



Alta Assistenza Sanitaria Condizioni di Polizza

Il presente fascicolo Helvetia "Alta Assistenza Sanitaria" - mod. C/602 - contenente le Norme che regolano l'Assicurazione in generale, le Norme che regolano l'Assicurazione Helvetia "Alta Assistenza Sanitaria", le Norme che regolano Helvetia Assistance, costituisce, congiuntamente con la polizza Helvetia "Alta Assistenza Sanitaria" - mod. C/600 - il contratto di Assicurazione.

Testo conforme a quello depositato presso il Notaio Patrizia Leccardi del Collegio Notarile di Milano alla sede di Milano con atto in data 22/03/2007 n. 4039/2130 del suo repertorio.

NOTA INFORMATIVA

Predisposta ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 "Codice delle Assicurazioni Private" e in conformità con quanto disposto dalle Circolari ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 "Obblighi di informativa nei contratti di assicurazione diretta diversa dalle assicurazioni sulla vita", n. 518/D del 21 novembre 2003 "Istituzione del registro dei reclami e procedure di gestione delle controversie" e n. 417/D del 28 settembre 2000 "Nota informativa precontrattuale nel ramo Malattia".

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Il contratto è concluso con la sede legale della Società **Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia** sita in Italia, via G.B. Cassinis n. 21 - Milano.

La Società è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto di ricognizione del Ministero Industria, Commercio ed Artigianato del 26/11/1984, pubblicato sul supplemento n. 2 Gazzetta Ufficiale n. 357 del 31/12/1984, seguente l'autorizzazione del 29/07/1958 di cui al D.L. n. 3301 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 199 del 19/08/1958.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

Legge applicabile Al contratto che verrà stipulato sarà applicata la legge italiana.

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

Reclami in merito al contratto: Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società (presso **l'Ufficio Reclami – Via G.B.Cassinis 21, 20139 Milano – fax 02 53 51 794 – reclami@helvetia.it**).

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di risposta nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del Paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'ISVAP faciliterà le comunicazioni tra l'Autorità competente e il Contraente.

Durata dell'Assicurazione: L'Assicurazione ha una durata di dieci anni come meglio specificato nello stampato di polizza e non è tacitamente rinnovabile alla scadenza pattuita. La Società si impegna a mantenere in vigore l'Assicurazione (fermo quanto previsto dall'art. 9 "Recesso in caso di sinistro" delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale) fino alla prevista scadenza contrattuale, il Contraente invece può recedere dalla stessa ad ogni scadenza annuale del premio, mediante lettera raccomandata spedita alla Società Delegataria almeno trenta giorni prima della scadenza stessa.

Periodo di carenza contrattuale: Limitatamente alle garanzie Malattia, la Società prevede periodi di carenza durante i quali la garanzia non opera. Tali periodi possono variare secondo quanto stabilito dalle condizioni di polizza in base all'art. 21 "Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa" delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale.

Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto. I diritti derivanti dal contratto di Assicurazione si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

È NECESSARIO CHE IL CONTRAENTE LEGGA ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO. IN OTTEMPERANZA A QUANTO DISPOSTO DAL CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE (D.LGS. 7 SETTEMBRE 2005 N. 209), SONO STATE EVIDENZIATE IN GRASSETTO LE PARTI DA RITENERSI DI PARTICOLARE RILEVANZA IN QUANTO CONTENGONO, A TITOLO ESEMPLIFICATIVO, LIMITAZIONI ALLE GARANZIE PRESTATE, CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ, ONERI A CARICO DEL CONTRAENTE O DELL'ASSICURATO, DECADENZE.

INDICE (ALTA ASSISTENZA SANITARIA)

