

## POLIZZA A PROTEZIONE DEL CREDITO

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 Protezione Finanziamento NEW - Protezione rimborso del finanziamento

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

### Che tipo di assicurazione è?

La polizza "CHIARA Protezione Finanziamento NEW – Protezione rimborso del finanziamento" è la soluzione assicurativa studiata per coprirti dal rischio di dover far fronte al rimborso di un finanziamento, nel caso di un evento negativo relativo alla tua salute o alla tua capacità lavorativa. Sono assicurabili i mutui ipotecari, chirografari e i prestiti. **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 polizza ti tutela nel caso si verifichi un evento sfavorevole che possa compromettere: (i) la tua capacità di rimborsare il debito residuo in essere sul finanziamento che hai acceso, oppure (ii) pagare con regolarità le rate del finanziamento alle scadenze pattuite. Sono assicurabili sia i mutui (ipotecari o chirografari) che i prestiti personali. Per i primi l'assicurazione è attivabile anche a fronte di finanziamenti in corso.

In relazione alla protezione del debito residuo, la stessa opera a fronte dei seguenti eventi:

- ✓ **Morte** derivante da un infortunio oppure
- ✓ **Invalità Permanente Totale** derivante da un infortunio o una malattia.

Per le suddette garanzie, l'indennizzo pagato dalla Compagnia è pari al valore del debito residuo del finanziamento in linea capitale, secondo l'originario piano di ammortamento del finanziamento stesso. Se decidi di assicurare un capitale inferiore a quello richiesto, anche l'indennizzo verrà calcolato sulla base della percentuale di capitale assicurato.

Con riferimento alla protezione della rata, le garanzie previste dal prodotto sono acquistabili in base alla categoria professionale dell'Assicurato, secondo il seguente schema:

- ✓ **Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia:** disponibile soltanto per i lavoratori autonomi e i liberi professionisti, la garanzia opera a fronte di un infortunio o di una malattia che impedisca all'Assicurato di svolgere la sua specifica attività per un periodo limitato di tempo;
- ✓ **Perdita Involontaria d'Impiego:** disponibile unicamente per i lavoratori dipendenti di azienda privata di diritto italiano (purché gli stessi abbiano superato il periodo di prova e lavorino in modo continuativo da almeno 12 mesi), la garanzia opera a fronte di un licenziamento che comporti per l'Assicurato un periodo (limitato nel tempo) di disoccupazione;
- ✓ **Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico** (garanzia sempre attivabile per Non Lavoratori, Lavoratori Dipendenti di Ente pubblico; la stessa è attivabile congiuntamente alla garanzia "Inabilità Temporanea Totale" per Lavoratori autonomi e in aggiunta alla garanzia "Perdita involontaria d'impiego" per Lavoratori Dipendenti di Ente privato). La garanzia opera a fronte di un ricovero ospedaliero reso necessario per l'esecuzione di uno dei "Grandi Interventi Chirurgici" indicati in polizza e derivanti da infortunio o malattia.

Con riferimento a tutte le garanzie sopra riportate, la somma assicurata corrisponde all'indennità mensile indicata in polizza. Se decidi di assicurare un capitale inferiore a quello richiesto (solo per i mutui), anche l'indennità mensile verrà calcolata sulla base della percentuale di capitale assicurato.



#### Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurate le persone:

- ✗ Che non ricoprano lo status di intestatario, cointestatario, garante, terzo datore di ipoteca di un contratto di finanziamento
- ✗ Che, alla decorrenza del contratto, abbiano un'età inferiore a 18 anni compiuti o superiore a 74 anni compiuti, fermo restando che l'età alla scadenza contrattuale non potrà essere superiore ai 75 anni compiuti.
- ✗ affette da alcolismo e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività H.I.V.
- ✗ Non sono inoltre assicurabili i mutui a "Stato Avanzamento Lavori".



#### Ci sono limiti di copertura?

Con riferimento alle garanzie **Morte da infortunio, Invalità Totale Permanente da infortunio, Inabilità Temporanea Totale da infortunio e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico**, la copertura non è operante gli infortuni:

- ! causati da azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- ! causati da malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- ! subiti in stato di ubriachezza, alcoolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti.

Con riferimento alle garanzie **Invalità Totale Permanente da malattia, Inabilità Temporanea Totale da malattia e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico**, la copertura non è operante per:

- ! malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate.
- ! Con riferimento alla garanzia **Perdita involontaria d'impiego**, non sono assicurate le ipotesi di disoccupazione conseguenti a risoluzione del rapporto di lavoro per tua volontà e comunque in tutti i casi in cui la disoccupazione è un evento programmato in base alla natura di rapporto, o sia conseguenza di (pre)pensionamento o di licenziamento per giusta causa o giustificato motivo soggettivo.



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

- ✓ Le garanzie Morte da infortunio e Invalidità Permanente Totale hanno validità in tutto il mondo.
- ✓ La garanzia Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia ha validità nell'ambito dell'Unione Europea.
- ✓ La garanzia Perdita Involontaria d'Impiego ha validità soltanto nel territorio della Repubblica italiana (l'assicurazione non opera se al momento del sinistro l'Assicurato sta svolgendo la propria attività lavorativa all'estero, salvo che ciò avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana).
- ✓ La garanzia Ricovero Ospedaliero per Grande intervento Chirurgico è operante per infortuni e malattie verificatisi in tutto il mondo, ad eccezione del caso di infortuni e malattie verificatesi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea (salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni).



### **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 A/R o con pec i cambiamenti che possono comportare aggravamento di rischio o, in ogni caso, una variazione nella categoria professionale in cui sei stato inquadrato;
- 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 - in forma unica anticipata (per i mutui ipotecari, chirografari e i prestiti) oppure in forma annuale per i soli mutui ipotecari o chirografari) - avviene alla data di decorrenza della copertura assicurativa mediante autorizzazione irrevocabile all'addebito sul conto corrente aperto presso la filiale della Banca che ti vende il prodotto.

In caso di finanziamento di nuova erogazione e se il pagamento avviene in forma unica anticipata, il premio può essere anche finanziato, su tua esplicita richiesta. L'importo del premio, in tale caso, viene aggiunto all'importo del finanziamento richiesto.

Per le polizze di durata superiore a dieci anni, il premio di rinnovo deve essere pagato in forma annuale mediante le stesse modalità previste per il pagamento del premio alla decorrenza.



### **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.

La durata delle garanzie a "protezione del debito residuo" non è mai inferiore alla durata del mutuo.

Per le garanzie a "protezione della rata", se la polizza ha durata superiore a dieci anni, la durata iniziale è decennale e, a partire dal decimo anno, le garanzie si rinnovano tacitamente ogni anno (fermo restando la possibilità di recedere almeno 30 giorni antecedenti il rinnovo) con le modalità indicate nella sezione "Come posso disdire la polizza?".



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

Hai diritto di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento in cui il contratto stesso è concluso, presentando richiesta scritta presso la filiale della Banca distributrice oppure inviando comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata A/R o con pec. La Compagnia rimborsa l'intero premio pagato al netto delle imposte di legge.

In caso di durata poliennale del contratto, puoi inoltre esercitare annualmente la facoltà di recesso, con preavviso di 30 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata, inviando la richiesta direttamente alla Compagnia con lettera raccomandata A/R o con pec.

# Assicurazione a protezione del credito

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

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.



**CHIARA Protezione Finanziamento NEW**  
**Protezione rimborso del finanziamento**

Data aggiornamento: 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/solvency](http://www.helvetia.it/solvency).

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

La Compagnia si impegna nei tuoi confronti nei limiti delle somme assicurate concordate.

### **SEZIONE “PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO”**

Nella sezione “Protezione del debito residuo”, operano le garanzie di seguito riportate:

- ✓ **Morte da infortunio;**
- ✓ **Invalidità Permanente per infortunio o malattia di grado pari o superiore al 60% della capacità totale.**

Con riferimento alle coperture Morte da infortunio e Invalidità Permanente da infortunio, la Compagnia tutela l'Assicurato per gli infortuni subiti durante lo svolgimento dell'attività professionale ed extraprofessionale.

Sono compresi in garanzia:

- a) gli infortuni subiti in stato di maleore o incoscienza
- 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;

Le garanzie valgono anche durante:

- a) la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti (“rischi sportivi”);
- b) gli infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari (“rischio volo”);
- c) gli infortuni derivanti da stato di guerra (“rischio guerra”).

Sono considerati Infortuni anche:

- a) i colpi di sole o di calore;
- b) l'assideramento o il congelamento;
- c) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- d) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- e) l'asfissia non di origine morbosa;
- f) l'annegamento;
- g) la folgorazione;
- h) le lesioni determinate da sforzi.

Con riferimento alla copertura Invalidità Permanente da malattia, la Compagnia tutela l'Assicurato per le malattie che si siano manifestate dopo la data di decorrenza (fermo il periodo di carenza) e comunque non oltre la data di cessazione del contratto.

### **SEZIONE “PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO”**

Nella sezione “Protezione rata del Finanziamento” operano le garanzie di seguito riportate, operanti in base alla Categoria Professionale cui appartiene l'Assicurato.

In relazione alla Categoria Professionale: Lavoratore Autonomo, è attivabile la garanzia:

- ✓ **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia.**

In relazione alla Categoria Professionale: Lavoratore Dipendente Privato, è attivabile la garanzia:

- ✓ **Perdita Involontaria dell'Impiego**

La garanzia opera se la perdita di impiego avviene in conseguenza di:

- Licenziamento per messa in mobilità (licenziamento collettivo ex artt. 4 o 24, legge n. 223/1991);
- Licenziamento per giustificato motivo oggettivo.

Per tutte le Categorie Professionali è attivabile la garanzia:

- ✓ **Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico**

La Compagnia corrisponde l'indennizzo forfettario a condizione che il ricovero ospedaliero presso un Istituto di Cura sia di durata non inferiore a 5 giorni e che detto intervento rientri tra quelli previsti dal contratto.

Questa garanzia è obbligatoria per le Categorie Professionali diverse da Lavoratore Dipendente Privato, mentre è facoltativa per gli Assicurati appartenenti a quest'ultima Categoria.

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

#### **OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO**

Non previste.

#### **OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO**

Non previste.



## Che cosa NON è assicurato?

### Rischi esclusi

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



## Ci sono limiti di copertura?

! Il limite massimo del capitale assicurato iniziale per le garanzie a protezione del debito residuo è pari a:

- **500.000,00 euro** in caso di Mutuo ipotecario o di Mutuo chirografario;
- **75.000,00 euro** in caso di Prestito personale.

! Il limite massimo di importo della rata di finanziamento assicurata è di **3.000 euro mensili**.

