per diagnosi e cure: gli stabilimenti termali, quelle con finalità prevalentemente dietologiche, per il benessere della persona, riabilitative, per convalescenza, lungo degenza o soggiorni, le strutture per anziani.

**RICOVERO/DEGENZA:** la permanenza in istituti di cura, regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che contempli almeno un pernottamento, ovvero la permanenza diurna in day hospital.

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

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

## NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN GENERALE

### Art. 1 – APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

### Art. 2 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

### Art. 3 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

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

### Art. 4 – DECORRENZA DELLA GARANZIA E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel modulo di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

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

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

Nel caso in cui il pagamento del premio o della rata non possa andare a buon fine a causa dell'assenza sul conto corrente di fondi disponibili sufficienti, l'assicurazione viene sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e viene riattivata dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti e non versati, ai sensi dell'art. 1901 C.C.

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

### Art. 5 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE E TACITO RINNOVO

L'assicurazione ha la durata indicata sul modulo di polizza.

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

### Art. 6 – LIMITI DI ETÀ

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

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

### Art. 7 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

### Art. 8 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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

### Art. 9 – ALTRE ASSICURAZIONI

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

### Art. 10 – ONERI FISCALI

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

### Art. 11 – FORO COMPETENTE

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

### Art. 12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

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

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

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

### **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI (garanzia operante se il relativo premio è indicato sul modulo di polizza)**

#### **Art. 13 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

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

Sono compresi in garanzia anche:

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

La Compagnia garantisce in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza ai sensi degli artt. 14 "Morte da infortunio" e 15 "Invalidità permanente da infortunio" una somma determinata come segue:

- a) se il rapporto bancario presenta un saldo attivo, il pagamento di un capitale pari alla media dei saldi creditori in linea capitale ed interessi risultanti dalle evidenze della banca nei 30 giorni precedenti a quello in cui si è verificato l'infortunio;
- b) se il rapporto bancario presenta un saldo passivo, il pagamento di un capitale pari al saldo in linea capitale ed interessi risultante dalle evidenze della banca il giorno precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio.

In tutti i casi il saldo verrà determinato tenendo conto dell'esito di operazioni in corso il giorno dell'evento.

#### **Art. 14 – MORTE DA INFORTUNIO**

Se l'Assicurato muore a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia liquida il capitale assicurato agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato stesso nei limiti previsti dall'art. 16 – Limiti di indennizzo.

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

#### **Art. 15 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO**

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente pari o superiore al 60% e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Compagnia liquida all'Assicurato l'indennità nei limiti previsti dall'art. 16 – Limiti di indennizzo.

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

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

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

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

#### **Art. 16 - LIMITI DI INDENNIZZO**

L'indennizzo massimo da parte della Compagnia non potrà essere superiore a € 80.000,00.

In caso di più rapporti bancari intestati al medesimo cliente l'indennizzo da parte della Compagnia non potrà eccedere l'importo di 160.000 Euro (centosessantamila/00) per anno assicurativo.

In caso di più adesioni associate ad un unico rapporto bancario l'indennizzo da parte della Compagnia non potrà eccedere l'importo di 160.000 Euro (centosessantamila/00) per anno assicurativo.

Per i rapporti bancari che presentino un saldo creditore o debitore inferiore a € 3.000,00 (Euro tremila/00), la somma assicurata e di conseguenza l'indennizzo sarà pari a € 3.000,00 (Euro tremila/00), sia per il caso morte che per l'invalidità permanente.

Qualora si verifichi un sinistro nel periodo che intercorre tra la data di chiusura del rapporto bancario e la scadenza anniversaria successiva la Compagnia indennizzerà un importo pari ad € 3.000,00 (Euro tremila/00), sia per il caso morte che per l'invalidità permanente.

#### **Art. 17 - RAPPORTI BANCARI INTESTATI A PERSONE FISICHE**

In caso di rapporti bancari cointestati a più persone fisiche la copertura è valida per tutti i cointestatari con la semplice sottoscrizione del modulo di adesione da parte di uno solo di essi e l'indennizzo determinato con la procedura sopra esposta non subirà variazioni se il saldo è debitore, come al precedente punto b), mentre verrà ridotta pro-quota in relazione al numero dei cointestatari se il saldo è creditore come al precedente punto a).

#### **Art. 18 - RAPPORTI BANCARI INTESTATI A SOCIETÀ**

In caso di rapporti bancari intestati a persone fisiche titolari di ditte individuali e/o a Società di fatto, Società di persone, Società per Azioni, Società a Responsabilità Limitata, Società Cooperative, Società in nome collettivo, Società in accomandita (semplice o per azioni) l'assicurazione è valida unicamente per il soggetto indicato nel modulo di adesione. L'indennizzo determinato con la procedura sopra esposta non subirà variazioni rispetto ai precedenti punti b) - se il saldo è debitore ed a) - se il saldo è creditore.