NOTA INFORMATIVA	pag. 1
DEFINIZIONI CONTRATTUALI	pag. 4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	
Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	pag. 8
Art. 2 Altre Assicurazioni	pag. 8
Art. 3 Effetto dell'Assicurazione - Pagamento del premio	pag. 8
Art. 4 Modifiche dell'Assicurazione	pag. 8
Art. 5 Aggravamento del rischio	pag. 8
Art. 6 Denuncia in caso di sinistro	pag. 8
Art. 7 Pagamento dell'indennizzo	pag. 9
Art. 8 Controversie - Arbitrato Irrituale	pag. 9
Art. 9 Recesso in caso di sinistro	pag. 9
Art. 10 Durata dell'Assicurazione	pag. 10
Art. 11 Oneri fiscali dell'Assicurazione	pag. 10
Art. 12 Validità territoriale dell'Assicurazione	pag. 10
Art. 13 Rinvio alle Norme di legge	pag. 10
Art. 14 Indicizzazione del premio e somme assicurate	pag. 10
Art. 15 Variazione di altri elementi contrattuali	pag. 10
Art. 16 Rinuncia della Società all'azione di rivalsa	pag. 10
Art. 17 Termine di prescrizione	pag. 10
Art. 18 Esclusioni	pag. 10
Art. 19 Persone non assicurabili	pag. 11
Art. 20 Rischi compresi nell'Assicurazione	pag. 12
Art. 21 Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa	pag. 12
Art. 22 Coassicurazione e delega	pag. 12
Art. 23 Indipendenza dell'Assicurazione da obblighi di legge	pag. 13
Art. 24 Assicurazione per conto altrui	pag. 13
Art. 25 Cambio di residenza Contraente e/o degli Assicurati all'Estero	pag. 13
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE "ALTA ASSISTENZA SANITARIA"	
Art. 1 Oggetto dell'Assicurazione - Rischio Assicurato	pag. 14
Art. 2 Prestazioni garantite	pag. 14
Art. 3 Condizioni speciali (sempre operanti)	pag. 14
Art. 4 Modalità di pagamento - somma assicurata	pag. 15
Art. 5 Liquidazione del sinistro – Modalità per la richiesta di pagamento diretto presso Centri Clinici Convenzionati	pag. 17
CONDIZIONI AGGIUNTIVE	pag. 18
HELVETIA ASSISTANCE	pag. 19
DEFINIZIONI RELATIVE A HELVETIA ASSISTANCE	pag. 20
PRESTAZIONI FORNITE 24 ORE SU 24 OVUNQUE SI TROVI L'ASSICURATO	
1 Consulenza medica	pag. 21
2 Invio di un medico generico in casi d'urgenza in Italia	pag. 21
3 Trasporto in autoambulanza in Italia	pag. 21
4 Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato	pag. 21
5 Rientro dal centro ospedaliero attrezzato	pag. 21
6 Invio di un infermiere al domicilio	pag. 22

7	Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni	pag. 22
8	Informazioni sanitarie specialistiche	pag. 22
9	Invio di un fisioterapista a domicilio	pag. 22
10	Medical Advice Program	pag. 22

PRESTAZIONI FORNITE 24 ORE SU 24 QUANDO L'ASSICURATO SI TROVI AD OLTRE 50 KM. DAL SUO COMUNE DI RESIDENZA

1	Rientro anticipato	pag. 23
2	Rientro sanitario	pag. 23
3	Viaggio di un familiare	pag. 23
4	Invio di medicinali urgenti	pag. 24
5	Anticipo spese mediche	pag. 24
6	Autista a disposizione	pag. 24
7	Interprete a disposizione all'estero	pag. 24
8	Rientro con un familiare	pag. 24
9	Accompagnamento minori	pag. 24
10	Rientro salma	pag. 25

ESCLUSIONI ED EFFETTI GIURIDICI RELATIVI AL SERVIZIO HELVETIA ASSISTANCE pag. 26

PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI – INFORMATIVA pag. 27

DEFINIZIONI CONTRATTUALI

Nel testo che segue si intendono per:

Abuso di psicofarmaci

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

Ambulatorio

la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Assicurato

la persona il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione

il contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, del danno a lui causato da un sinistro.

Centrale di Telemedicina

è la struttura della Centrale Operativa, costituita da medici ed operatori ed in funzione dalle ore 9.00 alle ore 18.00, dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali, che provvede alla gestione ed all'erogazione del secondo parere medico.

Centrale Operativa

è la struttura di Europ Assistance Service S.p.A. - Piazza Trento, 8 20135 Milano, costituita da: medici, tecnici, operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Helvetia provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico di Helvetia, le prestazioni di Assistenza previste in polizza.

Centrale Salute

è la struttura di Europ Assistance Service S.p.A., costituita da medici e operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Helvetia, provvede, per incarico di quest'ultima, alla gestione dei sinistri Malattia sia attraverso la modalità del pagamento diretto presso i Centri Clinici Convenzionati che a rimborso.

Centro Medico di riferimento

le strutture sanitarie ed i centri clinici facenti parte del network di Istituti di Ricerca e Cura a carattere Scientifico, Ospedali e Medici Specialisti, convenzionati con la Centrale Operativa che provvedono alla formulazione del secondo parere medico a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.

Centri Clinici Convenzionati

le strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Salute (ospedali, centri diagnostici e case di cura) alle quali l'Assicurato potrà rivolgersi, su indicazione e previa autorizzazione della stessa, per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

In caso di ricovero tali prestazioni sono fornite senza che l'Assicurato debba provvedere ad anticipi o pagamenti che verranno effettuati direttamente dalla Società ai Centri Convenzionati con le modalità previste dall'Assicurazione.

Centri Clinici non Convenzionati

le strutture sanitarie diverse da quelle indicate dalla Società purché in possesso, all'atto dell'erogazione della prestazione, dei requisiti stabiliti dalla normativa di legge in vigore alle quali l'Assicurato potrà

comunque rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza, senza ottenere il servizio di pagamento diretto delle prestazioni da parte della Società.