### ! SEZIONE “PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO”

! Oltre a quanto rappresentato nel DIP, l'assicurazione non comprende gli **infortuni** causati da:

- guida di veicoli e natanti a motore quando l'assicurato si trova in stato di ebbrezza alcolica;
- manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e di accelerazione artificiale di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- guerre o insurrezioni, salvo quanto sopra indicato;
- infarti e/o ernie;
- uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti;
- rotture sottocutanee di tendini;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi
- i comportamenti nevrotici;
- sindromi organiche cerebrali.

Sono altresì esclusi gli infortuni:

- subiti in stato di ubriachezza, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- subiti in occasione di partecipazione ad imprese temerarie e/o pericolose;
- derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività in occasione di servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine.

! Oltre a quanto rappresentato nel DIP, la garanzia Invalidità Permanente da **malattia** non è operante nel caso in cui la stessa sia causata da:

- nevrosi, malattie mentali e del sistema nervoso;
- abuso di alcolici, di psicofarmaci, o da uso non terapeutico di allucinogeni o stupefacenti;
- aborto volontario, ad eccezione di quello necessario per motivi terapeutici;
- trattamenti estetici, cure dietologiche e dimagranti;
- malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse) e sottaciute dall'Assicurato alla Compagnia;
- eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni conosciute e preesistenti alla stipulazione del contratto e sottaciute dall'Assicurato alla Compagnia;
- malattie contratte professionalmente;
- trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- guerre ed insurrezioni;
- contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico.

### ! SEZIONE “PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO”

#### ! **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

Oltre a quanto rappresentato nel DIP, sono esclusi i casi di Inabilità Totale Temporanea causati da:

- malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e sottaciute dall'Assicurato alla Compagnia;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;

- infortuni subiti in stato di ubriachezza, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- guida di veicoli e natanti a motore quando l'assicurato si trova in stato di ebbrezza alcolica;
- malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- guerra anche non dichiarata, salvo il caso in cui l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi bellici mentre si trova in uno stato estero sino ad allora in pace. La garanzia è operante per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità e a condizione che l'Assicurato non vi prenda parte attiva; insurrezioni, atti di terrorismo;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- sindromi organiche cerebrali;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o
- complicazioni derivanti da tali eventi;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico;
- Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri della Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di inabilità Totale Temporanea.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo e la franchigia relativa alla presente copertura:

<b>Indennizzo</b>	Rata assicurata
<b>Periodo di Franchigia Assoluta</b>	30 giorni
<b>Limite di Indennizzo</b>	Sino a 15 rate per Sinistro; Massimo 60 rate per tutta la durata del contratto

#### **! PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO**

Oltre a quanto rappresentato nel DIP, nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Compagnia per la Perdita involontaria dell'impiego se:

- al momento della sottoscrizione della polizza, l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione o messa in mobilità, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- la disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo, licenziamento disciplinare o sia conseguenza di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni;
- la disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- la disoccupazione è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se comunque il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o atipici e/o se la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio contratto inserimento, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "lavoro a progetto";
- al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria attività lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- l'Assicurato ha un contratto di lavoro non regolato dalla legge italiana;
- l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità (casi per cui l'Assicurazione è operante);
- l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro.  
Tuttavia eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- la disoccupazione è conseguenza del superamento del periodo di comporto;
- al momento della sottoscrizione del Modulo di polizza l'Assicurato era in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo la franchigia relativa alla presente copertura:

<b>Indennizzo</b>	Rata assicurata
<b>Periodo di Franchigia Assoluta</b>	30 giorni
<b>Limite di Indennizzo</b>	Sino a 15 rate per Sinistro; Massimo 60 rate per tutta la durata del contratto



## **! RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

Oltre a quanto rappresentato nel DIP, la garanzia non è operante se il Grande Intervento Chirurgico è causato da:

- malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della decorrenza dell'Assicurazione e sottaciute dolosamente dall'assicurato alla Compagnia;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- infortuni subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni, atti di terrorismo;
- scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- sindromi organiche cerebrali;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri della Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di inabilità Totale Temporanea.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo e la franchigia relativa alla presente copertura:

<b>Indennizzo</b>	12 volte la rata assicurata per ricovero da GIC in regime di solvenza 6 volte la rata assicurata per ricovero da GIC in SSN o in regime di convenzionamento
<b>Periodo di Franchigia Relativa</b>	5 giorni



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

### **Cosa fare in caso di sinistro?**

#### **Denuncia di sinistro:**

##### **• SEZIONE "PROTEZIONE DEBITO RESIDUO"**

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- fare denuncia scritta al Servizio Sinistri della Compagnia tramite raccomandata A.R. oppure tramite e-mail o pec agli indirizzi di seguito riportati:

- [sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it](mailto:sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it);
- [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto:helvetiaitalia@pec.helvetia.it);


oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata. Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto, sul sito internet della Compagnia [www.helvetiaitalia.it](http://www.helvetiaitalia.it), oppure chiamando il Numero verde (dall'Italia) **800.909.650** oppure il Numero **+39 025351 1** per chiamate dall'estero, entro:


- nel caso di Invalidità Permanente da Malattia, **10 giorni** da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia diagnosticata, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata;
  - per le altre garanzie, **10 giorni** da quando ne ha avuto conoscenza, precisando l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento;
- corredare la denuncia con certificato medico nonché fornire ulteriori certificati medici attestanti il decorso delle lesioni;
  - consentire alla visita di medici della Compagnia e a qualsiasi indagine (compresa 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 fare quanto possibile per evitare/diminuire il danno (fermo restando che l'accertamento deve essere effettuato in Italia).

	<p>In caso di morte da infortunio, devono essere inoltre presentate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero;</li> <li>(ii) certificato di morte;</li> <li>(iii) certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;</li> <li>(iv) atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;</li> <li>(v) nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, la quietanza emessa dalla Compagnia;</li> <li>(vi) 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;</li> <li>(vii) eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.</li> </ul> <p>Con specifico riferimento al caso di Invalidità Permanente da Malattia, è inoltre in particolare previsto che l'Assicurato o altra persona in sua vece debbano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) inviare alla Compagnia la certificazione medica sulla natura della malattia;</li> <li>(ii) inviare periodicamente alla Compagnia le informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti;</li> <li>(iii) sottoporsi, in Italia, agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia e fornire alla stessa ogni informazione del caso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;</li> <li>(iv) fornire alla Compagnia, in caso di guarigione clinica della malattia denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico oppure, oppure, nei casi diversi da quello appena menzionato, richiedere alla Compagnia di procedere all'accertamento dei postumi verificatisi.</li> </ul> <p>• <b>SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO"</b></p> <p>In caso di sinistro l'Assicurato deve fare denuncia scritta al Servizio Sinistri della Compagnia tramite raccomandata A.R. oppure tramite e-mail o pec agli indirizzi di seguito riportati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 <b>60 giorni</b> 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 deve contenere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>In caso di sinistro Inabilità Temporanea Totale:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;</li> <li>b) attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo;</li> <li>c) certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;</li> <li>d) i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).</li> </ul> </li> <li>- <u>In caso di sinistro Perdita d'Impiego:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) copia di un documento di identità;</li> <li>b) copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;</li> <li>c) copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;</li> <li>d) copia di documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia o l'inserimento nelle liste di Mobilità e l'eventuale permanenza in tali liste;</li> <li>e) attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione o di Mobilità.</li> </ul> </li> <li>- <u>In caso di sinistro Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) copia del documento di identità;</li> <li>b) autocertificazione della propria Categoria Professionale (eccezion fatta per i Lavoratori Dipendenti di Ente privato che devono produrre certificazione del Datore di Lavoro);</li> <li>c) certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica.</li> </ul> </li> </ul>
--	--



	<b>Assistenza diretta/in convenzione:</b> non prevista.
	<b>Gestione da parte di altre imprese:</b> non prevista.
	<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, Codice Civile.
<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SEZIONE "PROTEZIONE DEBITO RESIDUO"</b> La Compagnia comunica l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione completa ricevuta e dispone il pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza.</li> <li>• <b>SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO"</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- con riferimento ai sinistri <u>Inabilità Temporanea Totale e Perdita Involontaria dell'Impiogo</u>, la Compagnia dispone il pagamento dell'indennizzo, per ciascuna rata del finanziamento che venga a scadere nel periodo di inabilità temporanea o di disoccupazione, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa utile alla valutazione del sinistro;</li> <li>- con riferimento ai sinistri <u>Ricovero Ospedaliero da Grandi Interventi Chirurgici</u>, il pagamento avviene in un'unica soluzione una volta valutata la documentazione medica prodotta dall'Assicurato e, fatti gli accertamenti sull'indennizzabilità del sinistro, entro 30 giorni dal ricevimento della stessa.</li> </ul> </li> </ul>

 <b>quando e come devo pagare?</b>	
<b>Premio</b>	<p>Il pagamento del premio, in forma unica anticipata o in forma annuale, avviene alla decorrenza della polizza, tramite autorizzazione del contraente all'addebito sul proprio conto corrente.</p> <p>Il premio da corrispondere in forma annuale può essere pagato in più rate ma è dovuto per intero. non è prevista maggiorazione del premio stesso in caso di pagamento frazionato.</p> <p>In caso di finanziamento di nuova erogazione il premio (solo se pagato in forma unica anticipata) può essere anche finanziato, su esplicita richiesta del contraente e dietro accettazione della banca.</p> <p>Nel caso di contratto con durata superiore a dieci anni, il premio annuo relativo alle garanzie di cui alla sezione "protezione della rata del mutuo" avverrà tramite le medesime modalità indicate per il pagamento del premio alla decorrenza.</p> <p>Il pagamento effettuato secondo le modalità suindicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza. La polizza non prevede sconti.</p> <p>Il premio corrisposto comprende le imposte previste dalla normativa vigente.</p>
<b>Rimborso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo</b>, la compagnia rimborserà all'assicurato la porzione di premio non goduta, al netto delle imposte governative.</li> <li>• <b>nel caso in cui l'assicurato richieda un'estinzione parziale</b> anticipata del mutuo, le prestazioni assicurate relative al contratto si ridurranno proporzionalmente della misura corrispondente alla quota estinta di debito residuo e la compagnia rimborserà all'assicurato la porzione di premio non goduta, al netto delle imposte governative.</li> <li>• <b>in caso di recesso esercitato nei sessanta giorni successivi a quello in cui il contratto è stato concluso</b>, la compagnia provvederà al rimborso dell'intero premio versato - al netto delle imposte - entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione.</li> </ul>

 <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>	
<b>Durata</b>	<p>La durata dell'assicurazione coincide con la durata del finanziamento, o con la sua durata residua in caso di finanziamento in essere, come prevista dal piano di ammortamento del finanziamento stesso, fino a un massimo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 361 mesi per i Mutui ipotecari;</li> <li>• 121 mesi per i Mutui chirografari e i Prestiti personali,</li> </ul> <p>fermo restando quanto segue per ciascuna sezione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Protezione del debito residuo": la durata massima coincide con quella del contratto, quale riportato sul Modulo;</li> <li>- "Protezione della rata del finanziamento": la durata massima è 10 anni con tacito rinnovo annuale.</li> </ul>