#### **Art. 19 – RISCHI SPORTIVI**

La garanzia vale durante la pratica di attività sportive a carattere ricreativo compresi i relativi allenamenti.

La garanzia non vale per gli infortuni derivanti da:

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

#### **Art. 20 – RISCHIO VOLO**

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

#### **Art. 21 – 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. 22 – DELIMITAZIONI**

L'assicurazione non comprende gli infortuni:

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

Sono inoltre escluse le rotture sottocutanee di tendini.

#### **Art. 23 – PERSONE NON ASSICURABILI – CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE**

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

Non sono, altresì, assicurabili le persone che, al momento della stipula della polizza o prima del verificarsi dell'infortunio, presentano invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%.

#### **Art. 24 – ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

#### **Art. 25 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA**

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

#### **Art. 26 – MASSIMALE DI CUMULO**

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

#### **Art. 27 – 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](mailto:sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it)

- [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto: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](http://www.helvetiaitalia.it), oppure chiamando il Numero verde:



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

Il sinistro deve essere denunciato entro **10 (dieci) giorni** dalla data di accadimento del sinistro o da quando il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

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

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

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

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

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

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

In ogni caso per qualsiasi ulteriore informazione e qualora si verificassero gli eventi previsti dalla polizza è a disposizione il numero verde: **800.909.650**.

#### **ART. 28 – OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO**

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 27 delle presenti Norme e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.

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

#### **ART. 29 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO**

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

Tuttavia se l'Assicurato decede, per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato oppure, in mancanza
- l'importo offerto oppure, se non vi è stata ancora l'offerta
- l'importo oggettivamente determinabile dalla Compagnia sulla base della documentazione fornita con le modalità e nei termini stabiliti dall'art. 28; in ogni caso, alla Compagnia dovrà essere consegnato il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

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

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

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Compagnia, gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Compagnia e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

La Compagnia s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

#### **Art. 30 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ**

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

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

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

#### **Art. 31 – LIQUIDAZIONE DEL DANNO**

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte o l'invalidità permanente dell'assicurato, la Compagnia corrisponde agli aventi diritto la somma assicurata, calcolata con le modalità esposte all'Art. 13 – "OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE".

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

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Compagnia paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

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

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

#### **Art. 32 – PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI**

La Compagnia procederà al pagamento dell'indennizzo, entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento, come segue:

**in caso di morte**, sia per i rapporti bancari che presentino un saldo attivo sia per quelli che presentino un saldo passivo, l'indennizzo verrà versato dalla Compagnia ai beneficiari;

**in caso di invalidità permanente**, sia per i rapporti bancari che presentino un saldo attivo sia per quelli che presentino un saldo passivo, l'indennizzo verrà versato dalla Compagnia all'assicurato.

#### **Art. 33 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE**

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

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

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

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

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

### **NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA TUTELA LEGALE (garanzia operante se il relativo premio è indicato sul modulo di polizza)**

#### **PREMESSA**

In relazione alla normativa introdotta dal D. Lgs. n° 209 del 7 Settembre 2005 – Titolo XI, Capo II, Art.163 e Art 164, Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di Tutela Legale a: D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., con sede in Via Enrico Fermi 9/B – 37135 VERONA.

Principali riferimenti:

Telefono +39 (045) 8378901

Fax +39 (045) 8351023

Sito internet: [www.das.it](http://www.das.it)

**A quest'ultima Società dovranno pertanto pervenire tutte le denunce, i documenti ed ogni altra comunicazione relativi a tali sinistri.**

#### **Art. 34 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

La Compagnia assicura, sino ad un massimo di Euro 5.000 per sinistro, il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale che si renda necessaria a tutela dei diritti dell'Assicurato, conseguente ad un sinistro rientrante in garanzia e più precisamente le spese:

- per l'intervento di un legale;
- per l'intervento del perito/consulente tecnico d'ufficio e/o di un consulente tecnico di parte;
- liquidate a favore di controparte in caso di soccombenza;
- conseguenti ad una transazione autorizzata dalla Società;
- di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri; degli arbitri e del legale intervenuti, nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta avanti a uno o più arbitri;
- per il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari, se non ripetuta alla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.

La Società non assume a proprio carico il pagamento di multe o ammende e, fatta eccezione per l'Iva esposta nelle fatture dei professionisti incaricati e per il pagamento del contributo unificato, gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza.