Contraente

la persona che stipula il contratto.

Day Hospital

la degenza, esclusivamente diurna, in istituto di cura documentata da cartella clinica - dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'istituto di cura - per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportino la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continue.

Diaria Sostitutiva

indennità giornaliera che, in caso di ricovero ospedaliero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene riconosciuta in sostituzione del rimborso delle spese mediche.

Documentazione Sanitaria

si compone della cartella clinica e della documentazione medica e di fatture, notule e/o ricevute in originale.

Ebbrezza alcolica – ubriachezza

condizioni conseguenti all'assunzione di alcool, nelle quali il livello di alcoolemia risulta essere pari o superiore ai limiti previsti dalle vigenti normative.

Franchigia

è la parte dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato, nel caso che ciò sia stato preventivamente concordato nel contratto assicurativo.

Helvetia Assistance

è il complesso delle prestazioni di Assistenza riportate nel presente fascicolo, organizzato da Helvetia in collaborazione con Europ Assistance Service S.p.A..

Indennizzo

la somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

Infortunio

l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Intervento chirurgico

atto medico, praticato in istituto di cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di Pronto Soccorso.

Istituto di cura

l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Lettera d'Impegno

documento che riporta gli obblighi reciproci, tra Assicurato e Centro Medico Convenzionato, in relazione al ricovero e con riferimento alle condizioni d'Assicurazione che l'Assicurato sottoscrive all'atto del ricovero.

Malattia	ogni oggettivamente alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia mentale	particolare disturbo psichico e comportamentale, comprendente gruppo di disturbi mentali noti come sindromi schizofreniche
Malattia Improvvisa	malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morboso noto all'Assicurato.
Malattia Preesistente	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della polizza.
Medici Specialisti Convenzionati	i professionisti convenzionati con la Centrale Salute che prestano la propria opera, saltuariamente o continuativamente, presso studi professionali o strutture sanitarie. Il pagamento di detti medici in caso di ricovero, verrà effettuato direttamente dalla Centrale Salute previa verifica della operatività della copertura.
Network Salute	è il circuito di Reti sanitarie convenzionate con Europ Assistance che garantisce un canale di accesso preferenziale a tariffe agevolate, attraverso operatori selezionati secondo criteri certificati UNI EN ISO 9001:2000 ed è caratterizzato da capillarità sul territorio nazionale, dinamicità e flessibilità.
Pagamento diretto	il pagamento che la Società, in nome e per conto dell'Assicurato, effettua nei confronti dei Centri Clinici Convenzionati per le prestazioni previste in polizza.
Polizza	il documento che prova l'Assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente alla Società per l'Assicurazione, espressa in Euro (controvalore in euro al cambio fisso di L. 1936,27), ed è dovuto per intero indipendentemente dal frazionamento pattuito in Polizza.
Proposta	è il documento sottoscritto dal Contraente ed inviato alla Società unitamente al questionario anamnestico, compilato dall'Assicurando, per consentire alla Società stessa di prestare l'Assicurazione.
Psicofarmaci	farmaci contenenti sostanze psicoattive che agiscono sul Sistema Nervoso Centrale.
Questionario Anamnestico	il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurando e che forma parte integrante della proposta. Esso deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurando stesso (o, se minore, da chi ne abbia la potestà) e trasmesso alla Società unitamente alla Proposta di Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, per consentire la valutazione obiettiva del rischio da parte della Società stessa. Tale documento è parte integrante della Polizza di Assicurazione Helvetia "Alta Assistenza Sanitaria".
Recesso	scioglimento del vincolo contrattuale.

Ricovero	degenza dovuta a malattia o infortunio comportante necessità di pernottamento in ospedale o casa di cura, regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria.
Rischio	la possibilità che si verifichi il sinistro.
Scoperto	è la percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato, nel caso che ciò sia stato preventivamente concordato nel contratto assicurativo.
Sinistro	il verificarsi del ricovero in istituto di cura o della degenza in Day Hospital o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni mediche, che nel loro insieme possono avvenire anche in tempi diversi, garantiti dal contratto assicurativo a seguito di malattia, infortunio, parto o interruzione terapeutica non volontaria della gravidanza.
Società	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, in qualità di Delegataria. Europ Assistance Italia S.p.A. in qualità di Compagnia di Assicurazione che partecipa al rischio come coassicuratrice.
Termine di aspettativa	periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione della polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.
Tessera Helvetia Assistance	è una tessera di riconoscimento che viene consegnata al Contraente dopo il perfezionamento del contratto assicurativo e che permette all'Assicurato di accedere alla Centrale Operativa per: usufruire delle prestazioni di un Centro Medico Convenzionato senza anticipo o pagamento di denaro; rivolgersi al Servizio di Pronto Assistenza.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Società presta la garanzia nei termini di cui alla presente polizza sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato, risultanti dalla proposta e dal questionario anamnestico che formano parte integrante della polizza stessa. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. La Società si riserva comunque il diritto di rifiutare proposte di Assicurazione senza indicarne i motivi o di accettarle a condizioni particolari sulla base di proprie valutazioni.