	<p>La durata minima è pari a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 mesi in caso di Mutuo ipotecario, sia nella forma a premio unico anticipato che in quella a premio annuo;</li> <li>• 12 mesi in caso di Mutuo chirografario a premio annuo;</li> <li>• 6 mesi in caso di Mutuo chirografario a premio unico anticipato o in caso di prestito personale.</li> </ul> <p>È previsto un <b>periodo di carenza</b> (ossia il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale la stessa non ha effetto) fissato in <b>30 giorni</b>, entro i quali le seguenti garanzie non sono operanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Invalidità Permanente" da Malattia;</li> <li>- "Inabilità Temporanea Totale" da temporanea da Malattia;</li> <li>- "Perdita Involontaria di Impiego";</li> <li>- "Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico".</li> </ul> <p>Se non è stato pagato il 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 e al rimborso delle spese. Quanto sopra descritto si applica anche per il mancato pagamento del premio annuo di rinnovo per le sole garanzie della sezione "Protezione della rata del finanziamento".</p>
<b>Sospensione</b>	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



### Come posso disdire la polizza?

<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	Il Contraente ha diritto di recedere dall'assicurazione nei sessanta giorni successivi a quello in cui il contratto è stato concluso presentando richiesta scritta presso la filiale della Banca distributrice o dando comunicazione direttamente alla Compagnia tramite invio di lettera raccomandata A/R o con pec all'indirizzo <a href="mailto:helvetiaitalia@pec.helvetia.it">helvetiaitalia@pec.helvetia.it</a> .
<b>Risoluzione</b>	<p><b>Risoluzione:</b> <u>nei casi di estinzione anticipata totale o parziale</u> (quest'ultimo esclusivamente per le polizze con pagamento del premio in forma annuale), <u>o trasferimento del contratto di finanziamento</u>, il contratto di assicurazione si risolve automaticamente a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di estinzione del finanziamento, a meno che non venga scelto di mantenere la copertura.</p> <p><b>Recesso:</b> in considerazione del fatto che non è stata applicata alcuna riduzione al premio di tariffa, qualora il contratto abbia durata poliennale al solo Contraente è riconosciuta la facoltà di recedere annualmente dal contratto stesso, con preavviso di 30 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale detta facoltà è stata esercitata. La relativa comunicazione deve essere data alla Compagnia mediante lettera raccomandata A/R o pec all'indirizzo <a href="mailto:helvetiaitalia@pec.helvetia.it">helvetiaitalia@pec.helvetia.it</a>.</p>



### 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 e presso quest'ultima intestatario di un finanziamento, che intende tutelare economicamente se stesso o - in caso di Contraente persona giuridica - la persona fisica che ricopre un ruolo rilevante all'interno della società, in caso di: i) infortunio subito nel corso della propria attività professionale ed extraprofessionale che ne provochi il decesso o l'invalidità permanente; ii) di inabilità (lavoratore autonomo), di perdita di impiego (lavoratore dipendente privato) o di ricovero ospedaliero (lavoratore dipendente pubblico e non lavoratore) al fine di onorare il pagamento delle rate del finanziamento domiciliate sul conto corrente. Il prodotto non è sottoscrivibile qualora l'Assicurato, al momento dell'ingresso in copertura, abbia 74 anni di età non compiuti.



### Quali costi devo sostenere?

#### - Costi di intermediazione

La quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 35,0%.

#### - Costi dei PPI

Gli ulteriori costi in capo al Contraente ammontano al 15%.

## 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 Compagnia presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti:          Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami – Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano          Fax 02 5351794 - Email. <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. La Compagnia 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 Compagnia 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 <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">http://www.ec.europa.eu/fin-net</a>, chiedendo l'attivazione della Procedura.</li> </ul> <p>Tramite il sito della Compagnia (<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>

**IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.**

**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.**

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

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

**Polizza connessa ad un finanziamento**

**CHIARA Protezione Finanziamento NEW  
Protezione rimborso del finanziamento**

**Condizioni di Assicurazione**

**Modello CGA\_IMMR003PP\_1221  
Edizione 12/2021**

# Sommario

GLOSSARIO .....	1
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	4
NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI .....	4
Art. 1.01 - APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI .....	4
Art. 1.02 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO.....	4
Art. 1.03 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO .....	4
Art. 1.04 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE .....	4
Art. 1.05 - RINNOVO ANNUALE.....	4
Art. 1.06 - CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ E COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO .....	5
Art. 1.07 - ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO .....	5
Art. 1.08 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE .....	7
Art. 1.09 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO.....	7
Art. 1.10 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO.....	7
Art. 1.11 - COLPA GRAVE .....	7
Art. 1.12 - DIRITTO DI RECESSO.....	7
Art. 1.13 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI.....	7
Art. 1.14 - ALTRE ASSICURAZIONI .....	7
Art. 1.15 - RINUNCIA ALLA RIVALSA.....	8
Art. 1.16 - ONERI FISCALI .....	8
Art. 1.17 - FORO COMPETENTE .....	8
Art. 1.18 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE .....	8
Art. 1.19 - LIMITI DI ETÀ.....	8
Art. 1.20 - PERSONE NON ASSICURABILI – CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE.....	8
Art. 1.21 - MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause).....	8
ASSICURAZIONI PER DECESSO DA INFORTUNIO E PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA .....	9
ART. 2.01 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE .....	9
ART. 2.02 – RISCHI SPORTIVI.....	9
ART. 2.03 – RISCHIO VOLO .....	9
ART. 2.04 – RISCHIO GUERRA.....	9
ART. 2.05 – GARANZIE ASSICURATE .....	9
ART. 2.06 – ESCLUSIONI.....	10
ART. 2.07 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ .....	10
ART. 2.08 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE .....	10
ART. 2.09 – ESCLUSIONI.....	10
ART. 2.10 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ .....	10
NORME COMUNI ALLE ASSICURAZIONI INFORTUNI E MALATTIA .....	11
ART. 2.11 – VALIDITA' TERRITORIALE.....	11
ART. 2.12 – NON CUMULABILITÀ .....	11
ART. 2.13 – BENEFICIARI .....	11
ART. 2.14 – CESSAZIONE DEL RAPPORTO TRA ASSICURATO E SOCIETÀ CONTRAENTE .....	11
ART. 2.15 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DENUNCIA DEL SINISTRO .....	11
ART. 2.16 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO PER L'INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO.....	12
ART. 2.17 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO.....	12
ART. 2.18 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO PER L'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.....	13
ART. 2.19 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALLA MALATTIA .....	13
Art. 2.20 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE.....	13
ART. 2.21 – PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI.....	13
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE PREVISTE DALLA SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO" .....	14
Art. 3.01 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE .....	14
Art. 3.02 - MODIFICA A CATEGORIA PROFESSIONALE .....	14
Art. 3.03 - DENUNCIA SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI .....	14



Art. 3.04 - BENEFICIARI DELLE INDENNITÀ - MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI.....	15
Art. 3.05 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE .....	15
Art. 3.06 - VALIDITA' TERRITORIALE.....	15
ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA.....	16
Art. 3.07 - OGGETTO DELLA COPERTURA INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA .....	16
Art. 3.08 - INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA.....	16
Art. 3.09 - LIMITI DI INDENNIZZO.....	16
Art. 3.10 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA .....	16
Art. 3.11 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO.....	16
Art. 3.12 - SINISTRI SUCCESSIVI.....	17
ASSICURAZIONE PER LA PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO.....	17
Art. 3.13 - OGGETTO DELLA COPERTURA IN CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO .....	17
Art. 3.14 - INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO .....	17
Art. 3.15 - LIMITI DI INDENNIZZO.....	17
Art. 3.16 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO .....	17
Art. 3.17 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO.....	18
ART. 3.18 - SINISTRI SUCCESSIVI .....	18
ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	19
Art. 3.19 - OGGETTO DELLA COPERTURA RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	19
Art. 3.20 - INDENNIZZO IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	19
Art. 3.21 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	19
Art. 3.22 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO.....	19
Art. 3.23 - DENUNCE SUCCESSIVE .....	19
TABELLA SINTETICA DELLE GARANZIE, TERMINI DI CARENZA, LIMITI E FRANCHIGIE APPLICABILI ALLA SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO" .....	20
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	21

# GLOSSARIO

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

## **ABUSO DI PSICOFARMACI:**

assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.

## **ASSICURATO:**

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, inteso come la persona fisica indicata nominativamente sul Modulo di polizza.

## **ASSICURAZIONE:**

il contratto di assicurazione.

## **ATTIVITÀ EXTRAPROFESSIONALI:**

ogni attività esercitata non professionalmente purché inerente alla vita comune e di relazione, al disbrigo delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi e alle comuni manifestazioni della vita di ogni giorno, nonché alla pratica di hobby anche se a carattere continuativo o di sport praticati nei limiti di cui alla presente polizza.

## **ATTIVITÀ PROFESSIONALI:**

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

## **BANCA:**

l'Istituto Bancario che intermedia la Polizza, presso cui il Contraente ha accesso un conto corrente.

## **BENEFICIARIO:**

il soggetto cui spetta l'indennizzo.

## **CAPITALE INIZIALE ASSICURATO:**

la somma, pari all'Importo erogato (per i finanziamenti di nuova accensione) o al Debito Residuo (per i finanziamenti in corso) al momento della sottoscrizione dell'assicurazione, sulla base della quale viene determinato il premio e la misura dell'indennizzo.

## **COMPAGNIA:**

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., l'impresa che presta le coperture assicurative.

## **CONTRAENTE:**

il soggetto intestatario di un rapporto di conto corrente con la Banca distributrice del prodotto, che può coincidere o meno con l'Assicurato o con il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia e all'adempimento degli obblighi suoi propri.

## **DISOCCUPAZIONE:**

lo status dell'Assicurato qualora egli, in quanto Lavoratore Dipendente di un Ente Privato, si trovi a:

- aver cessato, non volontariamente, la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione che generi un reddito o un guadagno;
- essere iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o nelle liste di mobilità regionali;
- non rifiutare irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

## **EBBREZZA ALCOOLICA:**

la condizione, conseguente alla assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcool nel sangue risulti essere pari o superiore al limite di 0,8 grammi per litro.

## **ENTE EROGANTE:**

l'istituto bancario erogante il finanziamento

## **ENTE PRIVATO:**

ogni soggetto giuridico che non sia parte della Pubblica Amministrazione.

## **ENTE PUBBLICO:**

ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione.

## **FILIALE:**

l'agenzia della banca dove è sottoscritta la polizza.

## **FINANZIAMENTO:**

il contratto di finanziamento con il quale l'Ente erogante, indicato sul Modulo di polizza, concede in prestito una somma predeterminata ed al quale si riferisce la presente assicurazione.