#### **Art. 35 – AMBITO DELL'ASSICURAZIONE**

La garanzia riguarda la tutela dei diritti delle persone assicurate qualora, nell'ambito della loro vita privata, debbano sostenere controversie di natura contrattuale relative all'acquisto di beni e servizi pagati movimentando il conto corrente (assegni, carte di credito, carte bancomat, bonifico), purché il valore in lite sia pari o superiore a € 150,00.

Ad integrazione di quanto sopra, la Società garantisce un servizio di consulenza telefonica nell'ambito delle materie previste in polizza tramite il numero verde

**800.21.23.23**

L'Assicurato potrà telefonare nell'orario d'ufficio per ottenere:

- Consulenza Legale;
- Chiarimenti su leggi, decreti e normative vigenti.

#### **Art. 36 – ESTENSIONE TERRITORIALE**

Le suddette garanzie valgono per i sinistri che si verifichino e debbano essere processualmente trattati ed eseguiti in tutti i Paesi d'Europa.

#### **Art. 37 – ESCLUSIONI**

La garanzia è esclusa per:

- vertenze relative all'acquisto di beni immobili e mobili registrati;
- materia fiscale, tributaria ed amministrativa.

#### **Art. 38 – INSORGENZA DEL SINISTRO - OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA**

Il sinistro si intende insorto e quindi verificato nel momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo avrebbero iniziato a violare norme contrattuali.

La garanzia assicurativa riguarda i sinistri che insorgono trascorsi 90 giorni dalla stipulazione del contratto. La garanzia non ha luogo per i sinistri insorgenti da patti, accordi, obbligazioni contrattuali che, al momento della stipulazione dell'assicurazione, fossero già stati disdetti o la cui rescissione, risoluzione o modificazione fossero già state chieste da uno degli stipulanti.

Le vertenze, promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse, si considerano a tutti gli effetti sinistro unico.

#### **Art. 39 – DENUNCIA DEL CASO ASSICURATIVO E SCELTA DEL LEGALE**

L'Assicurato deve tempestivamente denunciare il caso assicurativo alla Società, trasmettendo tutti gli atti e documenti occorrenti, regolarizzandoli a proprie spese secondo le norme fiscali di bollo e di registro. L'Assicurato dovrà far pervenire alla Società la notizia di ogni atto, a lui notificato tramite Ufficiale Giudiziario, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa.

Contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo o al momento dell'avvio dell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può indicare alla Società un legale - residente in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia - al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo.

Se l'Assicurato sceglie un legale non residente presso il Circondario del Tribunale competente, la Società garantirà gli onorari del domiciliatario, con il limite della somma di € 3.000. Tale somma è compresa nei limiti del massimale per caso assicurativo e per anno. La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale, ove si verifichi una situazione di conflitto di interessi con la Società e la Compagnia.

La Compagnia e la Società non sono responsabili dell'operato di legali e periti.

#### **Art. 40 – GESTIONE DEL CASO ASSICURATIVO**

Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, la Società (ai sensi dell'art. 164 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni Private - D.Lgs 209/05) si adopera per gestire la fase stragiudiziale, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, e di svolgere ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia. Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la Società trasmette la pratica al legale designato ai sensi del precedente Articolo. Per ogni stato della vertenza gli incarichi ai periti devono essere preventivamente concordati con la Società. Allo stesso modo, per le fasi giudiziali successive a quella già autorizzata, anche gli incarichi ai legali devono essere preventivamente concordati con la Società, sempre che le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo; agli stessi l'Assicurato rilascerà le necessarie procure. L'esecuzione forzata per ciascun titolo esecutivo verrà estesa a due tentativi. L'Assicurato, senza preventiva autorizzazione della Società, non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, che comporti oneri a carico della Società. Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza - con conseguente impossibilità per l'Assicurato di preventiva richiesta di benessere - i quali verranno ratificati dalla Società, che sia stata posta in grado di verificare urgenza e congruità dell'operazione.

#### **Art. 41 – DISACCORDO SULLA GESTIONE DEL CASO ASSICURATIVO - ARBITRATO**

In caso di divergenza di opinione fra l'Assicurato e la Società sulle possibilità di esito positivo, o comunque più favorevole all'Assicurato, di un Giudizio o di un ricorso al Giudice Superiore, la questione, a richiesta di una delle parti da formularsi con lettera raccomandata, potrà essere demandata ad un arbitro sulla cui designazione le parti dovranno accordarsi. Se un tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale del Foro competente, ai sensi di legge. L'arbitro deciderà secondo equità e le spese di arbitrato saranno a carico della parte soccombente. Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio con facoltà di ottenere dalla Società la rifusione delle spese incontrate, e non liquidate dalla controparte, qualora il risultato in tal modo conseguito sia più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito dalla Società stessa, in linea di fatto o di diritto.