Art. 2 - Altre assicurazioni

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

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutte le Imprese assicuratrici e può richiedere a ciascuna di esse l'indennizzo dovuto secondo la rispettiva polizza autonomamente considerata, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

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

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

Art. 3 - Effetto dell'Assicurazione - Pagamento del premio

Il premio del presente contratto è calcolato in base al sesso ed all'età dell'Assicurato al momento della stipulazione della polizza; inoltre è determinato in base all'estensione delle condizioni aggiuntive, richiamate sul frontespizio della polizza ed operanti solo se espressamente crocetate.

Il premio è sempre determinato per periodi di Assicurazione di un anno ed è dovuto per intero anche se ne è stato concesso il frazionamento in rate semestrali, quadrimestrali o trimestrali; tale premio, salvo quanto indicato all'art. 14 "Indicizzazione", resta costante per tutto il periodo per il quale la Società si è obbligata a contrarre.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se l'Assicurato/Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 Codice Civile).

Se il Contraente non paga il premio entro 60 giorni dalla scadenza, i termini di aspettativa, previsti dall'art. 21 "Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa", riprendono a decorrere dalle ore 24 del giorno in cui è stato pagato il premio.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società Delegataria.

Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione

Le modifiche contrattuali devono essere provate dalle Parti per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio

Salvo quanto previsto dall'art. 19 "Persone non assicurabili", non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del rischio.

Art. 6 - Denuncia in caso di sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società o alla Centrale Operativa entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza (art.1913 del Codice Civile), con certificato medico, da cui risulti la diagnosi circostanziata.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Centrale Operativa, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

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

Qualora l'Assicurato per un ricovero concordi con la Centrale Operativa il pagamento diretto, la richiesta dell'Assicurato alla Centrale Operativa equivale a tutti gli effetti e senza necessità di ulteriori formalità a denuncia di sinistro.

Art. 7 - Pagamento dell'indennizzo

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali, delle notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate all'Assicurato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere un rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

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

Qualora l'Assicurato per un ricovero concordi con la Società il pagamento diretto con prenotazione tramite Centrale Operativa, le spese sostenute durante il ricovero rimborsabili in base alla presente polizza, sono pagate dalla Società direttamente all'Istituto di cura convenzionato.

L'avvenuto pagamento diretto all'Istituto di cura, non comporta rinuncia da parte della Società a far valere nei confronti dell'Assicurato ogni eventuale eccezione, derivante dalla polizza, in ordine alla risarcibilità delle spese pagate.

Resta fermo, pertanto, che la Società potrà richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate all'Istituto di cura nella misura in cui, in base alla polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la propria prestazione.

La documentazione attestante le spese sostenute è restituita in originale all'Assicurato, con indicazione dell'avvenuto rimborso.

Art. 8 - Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, 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 sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di 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 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, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

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

Art. 9 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dal contratto dandone comunicazione all'altra Parte a mezzo lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla scadenza del periodo annuo in corso, ovvero, qualora sia comunicato meno di 60 giorni prima di tale data, dalla scadenza annua successiva. Tuttavia, se è esercitato dal Contraente, può avere effetto, a Sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tal caso la Società rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione dell'Assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Il recesso non può essere esercitato dalla Società decorsi due anni dalla data di effetto della copertura della garanzia per singolo Assicurato, salvo quanto previsto dall'art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e dall'art. 19 "Persone non assicurabili" delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Art. 10 – Durata dell'Assicurazione

L'Assicurazione ha una durata di 10 anni come meglio specificato nello stampato di polizza e non è tacitamente rinnovabile alla scadenza pattuita.

La Società si impegna a mantenere in vigore l'Assicurazione fino alla prevista scadenza contrattuale, salvo quanto previsto all'art. 9 "Recesso in caso di sinistro"; il Contraente invece può recedere dalla stessa ad ogni scadenza annuale del premio, mediante lettera raccomandata spedita alla Società Delegataria almeno 30 giorni prima della scadenza stessa.

Art. 11 - Oneri fiscali dell'Assicurazione

Sono a carico del Contraente, secondo le norme di legge, gli oneri fiscali relativi al contratto.

Art. 12 - Validità territoriale dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale per il mondo intero salvo quanto previsto dall'art. 25 "Cambio di Residenza".

Art. 13 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 14 - Indicizzazione del premio e somme assicurate

Ad ogni scadenza annuale, i valori che rappresentano le somme assicurate, gli eventuali limiti di indennizzo, gli scoperti e le franchigie - non espressi in percentuale - nonché il premio di polizza, sono soggetti ad adeguamento in proporzione alla variazione percentuale del numero indice rappresentato dalla media ponderata dei numeri indice "medici, analisi cliniche e accertamenti diagnostici, servizi ospedalieri" rilevati dall'Istituto Centrale di Statistica (ISTAT).