## **FRANCHIGIA:**

la parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

## **GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI:**

interventi chirurgici e patologie elencati nella tabella allegata alla specifica Sezione delle Condizioni di Assicurazione.

## **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE:**

la perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o di Malattia.

**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.

**INVALIDITÀ 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 lavorativa totale.

**ISTITUTO DI CURA:**

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

**LAVORATORE AUTONOMO:**

la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata) e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 32 (reddito agrario), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, e continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente Polizza e durante la vigenza del Contratto le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono inoltre considerati Lavoratori Autonomi i "Lavoratori a Progetto".

**LAVORATORE DIPENDENTE:**

la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'Art. 50, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere:

- a) (lavoratori soci di cooperative),
- c) (borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento),
- d) (remunerazioni dei sacerdoti),
- g) (indennità parlamentari ed assimilate).

**LIMITE D'INDENNIZZO:**

la somma massima dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

**MALATTIA:**

alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

**MALATTIA MENTALE:**

stato di sofferenza psichica, prolungato nel tempo, che incide sul vivere quotidiano dell'individuo, causando problematicità sul piano affettivo, socio-relazionale e lavorativo. Rientrano nella definizione di malattie mentali sia le nevrosi sia le psicosi. A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, sono considerate malattie mentali la schizofrenia, la depressione, il disturbo da attacchi di panico, l'anoressia, la bulimia, il disturbo ossessivo-compulsivo.

**MALATTIA PREGRESSA:**

alterazione dello stato di salute – come sopra specificato – per la quale sono stati effettuati, prima della sottoscrizione della polizza, accertamenti medici o eseguite terapie.

**MALATTIE COESISTENTI:**

malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinino alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

**MALATTIE CONCORRENTI:**

malattie o invalidità presenti nel soggetto che determinano un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da esse causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale.

**MODULO DI POLIZZA o MODULO:**

il documento, sottoscritto dal Contraente, che riporta tutti i dati necessari per la gestione del contratto.

**NON LAVORATORE:**

la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.

**NORMALE ATTIVITÀ LAVORATIVA:**

l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

**PERDITA DI OCCUPAZIONE:**

la risoluzione definitiva del contratto di lavoro a tempo indeterminato o a tempo determinato in corso tra l'Assicurato ed il relativo Datore di Lavoro derivante da recesso di quest'ultimo.

**PERIODO DI CARENZA:**

periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale l'Assicurazione non ha effetto.

**PERIODO DI FRANCHIGIA ASSOLUTA:**

periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, oppure per Perdita Involontaria dell'impiego, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

**PERIODO DI FRANCHIGIA RELATIVA:**

periodo di tempo per il quale deve protrarsi un Sinistro di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, indennizzabile ai termini di Polizza, affinché l'Assicurato abbia diritto all'Indennizzo.

**PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE:**

periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione, di quello di Inabilità Temporanea Totale o di sinistro Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, liquidabile ai sensi di Polizza, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa a un nuovo Sinistro rispettivamente per Perdita Involontaria dell'impiego, Inabilità Temporanea Totale ovvero Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico.

**PIANO DI AMMORTAMENTO:**

modello finanziario che riporta, per ogni periodo di rimborso, l'importo della rata dovuta, distinta tra quota capitale e quota interesse, il debito estinto ed il debito residuo

**POLIZZA:**

l'insieme dei documenti che comprovano il contratto di assicurazione.

**PREMIO:**

la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

**PUBBLICA AMMINISTRAZIONE:**

ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro Consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

**RICOVERO OSPEDALIERO:**

la degenza ininterrotta dello Assicurato, che comporti il pernottamento in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia.

**RISCHIO:**

la possibilità che si verifichi il sinistro.

**SFORZO:**

l'atto fisico sproporzionato rispetto alla struttura corporea dell'Assicurato e non rientrante tra le azioni della normale vita lavorativa e privata.

**SINISTRO:**

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

**SOMMA ASSICURATA:**

valore, indicato sul Modulo di polizza, in base al quale è stipulata l'assicurazione.

**SINDROME ORGANICA CEREBRALE:**

termine con il quale vengono indicate le patologie organiche che causano una riduzione della funzione mentale. A titolo esemplificativo ma non esaustivo rientrano in questa categoria: encefalopatia post-traumatica, emorragia intracerebrale e/o subaracnoidea, ematoma subdurale cronico, commozione cerebrale, problemi di respirazione come ipossia o ipercapnia, morbo di Parkinson, Alzheimer.

**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. ed entro il terzo grado se effettuate in solitaria, 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), biathlon e triathlon (ironman), rafting, kitesurf, hydrospeed, down-hill.

**UBRIACHEZZA:**

la condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcool nel sangue risulti essere pari o superiore al limite di 1,5 grammi per litro.

**VOLI DI LINEA:**

servizi di trasporto aereo o merci effettuati in base ad un orario pubblicato con caratteristiche di regolarità e frequenza tali da costituire un evidente serie sistematica di voli.

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Le presenti Condizioni di Assicurazione sono aggiornate alla data del 06/12/2021**

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 COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

### Art. 1.01 - APPLICAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI

Le presenti condizioni di assicurazione si applicano esclusivamente ai titolari di un conto corrente presso una filiale della Banca distributrice del prodotto, che siano sottoscrittori di un finanziamento richiesto all'Ente erogante, la cui tipologia è indicata nel Modulo di polizza.

### Art. 1.02 - 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 del Codice civile.

### Art. 1.03 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

#### Art. 1.03.1 - Decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nel modulo di polizza se il premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferma restando la data di scadenza indicata.

Il premio indicato nel Modulo di polizza rappresenta la somma dovuta alla Compagnia per il periodo assicurativo ivi indicato.

#### Art. 1.03.2 - Pagamento del premio

Il pagamento del premio avviene con le seguenti modalità:

- in forma unica e anticipata per Mutui (ipotecari o chirografari) e Prestiti;
- oppure in forma annuale per i soli Mutui (ipotecari o chirografari);

mediante addebito su conto corrente intrattenuto presso una filiale della Banca distributrice del Prodotto. Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce, a tutti gli effetti, regolare quietanza.

Per le polizze emesse a premio unico anticipato relative a finanziamenti di nuova erogazione il Contraente ha facoltà di chiedere alla filiale della Banca di finanziare il pagamento del premio: in tal caso il valore del capitale assicurato iniziale è pari alla somma del finanziamento richiesto e del premio dovuto alla Compagnia.

Per le polizze di durata superiore ai dieci anni il premio di rinnovo sarà determinato e pagato in base al disposto dell'art. 1.05 "Rinnovo annuale".

### Art. 1.04 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La durata dell'assicurazione coincide con la durata del finanziamento, o con la sua durata residua in caso di finanziamento in essere, come prevista dal relativo piano di ammortamento, espressa in mesi e arrotondata per eccesso qualora la data di scadenza originaria del contratto di finanziamento cada in un giorno diverso rispetto a quelli della data di decorrenza dell'assicurazione.

La durata minima è pari a:

- 12 mesi in caso di Mutuo ipotecario, sia nella forma a premio unico anticipato che in quella a premio annuo;
- 12 mesi in caso di Mutuo chirografario a premio annuo;
- 6 mesi in caso di Mutuo chirografario a premio unico anticipato o in caso di Prestito personale.

La durata massima è pari a 361 mesi per i Mutui ipotecari e a 121 mesi per i Mutui chirografari e i Prestiti personali, fermo restando quanto segue per ciascuna sezione:

- "Protezione del debito residuo": la durata massima coincide con quella del contratto, quale riportato sul Modulo;
- "Protezione della rata del finanziamento": la durata massima è di 10 anni con tacito rinnovo. Si veda il successivo art. 1.05 "Rinnovo annuale" per le modalità di rinnovo e per il calcolo del premio annuo dovuto dal Contraente.

#### Art. 1.04.1 - Recesso dal contratto

In considerazione del fatto che non è stata applicata alcuna riduzione al premio di tariffa, qualora il contratto abbia durata pluriennale al solo Contraente è riconosciuta la facoltà di recedere annualmente dal contratto stesso, con preavviso di 30 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. La relativa comunicazione deve essere data alla Compagnia mediante lettera raccomandata con Avviso di Ricevimento o pec all'indirizzo [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto:helvetiaitalia@pec.helvetia.it).

#### Art. 1.04.2 - Cessazione del rischio

Qualora sia liquidato un sinistro per Invalidità Permanente da infortunio o malattia ovvero per decesso da infortunio, il contratto si estingue contestualmente.

### Art. 1.05 - RINNOVO ANNUALE

Per i Mutui ipotecari, qualora il finanziamento abbia durata (originaria in caso di mutuo nuovo o residua in caso di mutuo in corso) superiore ai dieci anni e sia presente la sezione "Protezione della rata del finanziamento":

- Le prestazioni garantite allo scadere della durata massima prevista si rinnoveranno tacitamente di anno in anno fino alla scadenza originaria del finanziamento e, comunque, non oltre la durata stabilita per la sezione "Protezione del debito residuo" previa applicazione del premio di rinnovo annuale (che sarà costante per ciascun rinnovo), calcolato con il seguente algoritmo:

$$PA = PT/10$$

dove:

PA = Premio annuo

PT = Premio totale (comprensivo di costi, provvigioni e imposte) delle prestazioni "Protezione rata finanziamento"

È facoltà delle Parti, tuttavia, interrompere il rinnovo annuale mediante disdetta da inoltrarsi a mezzo lettera raccomandata con Avviso di Ricevimento o mediante pec (all'indirizzo [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto:helvetiaitalia@pec.helvetia.it)) all'altra Parte almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza anniversaria.

- la Compagnia invierà all'Assicurato una comunicazione entro 90 giorni dalla ricorrenza decennale del contratto per ricordargli il rinnovo annuale tacito di dette garanzie.

**Art. 1.05.1 - Pagamento del premio di rinnovo**

Le rate di premio annuo devono essere pagate alle scadenze annuali stabilite, con le medesime modalità indicate al primo capoverso dell'art. 1.03.2 "Pagamento del premio".

È escluso il pagamento dei premi in contanti o con modalità diverse da quella sopra indicata.

In caso di estinzione del conto corrente sul quale vengono addebitati i premi del contratto, le garanzie relative alla sezione "Protezione della rata del finanziamento", si intendono sospese con effetto dalla prima scadenza di rata successiva alla chiusura del conto, senza necessità di disdetta e senza l'applicazione del termine di tolleranza di cui all'art.1901, 2° comma, del Codice Civile.