#### **Art. 42 – RECUPERO SOMME**

Tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi sono di esclusiva spettanza dell'Assicurato, mentre spetta alla Società quanto liquidato giudizialmente o stragiudizialmente, anche a favore dello stesso Assicurato, per spese, competenze ed onorari.

### **NORME CHE REGOLANO LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ALLA PERSONA (garanzia operante se il relativo premio è indicato sul modulo di polizza)**

#### **PREMESSA**

La gestione del servizio di assistenza di cui alle prestazioni di seguito indicate è stata affidata dalla Compagnia a **Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A.**, con sede in via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma.

**La Compagnia, lasciando invariati la portata e i limiti delle prestazioni di assistenza, ha la facoltà di affidare il servizio ad altra società autorizzata;** in tal caso verrà comunicata al Contraente la nuova società di gestione del servizio di assistenza senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

#### **Art. 43 – ESTENSIONE TERRITORIALE**

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, l'assicurazione è valida per i sinistri avvenuti nella Repubblica Italiana, compresi la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

#### **Art. 44 – OPERATIVITÀ DELLA ASSICURAZIONE**

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno;
- con costi a carico della Compagnia entro il limite di 3 (tre) sinistri per Assicurato, durante ciascun anno di validità della copertura;
- senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo sinistro.

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 48 (quarantotto) ore.

#### **Art. 45 – PRESTAZIONI GARANTITE**

La Compagnia, tramite la Centrale Operativa, fornisce le prestazioni di seguito specificate al verificarsi di un sinistro previsto in polizza.

##### **1 - Consulto medico telefonico**

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
  - reperimento dei mezzi di soccorso;
  - reperimento di medici generici e specialisti;
  - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
  - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
  - esistenza e reperibilità di farmaci.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

##### **2 - Network convenzionato**

(Prestazione operante da lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico, di laboratorio o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata della Centrale Operativa e avere informazioni di carattere medico/sanitario riguardo a:

- singole strutture convenzionate (con indicazione della loro ubicazione);
- prestazioni specialistiche;
- nominativo degli specialisti accreditati e loro reperibilità;
- esami diagnostici;
- ricoveri presso centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati.

Dopo aver selezionato il centro convenzionato e lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assicurato, la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, provvederà alla prenotazione della prestazione sanitaria richiesta a nome dello stesso a tariffe convenzionate.

In questo caso i medici della Centrale Operativa potranno richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per poter fornire una consulenza immediata sulla struttura sanitaria più idonea.

Ogni prenotazione potrà essere modificata su richiesta dell'Assicurato per un massimo di una (1) volta.

La Centrale Operativa gestirà i dati personali dell'Assicurato, necessari per effettuare la prenotazione, nel rispetto della normativa sulla privacy.

##### **3 - Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza**

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Centrale Operativa invierà un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Compagnia.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Compagnia organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

#### **Art. 46 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO**

In caso di sinistro l'Assicurato, o chi agisce in sua vece, dovrà contattare la Centrale Operativa al:

**numero verde 800.612595**

**numero nero 06.42115763**

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, l'Assicurato dovrà inviare un fax al numero 06.4818960.

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste.

Inoltre, dovrà comunicare:

- cognome e nome;
- prestazione richiesta;
- suo indirizzo o recapito temporaneo;
- numero di telefono al quale essere contattato.

La denuncia dovrà essere effettuata il più presto possibile e, in ogni caso, non oltre i 3 (tre) giorni successivi o, qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro entro i termini previsti (art. 2952 C.C.), potrà farlo non appena ne sarà in grado.

L'inosservanza dei suddetti termini può compromettere il diritto alla prestazione.

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.

La Compagnia ha facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista e non perde il diritto di far valere, in qualunque momento ed in ogni caso, eventuali eccezioni anche se abbia iniziato la liquidazione delle prestazioni.

**Art. 47 – ESCLUSIONI**

- 1) Le prestazioni non sono dovute per infortuni provocati o dipendenti da:
  - a) atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
  - b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
  - c) sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
  - d) dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
  - e) abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
  - f) infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
  - g) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
  - h) eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
  - i) viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.
- 2) La Compagnia non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Compagnia.
- 3) La Compagnia non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.
- 4) Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.

**Art. 48 – MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI E LIMITI DI RESPONSABILITÀ**

In caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per sua negligenza, la Compagnia non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto.