L'adeguamento dei valori si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato nel frontespizio di polizza, corrispondente a quello del mese di settembre dell'anno precedente quello di stipulazione del contratto, con quello del mese di settembre dell'anno successivo. Gli aumenti sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni.

Art. 15 - Variazione di altri elementi contrattuali

Previa comunicazione scritta da parte della Società al Contraente, può essere soggetto a variazione, in occasione di ogni scadenza annuale, **il valore di indicizzazione**, in seguito a modifiche nella composizione e nei parametri dell'indice previsto al precedente art. 14 "Indicizzazione".

In caso di cessazione totale dei **convenzionamenti con istituti di cura, ambulatori e medici**, la polizza continuerà ad essere operante ai sensi dell'art. 1 "Oggetto dell'Assicurazione - Rischio Assicurato" delle Norme che regolano l'Assicurazione "Alta Assistenza Sanitaria" senza applicazione degli scoperti e alcuna limitazione di somma assicurata previsti nell'art. 4 delle Norme che regolano l'Assicurazione Helvetia "Alta Assistenza Sanitaria".

Art. 16 - Rinuncia della società all'azione di rivalsa

In caso di rimborso delle spese per cure mediche conseguenti ad infortunio, la Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile.

Art. 17 - Termine di prescrizione

A norma dell'art. 2952 del Codice Civile, **i diritti derivanti dall'Assicurazione si prescrivono in un anno** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, salvo che la parte creditrice interrompa la prescrizione ai sensi di legge.

Art. 18 – Esclusioni

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

- a) conseguenze dirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società dal Contraente/Assicurato con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;**
- b) accertamenti diagnostici, cure o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla data di stipulazione della polizza, salvo quanto previsto per il neonato di cui all'art. 3.2 "Condizioni Speciali";**

- c) eliminazione e/o correzione dei difetti di rifrazione quali miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia;
- d) malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65, n. 1124;
- e) cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- f) conseguenze derivanti da ebbrezza alcolica - ubriachezza, da uso di droghe stupefacenti e/o allucinogene, da uso non terapeutico e abuso di psicofarmaci, da manifestazioni acute di malattie mentali, epilessia;
- g) interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- h) prestazioni aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio (escluse protesi);
- i) prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 08/11/1991 pubblicato sulla G.U. n. 262) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- j) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del paradonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da neoplasie maligne. Per le cure necessarie a seguito di infortunio, si rimanda all'art. 4 lettera F) delle Norme che regolano l'Assicurazione Helvetia "Alta Assistenza Sanitaria";
- k) acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo le endoprotesi previste dall'art. 1 "Oggetto dell'Assicurazione - Rischio Assicurato" delle Norme che regolano l'Assicurazione Helvetia "Alta Assistenza Sanitaria";
- l) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- m) degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri per lunga degenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- n) degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di istituti di cura;
- o) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo, nonché terapie della sterilità acquisita e/o dell'impotenza dei singoli partner della coppia;
- p) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- q) conseguenze di azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- r) conseguenze della pratica di qualsiasi sport a titolo professionale e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce od accesso ai ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili);
- s) conseguenze della partecipazione a corse, gare o competizioni (e relative prove e/o allenamenti) che comportino l'impiego di veicoli o natanti azionati da motore;
- t) conseguenze di infortuni derivanti dalla guida di mezzi a locomozione aerea;
- u) conseguenze di infortuni derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquea;
- v) conseguenze di infortuni derivanti dalla guida di veicoli o natanti a motore per uso non privato e in ogni caso, se il conducente Assicurato è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi in stato di ubriachezza.

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

Art. 19 - Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora al momento della stipulazione della polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - psicofarmaci - allucinogeni), da sieropositività HIV o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi,

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

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

Art. 20 - Rischi compresi nell'Assicurazione

Relativamente agli infortuni, l'Assicurazione vale anche per le conseguenze di:

- imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, cadute di fulmini, scariche elettriche, altre influenze termiche ed atmosferiche;
- aggressioni od atti violenti, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi e attentati, ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- conseguenze derivanti da atti di guerra, operazioni belliche in genere, insurrezioni popolari, occupazioni militari ed invasioni di nemici esterni, che si verifichino entro i primi 14 giorni dall'inizio di tali eventi in un paese estero - cioè fuori dai territori della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino - se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dai suddetti eventi mentre si trova nel paese estero che sino al suo arrivo era in pace.