Il mancato pagamento alle scadenze convenute dei premi annuali determina, qualora sia presente la sezione "Protezione della rata del finanziamento" la sospensione delle garanzie relative a quest'ultima dalle ore 24.00 del 15° (quindicesimo) giorno successivo a quello della scadenza. L'assicurazione riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze e il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti e non corrisposti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

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

**Art. 1.06 - CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ E COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO****Art. 1.06.1 - Condizioni di assicurabilità**

Il capitale assicurato iniziale viene definito in misura pari:

- all'importo del finanziamento, se di nuova erogazione, ovvero
- al debito residuo del finanziamento, se in corso di ammortamento, quale risultante alla sottoscrizione della polizza.

Non sono assicurabili i Mutui SAL (Stato Avanzamento Lavori).

Il limite massimo del capitale assicurato iniziale è pari a:

- 500.000,00 euro in caso di Mutuo ipotecario o di Mutuo chirografario;
- 75.000,00 euro in caso di Prestito personale.

In base a quanto sopra, qualora l'importo del finanziamento erogato (o il debito residuo di quest'ultimo, solo per i Mutui) sia superiore ai predetti limiti, le prestazioni erogate dalla Compagnia al momento del sinistro saranno riproporzionate.

Il capitale assicurato iniziale è preso a riferimento per la determinazione della somma assicurata relativa alla Rata del finanziamento; il limite massimo di importo della rata di finanziamento assicurata è di 3.000 euro mensili.

Il capitale assicurato decresce secondo le regole di calcolo di un piano di ammortamento alla francese a rate mensili costanti (a prescindere dalla regolare corresponsione delle rate stesse); di conseguenza le prestazioni assicurate potrebbero differire rispetto all'ammontare del finanziamento.

**Art. 1.06.2 - Cointestazione del finanziamento**

In caso di contestazione del contratto di finanziamento è possibile assicurare fino a due cointestatari, fermo restando che ciò potrà avvenire unicamente mediante emissione di due distinte polizze.

Il capitale assicurato per ciascuna delle suddette polizze potrà esser liberamente scelto dal Contraente in una percentuale compresa tra il 50 (cinquanta) per cento ed il 100 (cento) per cento del valore del finanziamento erogato ovvero del debito residuo del finanziamento se in corso di ammortamento di cui al paragrafo 1.06.1, fermi i limiti ivi riportati. Per la determinazione della somma assicurata relativa alla Rata del finanziamento si fa riferimento al capitale assicurato.

**Art. 1.07 - ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO****Art. 1.07.1 - Estinzione totale o trasferimento**

Nei casi di estinzione totale anticipata o trasferimento del contratto di finanziamento, il contratto di assicurazione si risolve automaticamente a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di estinzione del finanziamento. In tal caso la Compagnia rimborsa la parte di premio non goduta a decorrere da tale data secondo le seguenti modalità.

**Polizze a premio unico anticipato****Sezione Protezione debito residuo**

La Compagnia rimborsa la parte di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte governative) relativa alle garanzie previste da tale sezione e che si riferisce ai mesi mancanti alla scadenza contrattuale, calcolata a decorrere dal giorno di estinzione totale o di trasferimento del finanziamento, secondo la seguente formula:

$$R_{PD}T = \text{Frazione/Durata} \times \text{Premio}_{PD}$$

dove:

$R_{PD}T$  = parte di premio relativo alle garanzie Morte da infortunio e Invalidità Permanente Totale rimborsato in caso di estinzione totale;

Frazione = tempo che intercorre tra la data di estinzione del finanziamento (o di trasferimento) e la scadenza contrattuale originaria, espresso in mesi;

Durata = durata contrattuale, espressa in mesi;

$\text{Premio}_{PD}$  = premio versato relativo alle garanzie suindicate al netto delle imposte governative.

**Sezione Protezione della rata del finanziamento**

Qualora l'estinzione anticipata totale o il trasferimento avvenga nei primi dieci anni dalla decorrenza della polizza, la Compagnia rimborsa la parte di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte governative), riferita ai mesi mancanti alla scadenza del decimo anno, calcolata a decorrere dal giorno di estinzione totale o di trasferimento del finanziamento, secondo la seguente formula:

$$R_{PR}T = T/120 \times \text{Premio}_{PR}$$

dove:

$R_{PR}T$  = parte del premio relativo alle garanzie per la protezione della rata rimborsato in caso di estinzione totale;

T = tempo che intercorre tra la data di estinzione del finanziamento (o del trasferimento) e quella di scadenza del 10° anno dalla decorrenza della polizza, espresso in mesi;

$\text{Premio}_{PR}$  = premio versato relativo alle garanzie suindicate al netto delle imposte governative.



Qualora invece l'estinzione anticipata totale o il trasferimento avvenga dopo la scadenza del primo decennio di durata, la parte di premio annuo, relativo alle garanzie della presente Sezione, corrisposta e non usufruita verrà rimborsata - al netto delle imposte di legge - in base al periodo che intercorre tra la data di estinzione o di trasferimento del finanziamento ed il termine dell'annualità assicurativa in corso.

<b>Esemplificazione calcolo del premio da rimborsare a seguito estinzione totale del Finanziamento (premio non finanziato)</b>	
Durata Polizza	180 mesi
Capitale Assicurato Iniziale	100.000 euro
Rata Mensile Assicurata (indicativa)	644 euro
Premio unico netto imposte garanzia Decesso da infortunio (M)	762 euro
Premio unico netto imposte garanzia Invalidità Totale Permanente (IPT)	1.090 euro
Premio unico netto imposte garanzia Inabilità Temporanea Totale (ITT)	600 euro
Premio unico netto imposte garanzia Grandi Interventi Chirurgici (GIC)	715 euro
Data estinzione (dalla decorrenza)	dopo 60 mesi
Durata residua della polizza in mesi	120 mesi
Valore Debito Residuo del mutuo ante estinzione anticipata *	69.936 euro
Rateo di premio da restituire per la garanzia M	508 euro
Rateo di premio da restituire per la garanzia IPT	726 euro
Rateo di premio da restituire per la garanzia ITT (durata residua 60 mesi)	300 euro
Rateo di premio da restituire per la garanzia GIC (durata residua 60 mesi)	357 euro

\* Si precisa che il debito residuo è stato calcolato applicando un tasso di interesse ipotetico prudenziale pari al 2,00%.

Il Contraente ha tuttavia la facoltà di proseguire l'Assicurazione per la durata residua ed alle condizioni originariamente pattuite, dandone comunicazione scritta alla Compagnia al momento dell'estinzione del finanziamento o del suo trasferimento.

#### **Polizze a premio annuo**

In caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del finanziamento, la Compagnia rimborsa al Contraente la parte di premio pagata e non goduta relativa al periodo che intercorre tra la data di estinzione totale o di trasferimento del finanziamento e il termine del periodo di copertura in corso, al netto delle imposte governative.

Il Contraente ha tuttavia la facoltà di proseguire l'Assicurazione alle condizioni originariamente pattuite, dandone comunicazione scritta alla Compagnia al momento dell'estinzione del finanziamento o del suo trasferimento.

#### **Art. 1.07.2 Estinzione parziale del mutuo**

##### **Polizze a premio unico anticipato**

Nei casi di estinzione parziale del finanziamento, le prestazioni assicurate relative al contratto si ridurranno proporzionalmente della misura corrispondente alla quota estinta di debito residuo.

Il rimborso del premio avverrà con modalità differenziate in base alle prestazioni cui si riferisce.

##### **Sezione Protezione debito residuo**

La Compagnia rimborsa la parte di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte di legge) relativa alle garanzie previste da tale sezione e riferita ai mesi mancanti alla scadenza contrattuale, calcolata a decorrere dal giorno di estinzione parziale anticipata del finanziamento, secondo la seguente formula:

$$R_{PD} = \text{Frazione} / \text{Durata} \times \text{Premio}_{PD} \times \text{Quota}$$

dove:

$R_{PD}$  = parte di premio relativo alle garanzie Morte da infortunio e Invalidità Perman. Totale rimborsato in caso di estinzione parziale;

Frazione = tempo che intercorre tra la data di estinzione parziale del finanziamento e la scadenza contrattuale originaria, espresso in mesi;

Durata = durata contrattuale, espressa in mesi;

$Premio_{PD}$  = premio versato relativo alle garanzie suindicate che tiene conto di eventuali precedenti estinzioni parziali;

Quota = rapporto tra l'importo rimborsato anticipatamente dall'Assicurato e l'importo corrispondente al debito residuo relativo al finanziamento al momento dell'estinzione parziale, calcolato secondo le condizioni previste dal piano di ammortamento originario. In caso di copertura assicurativa attivata per un capitale inferiore al finanziamento richiesto la suddetta quota è ulteriormente riproporzionata alla percentuale assicurata.

##### **Sezione Protezione della rata del finanziamento**

Qualora l'estinzione anticipata parziale avvenga nei primi dieci anni dalla decorrenza della polizza, la Compagnia rimborsa la parte di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte di legge) riferita ai mesi mancanti alla scadenza del 10° anno, calcolata a decorrere dal giorno di estinzione parziale del finanziamento, secondo la seguente formula:

$$R_{PR} = T / 120 \times \text{Premio}_{PR} \times \text{Quota}$$

dove:

$R_{PR}$  = parte del premio relativo alle garanzie per la protezione della rata rimborsato in caso di estinzione parziale;

T = tempo intercorrente tra la data di estinzione parziale del finanziamento e quella di scadenza del 10° anno dalla decorrenza della polizza, espresso in mesi;

$Premio_{PR}$  = premio versato relativo alla garanzia suindicata al netto delle imposte governative.

Quota = rapporto tra l'importo rimborsato anticipatamente dall'Assicurato e l'importo corrispondente al debito residuo relativo al finanziamento al momento dell'estinzione parziale, calcolato secondo le condizioni previste dal piano di ammortamento originario. In caso di copertura assicurativa attivata per un capitale inferiore al finanziamento richiesto la suddetta quota è ulteriormente riproporzionata alla percentuale assicurata.

Qualora invece l'estinzione anticipata parziale avvenga dopo la scadenza del primo decennio di durata, la parte di premio annuo relativo alle garanzie della presente Sezione corrisposta e non usufruita verrà rimborsata - al netto delle imposte di legge - in base alla quota estinta anticipatamente e al periodo che intercorre tra la data di estinzione parziale del finanziamento e il termine dell'annualità assicurativa in corso.

Con riferimento alle polizze di durata superiore a dieci anni, in presenza della sezione "Protezione della rata del finanziamento", sia qualora l'estinzione anticipata venga richiesta prima della scadenza del decimo anno dalla decorrenza di polizza sia qualora ciò avvenga dopo tale data, sarà calcolato un nuovo premio annuo in funzione della nuova rata assicurata ricalcolata a seguito dell'estinzione parziale.