La Compagnia non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento dovuto all'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza o a causa di forza maggiore o circostanza fortuita ed imprevedibile.

**Art. 49 – RIMBORSO DELLE SOMME SPESE PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE RICEVUTE**

La Compagnia si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato la restituzione delle spese sostenute in seguito all'effettuazione delle prestazioni di polizza, che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge.

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

| DESCRIZIONE  | Percentuali |    |    |
|--|-------------|----|----|
|  | D           | == | S  |
| Della facoltà uditiva monolaterale   |             | 15 |    |
| Della facoltà uditiva bilaterale   |             | 60 |    |
| Della facoltà visiva di un occhio  |             | 35 |    |
| Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi  |             | 40 |    |
| Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)  |             | 8  |    |
| Della pervietà di entrambe le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)   |             | 18 |    |
| Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:  |             |    |    |
| a) con possibilità di applicazione di protesi efficace   |             | 11 |    |
| b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace   |             | 30 |    |
| Di un rene con integrità del rene superstite   |             | 25 |    |
| Della milza senza alterazioni della crasi ematica  |             | 15 |    |
| Di un testicolo (non si corrisponde indennità)   |             | 0  |    |
| Dell'integrità della clavicola (esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione funzionale dei movimenti del braccio).         |             | 5  |    |
| Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) in arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola. | 50          |    | 40 |
| Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola.      | 40          |    | 30 |
| Di un braccio:   |             |    |    |
| a) per disarticolazione scapolo-omerale  | 85          |    | 75 |
| b) per amputazione al terzo superiore  | 80          |    | 70 |
| Di un braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio   | 75          |    | 65 |
| Di un avambraccio al terzo medio o perdita della mano  | 70          |    | 60 |
| Di tutte le dita della mano  | 65          |    | 55 |
| Del pollice e del primo metacarpo  | 35          |    | 30 |
| Del pollice  | 28          |    | 23 |
| Dell'indice  | 15          |    | 13 |
| Del medio  |             | 12 |    |
| Dell'anulare   |             | 8  |    |
| Del mignolo  |             | 12 |    |
| Della falange ungueale del pollice   | 15          |    | 12 |
| Della falange ungueale dell'indice   | 7           |    | 6  |
| Della falange ungueale del medio   |             | 5  |    |
| Della falange ungueale dell'anulare  |             | 3  |    |
| Della falange ungueale del mignolo   |             | 5  |    |
| Delle due ultime falangi dell'indice   | 11          |    | 9  |
| Delle due ultime falangi del medio   |             | 8  |    |
| Delle due ultime falangi dell'anulare  |             | 6  |    |
| Delle due ultime falangi del mignolo   |             | 8  |    |
| Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) con angolazione tra 110° - 75°:  |             |    |    |
| a) in semipronazione   | 30          |    | 25 |
| b) in pronazione   | 35          |    | 30 |
| c) in supinazione  | 45          |    | 40 |
| d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione   | 25          |    | 20 |
| Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in flessione massima o quasi   | 55          |    | 50 |
| Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in estensione completa o quasi:  |             |    |    |
| a) in semipronazione   | 40          |    | 25 |
| b) in pronazione   | 45          |    | 40 |
| c) in supinazione  | 55          |    | 50 |
| d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione   | 35          |    | 30 |
| Della funzionalità dell'articolazione radio-carpica (anchilosi completa) in estensione rettilinea  | 18          |    | 15 |
| se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:   |             |    |    |
| a) in semipronazione   | 22          |    | 18 |
| b) in pronazione   | 25          |    | 22 |
| c) in supinazione  | 35          |    | 30 |
| Della funzionalità della articolazione coxo-femorale (anchilosi completa) con arto in estensione e in posizione favorevole                           |             | 45 |    |
| Di una gamba per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi              |             | 80 |    |
| Di una gamba in qualsiasi altro punto  |             | 70 |    |
| Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato                          |             | 65 |    |
| Di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato   |             | 55 |    |
| Di una gamba al terzo inferiore o di un piede  |             | 50 |    |
| Dell'avampiede alla linea tarso-metatarso  |             | 30 |    |
| Dell'alluce e corrispondente metatarso   |             | 16 |    |
| Del solo alluce  |             | 7  |    |
| Di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto e valutato il        |             | 3  |    |
| Della funzionalità dell'articolazione del ginocchio (anchilosi completa rettilinea)  |             | 35 |    |
| Della funzionalità della articolazione tibio-tarsica (anchilosi completa ad angolo retto)  |             | 20 |    |
| Di lunghezza (semplice accorciamento) di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri                          |             | 11 |    |

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

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

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

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

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

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