Art. 21 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- a) per gli infortuni, dal momento in cui ha effetto l'Assicurazione;**
- b) per le malattie, dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione;**
- c) per le conseguenze di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione del contratto, ma insorti anteriormente a tale data, dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione;**
- d) per le conseguenze di stati patologici noti al Contraente/Assicurato, ovvero diagnosticati, ovvero sottoposti ad accertamenti, ovvero curati anteriormente alla stipulazione del contratto, purché dichiarati alla Società all'atto stesso della compilazione della proposta e del questionario anamnestico ed accettati senza esplicita limitazione del rischio da parte della Società stessa, dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione;**
- e) per il parto, l'aborto non volontario, le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio, dal 365° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione.**

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

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

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

Art. 22 - Coassicurazione e delega

L'Assicurazione è così ripartita per quote:

HELVETIA COMPAGNIA SVIZZERA D'ASSICURAZIONI SA (Compagnia Delegataria)	70%
EUROP ASSISTANCE ITALIA SPA (Compagnia Coassicuratrice)	30%

Ciascuna di tali Società è tenuta alle prestazioni assicurative in proporzione della rispettiva quota, come sopra indicato, esclusa ogni responsabilità solidale.

Tutte le comunicazioni riguardanti l'Assicurazione, comprese quelle relative al recesso od alla cessazione anticipata della stessa, devono essere trasmesse fra le Parti unicamente per il tramite di Helvetia, designata a questo scopo quale Compagnia Delegataria.

Ogni comunicazione s'intende fatta o ricevuta dalla Compagnia Delegataria anche a nome e per conto di Europ Assistance Italia S.p.A., designata a questo scopo quale Compagnia Coassicuratrice.

Europ Assistance Italia S.p.A. è tenuta a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria, per la gestione del contratto, l'istruzione dei sinistri e la quantificazione dei danni indennizzabili, attribuendole a tal fine ogni facoltà necessaria, ivi compresa quella di incaricare in nome e per conto della Coassicuratrice esperti (periti, medici, consulenti ecc.).

La stipulazione del contratto assicurativo ed ogni modifica allo stesso che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna la Compagnia Coassicuratrice indipendentemente dalla firma dell'atto relativo.

La Compagnia Delegataria è anche espressamente incaricata dalla Compagnia Coassicuratrice dell'esazione dei premi o di importi comunque dovuti dal Contraente e/o dall'Assicurato in dipendenza del contratto assicurativo, contro rilascio della relativa quietanza.

Art. 23 - Indipendenza dell'Assicurazione da obblighi di legge

L'Assicurazione è stipulata indipendentemente da qualsiasi obbligo assicurativo stabilito da leggi vigenti o future.

Art. 24 – Assicurazione per conto altrui

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

Art. 25 – Cambio di residenza del Contraente e/o degli Assicurati all'estero

Qualora il Contraente e/o gli Assicurati dovessero trasferire la loro residenza all'estero l'Assicurazione, per l'Assicurato che si è trasferito, cesserà di avere validità alla fine dell'anno assicurativo nel quale si è verificato il trasferimento.

In caso di polizza individuale (Contraente=Assicurato) il contratto cesserà automaticamente.

In tutti gli altri casi, il premio delle rate future sarà aggiornato in base agli Assicurati rimasti in garanzia nel contratto.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE HELVETIA "ALTA ASSISTENZA SANITARIA"

Art. 1 - Oggetto dell'Assicurazione - Rischio assicurato

L'Assicurazione è prestata per il rimborso delle spese sostenute a seguito di: ricovero, reso necessario da malattia e/o infortunio; intervento chirurgico, anche senza ricovero, reso necessario da malattia e/o infortunio; ricovero per parto o aborto terapeutico; Day Hospital reso necessario da malattia e/o infortunio.

Art. 2 - Prestazioni garantite

2.1 PRIMA DEL RICOVERO

Il rimborso delle spese per onorari di: **visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami, effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero**, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno reso necessario il ricovero. **Le spese di trasporto in ambulanza relative al primo ricovero dell'Assicurato in istituto di cura sono rimborsate fino ad un massimo di € 5.200 per persona e per anno assicurativo.**

2.2 DURANTE IL RICOVERO

Il rimborso delle spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, del neonatologo e di ogni altro soggetto medico e paramedico partecipante all'intervento chirurgico, ivi compresa la loro assistenza medica durante il ricovero; diritti di sala operatoria e materiale di intervento; endoprotesi applicate durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso ma entro i 90 giorni successivi alla cessazione del primo ricovero; cure infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero; rette di degenza.

2.3 DOPO IL RICOVERO

Il rimborso delle spese per onorari di: **visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, effettuate nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero**, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha reso necessario il ricovero. **Le spese di trasporto in ambulanza successive alla dimissione dall'istituto di cura sono rimborsate fino ad un massimo di € 5.200 per persona e per anno assicurativo.**

Art. 3 - Condizioni speciali (sempre operanti)

3.1 DONATORI DI ORGANI

In caso di trapianto di organi o di parte di essi è compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni sanitarie necessarie al prelievo dal donatore.