<b>Esemplificazione calcolo del premio da rimborsare a seguito estinzione parziale del Finanziamento (premio non finanziato)</b>	
Durata Polizza	180 mesi
Capitale Assicurato Iniziale	100.000 euro
Rata Mensile Assicurata (indicativa)	644 euro
Premio unico netto imposte garanzia Decesso da infortunio (M)	762 euro
Premio unico netto imposte garanzia Invalidità Totale Permanente (IPT)	1.090 euro
Premio unico netto imposte garanzia Inabilità Temporanea Totale (ITT)	600 euro
Premio unico netto imposte garanzia Grandi Interventi Chirurgici (GIC)	715 euro
Data estinzione (dalla decorrenza)	dopo 60 mesi
Durata residua della polizza in mesi	120 mesi
Valore Debito Residuo del mutuo ante estinzione anticipata*	69.936 Euro
Importo estinto anticipatamente	10.000 euro
Rateo di premio da restituire per la garanzia M	73 euro
Rateo di premio da restituire per la garanzia IPT	104 euro
Rateo di premio da restituire per la garanzia ITT (durata residua 60 mesi)	43 euro
Rateo di premio da restituire per la garanzia GIC (durata residua 60 mesi)	51 euro

\* Si precisa che il debito residuo è stato calcolato applicando un tasso di interesse ipotetico prudenziale pari al 2,00%.

Il Contraente ha facoltà di proseguire l'Assicurazione per la durata residua ed alle condizioni originariamente pattuite (senza richiedere il riproporzionamento delle prestazioni assicurate), dandone comunicazione scritta alla Compagnia al momento della estinzione parziale del finanziamento.

#### **Polizze a premio annuo**

In caso di estinzione parziale, la Compagnia non darà corso ad alcun rimborso e conseguente rideterminazione delle prestazioni.

Il Contraente può comunque decidere se mantenere il contratto assicurativo alle condizioni originariamente pattuite o recedere dal contratto dalla data dell'estinzione parziale. In quest'ultimo caso, la Compagnia rimborsa al Contraente la parte di premio pagata e non goduta relativa al periodo che intercorre tra la data di estinzione parziale del finanziamento e il termine del periodo di copertura in corso, al netto delle imposte di legge.

In alternativa, il Contraente può chiedere di annullare la polizza e l'emissione di un nuovo contratto avente coperture assicurative riproporzionate in base al nuovo debito residuo.

\*\*\*

Con riferimento ai casi di rinegoziazione l'Assicurazione resterà in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento stesso e le prestazioni assicurate continueranno ad esser operanti secondo il piano di ammortamento originale.

In caso di estinzione (totale o parziale) della polizza nella determinazione del premio da rimborsare si terrà conto di eventuali precedenti operazioni di estinzione parziale.

#### **Art. 1.08 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE**

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

#### **Art. 1.09 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO**

L'Assicurato deve dare comunicazione alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio mediante lettera raccomandata con Avviso di Ricevimento o con pec all'indirizzo [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto:helvetiaitalia@pec.helvetia.it).

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 della assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile.

#### **Art. 1.10 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO**

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

#### **Art. 1.11 - COLPA GRAVE**

La Compagnia corrisponde l'indennizzo liquidabile ai sensi di polizza anche per gli infortuni determinatisi per colpa grave dell'Assicurato, del Contraente o dei Beneficiari.

#### **Art. 1.12 - DIRITTO DI RIPENSAMENTO**

In aggiunta a quanto indicato all'art. 1.04 "Durata dell'assicurazione", paragrafo 1.04.1 'Recesso dal contratto', il Contraente ha diritto di recedere dall'assicurazione nei 60 (sessanta) giorni successivi a quello in cui il contratto è stato concluso ai sensi della Legge 4 agosto 2017, n. 124 (Legge annuale per il mercato e la concorrenza).

La comunicazione va inviata con raccomandata con Avviso di Ricevimento o con pec all'indirizzo [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto:helvetiaitalia@pec.helvetia.it).

Per verificare il rispetto del termine dei 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza fa fede il timbro postale di invio della raccomandata.

In alternativa, il Contraente può recarsi presso la filiale della Banca dove ha sottoscritto la polizza e presentare richiesta scritta.

In assenza di sinistri, la Compagnia provvederà al rimborso dell'intero premio versato, al netto delle imposte di legge, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione.

L'esercizio del diritto di recesso libera il Contraente, l'Assicurato e la Compagnia da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24.00 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

#### **Art. 1.13 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI**

Ai sensi dell'art. 1891 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. 1.14 - 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 Codice Civile.

**Art. 1.15 - RINUNCIA ALLA RIVALSA**

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

**Art. 1.16 - ONERI FISCALI**

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

**Art. 1.17 - FORO COMPETENTE**

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

**Art. 1.18 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

**Art. 1.19 - LIMITI DI ETÀ**

Sono assicurabili le persone fisiche - intestatarie e/o cointestatarie o garanti del contratto di finanziamento - che, alla data di sottoscrizione del Modulo di polizza, abbiano una età compresa tra 18 e 74 anni di età non compiuti.

L'età a scadenza del finanziamento non potrà essere pari o superiore a 75 anni di età.

**Art. 1.20 - PERSONE NON ASSICURABILI – CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE**

Premesso che la Compagnia, qualora al momento della stipulazione della polizza, fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da:

- alcolismo;
- dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico),
- immunodeficienza acquisita o sieropositività HIV,

non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni in corso di contratto, l'assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Compagnia di corrispondere l'eventuale indennizzo.

In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui la Compagnia ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Non sono altresì assicurabili le persone che presentano una invalidità permanente di grado pari o superiore al 40%.

**Art. 1.21 - 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.

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RELATIVE ALLA SEZIONE "PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO"****ASSICURAZIONI PER DECESSO DA INFORTUNIO E PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA****ASSICURAZIONE INFORTUNI****ART. 2.01 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

La Compagnia tutela l'Assicurato per gli infortuni subiti durante lo svolgimento dell'attività professionale ed extraprofessionale. Sono compresi in garanzia anche:

- gli infortuni subiti in stato di maleore o incoscienza
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato;
- gli infortuni causati da tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o rapine, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;

Sono considerati infortuni:

- i colpi di sole o di calore;
- l'assideramento o il 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;
- le lesioni determinate da sforzi.

**ART. 2.02 – RISCHI SPORTIVI**

La garanzia vale durante la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti.

La garanzia non vale per gli infortuni derivanti da:

- corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore o di mezzi aerei (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili),
- sport pericolosi;
- pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente.

**ART. 2.03 – RISCHIO VOLO**

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

**ART. 2.04 – 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. 2.05 – GARANZIE ASSICURATE**

Sono operanti le garanzie di seguito indicate:

**A) MORTE**

In caso di decesso dell'Assicurato per infortunio, la Compagnia corrisponde un indennizzo pari al debito residuo in linea capitale al momento dell'infortunio secondo l'originario piano di ammortamento del finanziamento, rapportato alla "percentuale da assicurare" indicata nel Modulo di polizza, fermo restando il limite massimo del capitale iniziale assicurato.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Compagnia liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 C.C.

Qualora, dopo il pagamento dell'indennizzo, l'Assicurato risultasse in vita, la Compagnia avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

**B) INVALIDITÀ PERMANENTE**

In caso di Invalidità Permanente dell'Assicurato per infortunio di grado pari o superiore al 60% della capacità totale, la Compagnia corrisponde un indennizzo pari al debito residuo in linea capitale al momento dell'infortunio secondo lo originario piano di ammortamento del finanziamento, rapportato alla "percentuale da assicurare" indicata nel Modulo e fermo il limite massimo del capitale iniziale assicurato.

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio denunciato ed in rapporto causale con l'infortunio occorso in vigenza di contratto.

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva, non determinabile sulla base dei valori specificati nella tabella INAIL delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente (D.P.R. 30/6/65 °1124), 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 a svolgere 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. 2.06 – ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con abilitazione scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
  - b) guida di veicoli e natanti a motore quando l'assicurato si trova in stato di ebbrezza alcolica;
  - c) manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
  - d) 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) guerre o insurrezioni, salvo quanto diversamente previsto all'art. 2.04 "Rischio guerra";
  - g) infarti e/o ernie;
  - h) uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti;
  - i) rotture sottocutanee di tendini;
  - j) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
  - k) sindromi organiche cerebrali
- Sono altresì esclusi gli infortuni:
- l) subiti in stato di ubriachezza, alcoolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
  - m) subiti in occasione di partecipazione ad imprese temerarie e/o pericolose;
  - n) derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività in occasione di servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine.

#### ART. 2.07 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ

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

Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità Permanente, il grado di quest'ultima verrà valutato facendo riferimento ai valori delle menomazioni riportati nell'Allegato A (Tabella INAIL) al D.P.R. 30/6/65 n°1124 relativo alle valutazioni del grado percentuale di invalidità Permanente.

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

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

### ASSICURAZIONE MALATTIA

#### ART. 2.08 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per il caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della capacità totale, conseguente a malattia e a condizione che:

- a) si sia manifestata successivamente alla data di effetto del contratto;
- b) sia trascorso il Periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni e comunque non oltre la data di cessazione del Contratto.

L'indennizzo corrisposto dalla Compagnia sarà pari al debito residuo in linea capitale al momento dell'evento secondo l'originario piano di ammortamento del finanziamento, rapportato alla "percentuale da assicurare" indicata nel modulo di polizza e fermo il limite massimo del capitale iniziale assicurato.

#### ART. 2.09 – ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante nel caso in cui l'invalidità Permanente sia causata da:

- a) nevrosi, malattie mentali e del sistema nervoso;
- b) abuso di alcolici, di psicofarmaci, o da uso non terapeutico di allucinogeni o stupefacenti;
- c) aborto volontario, ad eccezione di quello necessario per motivi terapeutici;
- d) trattamenti estetici, cure dietologiche e dimagranti;
- e) malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse) e sottaciute dall'Assicurato alla Compagnia;
- f) eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni conosciute e preesistenti alla stipulazione del contratto e sottaciute dall'Assicurato alla Compagnia;
- g) malattie contratte professionalmente e così definite dal D.P.R. 30.6.65 n. 1124;
- h) trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- i) guerre ed insurrezioni;
- j) contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico.

#### ART. 2.10 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti. Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

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

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata in un periodo compreso fra i 6 ed i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia, secondo i parametri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel Testo Unico disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30, giugno 1965 n. 1124.

Nei casi di Invalidità Permanente non previsti dal suddetto Testo Unico la percentuale di invalidità è accertata tenuto conto della diminuita capacità generica lavorativa indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

## NORME COMUNI ALLE ASSICURAZIONI INFORTUNI E MALATTIA

### ART. 2.11 – VALIDITA' TERRITORIALE

Le garanzie della presente Sezione hanno validità nel Mondo intero.

### ART. 2.12 – NON CUMULABILITÀ

Gli indennizzi per Morte, per Invalidità Permanente da infortunio e Invalidità Permanente da malattia non potranno in alcun caso cumularsi tra di loro.

### ART. 2.13 – BENEFICIARI

Nel caso di Contraente Persona Fisica:

- per la garanzia Invalidità Permanente, beneficiario dello Indennizzo è l'Assicurato stesso;
- per la garanzia Morte, in caso di sinistro l'indennizzo è corrisposto ai Beneficiari indicati nel Modulo di polizza.

Nel caso di Contraente Persona Giuridica (società):

Beneficiario delle prestazioni previste dalla presente assicurazione è la società Contraente.

L'Assicurato rinuncia espressamente alla facoltà di revoca o modifica del Beneficiario.

### ART. 2.14 – CESSAZIONE DEL RAPPORTO TRA ASSICURATO E SOCIETÀ CONTRAENTE

Qualora l'Assicurato cessi i rapporti di collaborazione, dipendenza o associazione con la società Contraente (in base ai quali è stata stipulata l'assicurazione stessa), quest'ultima dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia, a mezzo di lettera raccomandata con Avviso di Ricevimento o con pec all'indirizzo [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto:helvetiaitalia@pec.helvetia.it). La copertura non sarà comunque più operante a partire dal giorno di cessazione del rapporto tra l'Assicurato e la società Contraente.

Ricevuta la predetta comunicazione, la Compagnia restituirà alla società Contraente il rateo del premio unico pro-quota relativo al periodo di assicurazione non goduto, così come previsto all'art. 1.07 "Estinzione anticipata o trasferimento del mutuo".

### ART. 2.15 – 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 con Avviso di Ricevimento all'indirizzo:

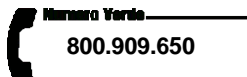
Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. - Via G. B. Cassinis, 21, - 20139 Milano - **Servizio Sinistri**

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.

In caso di sinistro Infortunio, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- a. fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro;
- b. corredare la denuncia del sinistro con certificato medico; la denuncia deve inoltre contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento;
- c. documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici;
- d. sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- e. fornire, in ogni caso, alla Compagnia il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).

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

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

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



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

- documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero;
- certificato di morte;
- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra 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 caso di sinistro che colpisca la garanzia Invalidità permanente da malattia, l'Assicurato o altra persona in sua vece devono:

- denunciare la malattia entro 10 (dieci) giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia diagnosticata, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata;
- inviare alla Compagnia la certificazione medica sulla natura della malattia;
- inviare periodicamente alla Compagnia le informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti;
- sottoporsi, in Italia, agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia e fornire alla stessa ogni informazione del caso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- fornire alla Compagnia, in caso di guarigione clinica della malattia denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico;
- nei casi diversi dal punto che precede, richiedere alla Compagnia di procedere all'accertamento dei postumi secondo le modalità riportate nel successivo art. 2.18 "Obblighi della Compagnia sulle modalità di accertamento e per l'invalidità permanente da malattia".

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

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

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

#### **ART. 2.16 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO PER L'INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO**

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 2.07 "Criteri generali d'indennizzabilità" delle presenti Norme e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.

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

#### **ART. 2.17 - 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. 2.15 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia sinistro"; in ogni caso, alla Compagnia dovrà esser consegnato il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

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. 2.18 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO PER L'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 2.10 "Criteri d'indennizzabilità" delle presenti Norme nel periodo compreso tra i 6 (sei) mesi ed entro i 18 (diciotto) mesi dalla data della denuncia della malattia. Tale periodo è convenzionalmente fissato sulla base di criteri medico legali che definiscono le tempistiche necessarie alla stabilizzazione dei postumi in caso di malattia.

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

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

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

## **ART. 2.19 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALLA MALATTIA**

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

Se l'Assicurato decede per cause diverse dalla malattia denunciata e dopo che la Compagnia abbia effettuato gli opportuni accertamenti e verifiche ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'indennizzo in favore dello Assicurato, 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.

Se l'Assicurato decede per cause diverse dalla malattia denunciata e prima siano stati effettuati gli accertamenti e verifiche necessari, la Compagnia liquida agli eredi o aventi causa, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile dalla stessa con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente art. 2.15 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro".

Ciò a condizione che gli eredi o aventi causa dimostrino:

- la stabilizzazione dei postumi invalidanti mediante produzione del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero;
- l'assoluta e oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla malattia generante lo stato di invalidità (es. decesso dell'Assicurato a seguito di sinistro stradale).

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Compagnia, gli eredi o aventi causa, al fine di dimostrare quanto sopra indicato, dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla 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.

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

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

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. 2.20 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE**

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro per Morte da infortunio o Invalidità Permanente da infortunio o malattia, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

## **ART. 2.21 – PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI**

La Compagnia procederà al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento con valuta legalmente in corso all'epoca del sinistro.

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PER LA SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO"****NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE PREVISTE DALLA SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO"****Art. 3.01 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Le garanzie della presente Sezione consistono nel pagamento dell'indennità prevista dalla garanzia attivata (quale più di seguito definita) in funzione della Categoria Professionale dell'Assicurato, a condizione che siano decorsi i periodi di carenza e di franchigia stabiliti e fermi restando i limiti massimi di indennizzo indicati alle singole garanzie. Si specificano di seguito le Categorie Professionali che possono accedere alle coperture assicurative offerte e le relative garanzie attivabili:

Categoria Professionale:	Garanzie (*)		
	ITT	PII	GIC
Lavoratore Autonomo	X		X
Lavoratore Dipendente Privato		X	X (attivabile solo congiuntamente a PII)
Lavoratore Dipendente Pubblico			X
Non Lavoratore			X

(\*) Legenda Garanzie:

- ITT: Inabilità Temporanea Totale al lavoro da malattia o da infortunio;
- PII: Perdita Involontaria dell'Impiego;
- GIC: Grande Intervento Chirurgico.

**Art. 3.02 - MODIFICA A CATEGORIA PROFESSIONALE**

In caso di modifica della Categoria Professionale nel corso dell'assicurazione, il Contraente o l'Assicurato deve dare tempestiva comunicazione alla Compagnia; qualora la nuova Categoria Professionale comporti una garanzia diversa da quella originariamente contratta – secondo la tabella di cui all'art. 3.01 "Oggetto dell'assicurazione" – la Compagnia adeguerà il contratto in base al nuovo status lavorativo.

Qualora il Contraente o l'Assicurato non accettino le nuove condizioni, le garanzie relative alla presente Sezione s'intendono non più operanti dalla data di comunicazione del nuovo status lavorativo e la Compagnia rimborserà la parte di premio non usufruita con le modalità previste all'art. 1.07 "Estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento".

La mancata comunicazione di tale modifica comporta l'impossibilità di adeguare il contratto e la conseguente inefficacia della copertura assicurativa per modifica del rischio.

**Art. 3.03 - DENUNCIA SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI**

In caso di Sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato o i suoi aventi causa devono fare denuncia scritta alla Compagnia tramite raccomandata con Avviso di Ricevimento all'indirizzo:

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

**Servizio Sinistri**

Via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano

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 unitamente alla documentazione di cui all'art. 3.11 per il caso di sinistro Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, di cui all'art. 3.17 per il caso di sinistro Perdita involontaria dell'impiego e di cui all'art. 3.22 per il caso di sinistro Grande Intervento Chirurgico.

Il sinistro deve essere denunciato entro 60 (sessanta) giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità.

Una volta avvenuto il pagamento dell'indennizzo relativo alle rate comprese nella denuncia iniziale, se il sinistro dovesse protrarsi, il Contraente e/o l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a compilare ed inviare alla Compagnia il modulo di continuazione del sinistro, reperibile presso le filiali della Banca distributrice il prodotto, o analoga comunicazione, a mezzo raccomandata con Avviso di Ricevimento o con pec all'indirizzo [helvetiaitalia@pec.helvetia.it](mailto:helvetiaitalia@pec.helvetia.it) entro 60 giorni dalla scadenza della rata di finanziamento successiva a quelle già liquidate e così, successivamente, fino al termine del sinistro.

La Compagnia potrà, in ogni momento, richiedere al Contraente e/o all'Assicurato od ai suoi aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurante diritto alle prestazioni di cui alla assicurazione.

L'Assicurato deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.

#### **Art. 3.04 - BENEFICIARI DELLE INDENNITÀ - MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI**

Per tutte le garanzie della presente sezione, beneficiario dell'Indennizzo è l'Assicurato.

\*\*\*

La Compagnia esegue il pagamento dell'Indennizzo entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa di tutto quanto necessario per la valutazione del sinistro.

#### **Art. 3.05 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE**

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro per infortunio o malattia, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, a un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

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

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

#### **Art. 3.06 - VALIDITA' TERRITORIALE**

Le garanzie "Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio o Malattia" e "Indennizzo Forfettario per Grandi Interventi Chirurgici" hanno validità nell'ambito dell'Unione Europea.

Per la garanzia "Perdita Involontaria dell'Impiego" vale quanto indicato all'art. 3.16 "Esclusioni per il caso di Perdita Involontaria dell'Impiego", lettera f).

## ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA

(operante solo se espressamente richiamata sul Modulo di polizza)

### Art. 3.07 - OGGETTO DELLA COPERTURA INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia, la Compagnia corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo art. 3.08 a condizione che:

- a) l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui l'assicurazione è efficace ai sensi dell'art. 1.03 "Decorrenza assicurazione e pagamento premio";
- b) il Sinistro, se conseguente a Malattia, sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni successivo alla data di decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 3.10 "Esclusioni per il caso di Inabilità Temporanea";
- d) l'Assicurato e/o i suoi aventi causa e/o il Contraente abbiano adempiuto agli obblighi di cui al precedente art. 3.03 "Denuncia del sinistro e relativi obblighi".

### Art. 3.08 - INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

L'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia consiste nel pagamento dell'Indennità mensile indicata nel Modulo di polizza, per ciascuna rata del finanziamento che venga a scadere nel periodo di inabilità lavorativa comprovata e decorso il Periodo di Franchigia Assoluta sotto indicato.

Ai finanziamenti con rateazione diversa da quella mensile, si attribuiranno convenzionalmente le scadenze mensili con riguardo al giorno di scadenza delle rate stesse e ciò sino alla chiusura del sinistro.

Non sono indennizzabili e pertanto saranno escluse dal calcolo, le rate scadenti nel Periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni. La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di completa interruzione del lavoro come da certificato medico attestante l'inabilità.

### Art. 3.09 - LIMITI DI INDENNIZZO

Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è pari a

- prestiti/mutui chirografari: 12 (dodici) rate per sinistro;
- mutui ipotecari: 15 (quindici) rate per sinistro.

Inoltre, il numero massimo di indennizzi da corrispondere per tutta la durata della garanzia non potrà essere superiore a 60 (sessanta).