Nel caso di donatore vivente, la garanzia comprende il rimborso delle spese sostenute durante il ricovero del donatore stesso, compresi gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica, l'intervento chirurgico, i medicinali e le rette di degenza. **Il rimborso, comunque, non potrà superare per ogni singolo evento e per anno assicurativo la somma assicurata fissata in € 52.000.**

Per le modalità del rimborso, vale quanto disposto dall'art. 5 comma A) "Liquidazione del sinistro" delle Norme che regolano l'Assicurazione Helvetia "Alta Assistenza Sanitaria", anche in caso di ricovero presso un Centro Convenzionato.

3.2 NEONATO

Qualora, dopo il ricovero conseguente ad un parto indennizzabile a termini di polizza, si rendano necessari ulteriori ricoveri del neonato in Istituto di Cura o interventi chirurgici, effettuati anche in ambulatorio o in day-hospital, per l'eliminazione o la correzione di malformazioni o difetti fisici congeniti, per malattie, anche congenite e/o connatali, o per infortuni, l'Assicurazione è estesa, fino alla prima scadenza annua di premio, anche al neonato stesso, **a condizione che, al momento del ricovero o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, l'Assicurazione per la madre sia in vigore ininterrottamente da 365 giorni prima della nascita del neonato.** In caso di utilizzo di Strutture Pubbliche, vale quanto disposto dal successivo art. 4 comma G). Al termine della copertura gratuita, sarà facoltà del Contraente inserire in polizza il figlio alle condizioni/esclusioni previste nelle norme contrattuali.

3.3 RETTE ACCOMPAGNATORE

Sono rimborsate le spese sostenute per le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura **per un periodo non superiore a 30 giorni per evento e per anno assicurativo, fino ad un massimo di € 80 al giorno.**

Per le modalità del rimborso, vale quanto disposto dall'art. 5 comma A) "Liquidazione del sinistro" delle Norme che regolano l'Assicurazione Helvetia "Alta Assistenza Sanitaria", anche in caso di ricovero presso un Centro Convenzionato.

3.4 DIARIA POST - RICOVERO PER CONVALESCENZA - PARTO ESCLUSO

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio indennizzabili a termini di polizza, la Società corrisponde la diaria post-ricovero per convalescenza, prescritta dai medici dell'ospedale o dal medico che ha curato od operato l'Assicurato, **per una somma assicurata fissata in € 52 al giorno fino ad un massimo di giorni pari alla durata del ricovero e, comunque, non superiore a 20 giorni per anno assicurativo.**

Art. 4 - Modalità di pagamento - Somma assicurata

Le spese garantite in polizza vengono rimborsate - **nel limite del massimale annuo fissato in polizza** - con le modalità, i limiti ed i criteri di seguito elencati per ogni sinistro:

A) PRESTAZIONI MEDICHE EFFETTUATE IN CENTRO CLINICO CONVENZIONATO IN ITALIA E/O ALL'ESTERO

Qualora l'Assicurato venga ricoverato in un Centro Clinico Convenzionato, la Società paga direttamente - senza applicare alcuno scoperto a carico dell'Assicurato - le spese dovute per le prestazioni mediche ricevute che siano garantite a termini di polizza. **L'Assicurato, invece, dovrà provvedere direttamente al pagamento delle spese o delle eccedenze di spese a suo carico per le prestazioni ricevute che non siano garantite a termini di polizza. Relativamente alle spese sostenute PRIMA e DOPO IL RICOVERO**, regolate dall'art. 2 delle Norme che regolano l'Assicurazione Helvetia "Alta Assistenza Sanitaria", **L'Assicurato**, anche usufruendo di Centri Diagnostici e/o Medici Specialisti Convenzionati, **provvederà direttamente al pagamento delle spese effettuate ed il rimborso delle predette spese avverrà con le modalità previste dall'art. 5 "Liquidazione Sinistro" delle Norme che regolano l'Assicurazione Helvetia "Alta Assistenza Sanitaria". In ogni caso il rimborso delle spese sostenute PRIMA e DOPO un ricovero avvenuto in un Centro Clinico Convenzionato avverrà senza applicazione di alcuno scoperto a carico dell'Assicurato.**

Per usufruire delle prestazioni mediche di un Centro Clinico Convenzionato, **L'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Salute, fornendo gli estremi della sua identificazione** risultanti dalla sua tessera Helvetia Assistance, attraverso i seguenti numeri telefonici:

- dall'Italia al numero verde **800 253570**
- dall'estero al numero **0039 02 58286217**

All'atto del ricorso ad un Centro Clinico Convenzionato, **L'Assicurato deve sottoscrivere apposita Lettera d'Impegno**, documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra Centro Clinico Convenzionato ed Assicurato in relazione alle condizioni d'Assicurazione e di prestazioni mediche di servizio.