### Art. 3.10 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Sono esclusi i casi di Inabilità Totale Temporanea causati da:

- a) malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e sottaciute dall'Assicurato alla Compagnia;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) infortuni subiti in stato di ubriachezza, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- d) guida di veicoli e natanti a motore quando l'assicurato si trova in stato di ebbrezza alcolica;
- e) malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- f) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) guerra anche non dichiarata, salvo il caso in cui l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi bellici mentre si trova in uno stato estero sino ad allora in pace. La garanzia è operante per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità e a condizione che l'Assicurato non vi prenda parte attiva;
- h) insurrezioni, atti di terrorismo;
- i) scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- j) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- k) sindromi organiche cerebrali;
- l) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico;
- o) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità della Assicurazione;
- p) Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri della Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- q) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea.

### Art. 3.11 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve allegare al modulo di cui al precedente art. 3.03 "Denuncia del sinistro e relativi obblighi" la seguente documentazione:

- a) copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- b) attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo;
- c) certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- d) i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dalla assicurazione.

**Art. 3.12 - SINISTRI SUCCESSIVI**

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 30 giorni, oppure di 90 (novanta) giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

**ASSICURAZIONE PER LA PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO**

(garanzia operante solo se espressamente richiamata sul Modulo di polizza)

**Art. 3.13 - OGGETTO DELLA COPERTURA IN CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO**

La garanzia si attiva, fatte salve le esclusioni di cui all'art. 3.16 "Esclusioni per il caso di perdita involontaria dell'impiego", qualora la perdita di impiego sia conseguenza di:

- Licenziamento per messa in mobilità (licenziamento collettivo ex artt. 4 o 24, legge n. 223/1991);
- Licenziamento per giustificato motivo oggettivo.

In caso di Perdita involontaria dell'impiego, la Compagnia corrisponde l'Indennizzo di cui all'art.3.14 a condizione che:

- a) si sia verificato un Sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di disoccupazione a carico dell'Assicurato durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi dell'art. 1.03 "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" delle Norme comuni a tutte le Sezioni;
- b) la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o della lettera di messa in mobilità, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24.00 della data termine del Periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni successivo alla Data di decorrenza;
- c) l'Assicurato od i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui al precedente art. 3.03 "Denuncia del sinistro e relativi obblighi".

**Art. 3.14 - INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO**

L'Indennizzo per il caso di Perdita involontaria dell'impiego consiste nel pagamento dell'Indennità mensile indicata sul modulo di polizza, per ciascuna rata del finanziamento che venga a scadere nel periodo di disoccupazione comprovato e decorso il Periodo di Franchigia Assoluta sotto indicato.

Ai finanziamenti con rateazione diversa da quella mensile, si attribuiranno convenzionalmente le scadenze mensili con riguardo al giorno di scadenza delle rate stesse e ciò sino alla chiusura del sinistro.

Non sono indennizzabili e pertanto saranno escluse dal calcolo, le rate scadenti nel periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni. Detta Franchigia si calcola a partire dal primo giorno di disoccupazione, risultante dalla lettera di cui al punto b) del precedente art. 3.13.

Si precisa che non sono indennizzabili le rate insolte dovute prima dell'accadimento del sinistro.

**Art. 3.15 - LIMITI DI INDENNIZZO**

Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è pari a

- prestiti/mutui chirografari: 12 (dodici) rate per sinistro;
- mutui ipotecari: 15 (quindici) rate per sinistro.

Inoltre, il numero massimo di indennizzi da corrispondere per tutta la durata della garanzia non potrà essere superiore a 60 (sessanta).

**Art. 3.16 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO**

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Compagnia per la Perdita involontaria dell'impiego se:

- a) al momento della sottoscrizione del Modulo di polizza, l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione o messa in mobilità, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- b) la disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo, licenziamento disciplinare o sia conseguenza di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni;
- c) la disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- d) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- e) la disoccupazione è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se comunque il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o atipici e/o se la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio contratto inserimento, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "lavoro a progetto";
- f) al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria attività lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- g) l'Assicurato ha un contratto di lavoro non regolato dalla legge italiana;
- h) l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità (casi per cui l'Assicurazione è operante);
- i) l'Assicurato, all'epoca dell'evento, era in periodo di prova;
- j) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente in modo continuativo per i 12 (dodici) mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 (due) settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- k) la disoccupazione è conseguenza del superamento del periodo di comporto;
- l) al momento della sottoscrizione del Modulo di polizza l'Assicurato era in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.



#### **Art. 3.17 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO**

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve allegare al modulo di cui al precedente art. 3.03 "Denuncia del sinistro e relativi obblighi" la seguente documentazione:

- a) copia di un documento di identità;
- b) copia di scheda professionale e contratto di lavoro;
- c) copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- d) copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia o l'inserimento nelle liste di Mobilità e l'eventuale permanenza in tali liste;
- e) attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione o di Mobilità.

L'Assicurato s'impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Compagnia le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'assicurazione.

#### **ART. 3.18 - SINISTRI SUCCESSIVI**

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Perdita involontaria dell'impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 90 (novanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

## ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

(operante solo se espressamente richiamata sul Modulo di polizza)

### Art. 3.19 - OGGETTO DELLA COPERTURA RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

In caso di ricovero ospedaliero, di durata non inferiore a 5 giorni (Franchigia relativa di 5 giorni) presso un Istituto di Cura, reso necessario per l'esecuzione di uno dei "Grandi Interventi Chirurgici" cui l'elenco allegato, la Compagnia corrisponde l'indennizzo forfettario, corrisposto in un'unica soluzione, indicato all'art. 3.20 a condizione che:

- a) il Ricovero Ospedaliero si sia verificato durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace, ai sensi dell'art. 1.03 delle Norme comuni a tutte le Sezioni;
- b) il Sinistro, se conseguente a malattia, sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla data di decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 3.21;
- d) l'Assicurato, il Contraente o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui al precedente art. 3.03.

### Art. 3.20 - INDENNIZZO IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

L'indennizzo forfettario assicurato sarà pari a

- 12 volte la somma indicata nel Modulo di polizza, se l'intervento è eseguito presso una qualsiasi struttura sanitaria, in regime di solvenza;
- 6 volte la somma indicata nel Modulo di polizza, se l'intervento è eseguito presso una struttura sanitaria pubblica o, se privata, in regime di convenzionamento con il S.S.N.

### Art. 3.21 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

La garanzia non è operante se il Grande Intervento Chirurgico è causato da:

- a) malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della data di decorrenza della Assicurazione e sottaciute dolosamente dall'assicurato alla Compagnia;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) infortuni subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- d) malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- e) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) guerra anche non dichiarata, insurrezioni, atti di terrorismo;
- g) scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- h) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- i) sindromi organiche cerebrali;
- j) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- l) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- m) Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- n) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea.

### Art. 3.22 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve allegare al modulo di cui al precedente art. 3.03 "Denuncia del sinistro e relativi obblighi" la seguente documentazione:

1. copia del documento di identità;
2. autocertificazione della propria Categoria Professionale (eccezion fatta per i Lavoratori Dipendenti di Ente privato che devono produrre certificazione del Datore di Lavoro);
3. certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

### Art. 3.23 - DENUNCE SUCCESSIVE

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 30 (trenta) giorni, oppure di 90 (novanta) giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

**TABELLA SINTETICA DELLE GARANZIE, TERMINI DI CARENZA, LIMITI E FRANCHIGIE  
APPLICABILI ALLA SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO"**

GARANZIE	SOGGETTI ASSICURATI		
	Lavoratori autonomi	Lavoratori Dipendenti Privati	Lavoratori Dipendenti Pubblici / Non lavoratori
<b>I.T.T.</b>	<b>GARANZIA SEMPRE OPERANTE</b>	<b>Garanzia NON operante</b>	<b>Garanzia NON operante</b>
<b>Indennizzo:</b>	Rata mensile in scadenza		
<b>Periodo di Franchigia Assoluta:</b>	30 gg.		
<b>Carenza:</b>	30 gg. per Malattia		
<b>Limite di indennizzo:</b>	Sino a 12 rate per Sinistro per Prestiti e Mutui chirografari; sino a 15 rate per Sinistro per Mutui ipotecari; Massimo 60 rate per tutta la durata del contratto		
<b>Periodo di Riqualificazione</b>	30 gg. per sinistro nuovo 90 gg. per sinistro dovuto allo stesso infortunio o stessa malattia del sinistro precedente		
<b>P.I.I.</b>	<b>Garanzia NON operante</b>	<b>GARANZIA SEMPRE OPERANTE</b>	<b>Garanzia NON operante</b>
<b>Indennizzo:</b>		Rata mensile in scadenza	
<b>Periodo di Franchigia Assoluta:</b>		30 gg.	
<b>Carenza:</b>		30 gg.	
<b>Limite di indennizzo:</b>		Sino a 12 rate per Sinistro per Prestiti e Mutui chirografari; sino a 15 rate per Sinistro per Mutui ipotecari; Massimo 60 rate per tutta la durata del contratto	
<b>Periodo di Riqualificazione:</b>		90 gg.	
<b>G.I.C.</b>	<b>GARANZIA SEMPRE OPERANTE</b>	<b>GARANZIA OPZIONALE OPERANTE SOLO SE RICHIAMATA IN POLIZZA</b> (attivabile solo congiuntamente a P.I.I.)	<b>GARANZIA SEMPRE OPERANTE</b>
<b>Indennizzo:</b>	12 volte la rata mensile per ricovero da GIC in regime di solvenza 6 volte la rata mensile per ricovero da GIC in SSN o in regime di convenzionamento	12 volte la rata mensile per ricovero da GIC in regime di solvenza 6 volte la rata mensile per ricovero da GIC in SSN o in regime di convenzionamento	12 volte la rata mensile per ricovero da GIC in regime di solvenza 6 volte la rata mensile per ricovero da GIC in SSN o in regime di convenzionamento
<b>Periodo di Franchigia Relativa:</b>	5 gg.	5 gg.	5 gg.
<b>Carenza:</b>	30 gg. per Malattia	30 gg. per Malattia	30 gg. per Malattia
<b>Periodo di Riqualificazione:</b>	30 gg. per sinistro nuovo 90 gg. per sinistro dovuto allo stesso infortunio o stessa malattia del sinistro precedente	30 gg. per sinistro nuovo 90 gg. per sinistro dovuto allo stesso infortunio o stessa malattia del sinistro precedente	30 gg. per sinistro nuovo 90 gg. per sinistro dovuto allo stesso infortunio o stessa malattia del sinistro precedente

<b>ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI</b>
--

**Cardiochirurgia**

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

**Chirurgia Vascolare**

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi : carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendarteriectomia aorto-iliaca.

**Neurochirurgia**

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomieloidali.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

**Chirurgia Toracica**

- Pneumectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

**Chirurgia Generale**

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

**Chirurgia Pediatrica**

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

**Chirurgia Ginecologica**

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni.

**Chirurgia Ortopedica**

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

**Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale**

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

**Chirurgia Urologica**

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

**Trapianti d'organo**

- Tutti.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

**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**