B) PRESTAZIONI MEDICHE EFFETTUATE IN CENTRO CLINICO NON CONVENZIONATO

Qualora l'Assicurato venga ricoverato in un Centro Clinico non Convenzionato, la Società rimborsa, secondo quanto previsto dall'art. 5 comma A e fino a concorrenza del massimale di polizza, le spese garantite a termini di polizza e da lui sostenute, **con applicazione di uno scoperto del 20% a carico dell'Assicurato col minimo di € 250 ed il massimo di € 5.200.**

In caso di ricovero effettuato all'estero e semprechè il Centro Clinico non sia convenzionato, ferma l'applicazione dello scoperto sopra indicato, **il massimale si riduce a € 130.000.**

Relativamente alle spese sostenute PRIMA e DOPO un ricovero avvenuto in un Centro Clinico NON Convenzionato, il rimborso avverrà con applicazione dello scoperto del 20% ivi previsto, anche se le prestazioni mediche vengono effettuate presso un Centro Medico e/o un Medico Specialista Convenzionato.

Inoltre, qualora l'Assicurato ricorra a strutture sanitarie diverse dai Centri Clinici Convenzionati, dalle Strutture Pubbliche, sia in Italia che all'estero, **in sostituzione dello scoperto del 20%, il rimborso delle spese** (comprese le spese sostenute nei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero), **per alcuni tipi di intervento chirurgico, di seguito elencati, avverrà nel modo seguente:**

- ricoveri per appendicectomia, adenoidectomia, emorroidectomia, varici agli arti inferiori, colecistectomie, ernie inguinali e/o ombelicali, safenectomie, tonsillectomie, meniscopatie = **applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato fissato nel 15% fino ad un massimo di somma assicurata, per persona e per anno assicurativo, stabilita in € 5.200;**
- ricoveri per ernie discali, cisti ovariche = **applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato fissato nel 15% fino ad un massimo di somma assicurata, per persona e per anno assicurativo, stabilita in € 10.400.**

C) PRESTAZIONI MEDICHE EFFETTUATE IN CENTRO CLINICO CONVENZIONATO CON EQUIPE MEDICA NON CONVENZIONATA

Qualora l'Assicurato - **previa autorizzazione della Centrale Salute** - utilizzi uno o più chirurghi, medici e paramedici o un'intera equipe chirurgica non convenzionati, per effettuare un ricovero in base a quanto previsto dall'articolo 1 delle presenti norme presso un Centro Clinico Convenzionato, il rimborso delle spese avverrà come segue:

- **L'Assicurato sostiene direttamente le spese relative agli operatori medici e paramedici non convenzionati, compresa la loro assistenza medica durante il ricovero; la Società effettua il rimborso di tali spese secondo le modalità previste dall'art. 5 lettera A) "Liquidazione del sinistro" con applicazione dello scoperto del 20% con il minimo di € 250 ed il massimo di € 5.200;**
- **la Società paga direttamente al Centro Clinico Convenzionato - senza applicare alcuno scoperto a carico dell'Assicurato - le spese garantite per le rimanenti prestazioni mediche presso di esso effettuate.**
Tale comma non si applica ai ricoveri per Parto (vedi lettera E "Garanzia Parto")

D) PRESTAZIONI MEDICHE A CARATTERE D'URGENZA EFFETTUATE IN ITALIA/ESTERO

In caso di infortunio o malattia, insorti improvvisamente, tali da non consentire all'Assicurato di mettersi in contatto con la Centrale Salute, la garanzia opera senza applicazione di alcuno scoperto nei modi e nei termini previsti alla precedente lettera A) del presente articolo.

Nel caso l'assicurato si trovasse all'estero, il massimale si riduce a € 130.000 per persona e per anno assicurativo.

Durante il ricovero l'Assicurato o chi per esso dovrà mettersi in contatto con la Centrale Salute, fornendo gli estremi della sua identificazione risultanti dalla sua tessera Helvetia Assistance. In caso contrario, vale quanto indicato alla precedente lettera B) del presente articolo.

E) GARANZIA PARTO (PARTO NATURALE, ABORTO NON VOLONTARIO, PARTO CESAREO)

In caso di ricovero per parto naturale, aborto non volontario e parto cesareo in Centro Clinico Convenzionato, il rimborso delle spese garantite in polizza avviene con le modalità, i limiti ed i criteri previsti alla precedente lettera A).

In caso di ricovero in strutture sanitarie diverse dai Centri Clinici Convenzionati, sia in Italia che all'estero, o in caso di ricovero presso Cliniche Convenzionate con utilizzo di equipe medica non convenzionata, la Società rimborsa, secondo le modalità previste dall'art. 5 lettera A), le spese garantite a termini di polizza ed effettivamente sostenute, nel modo che segue:

- **PARTO NATURALE E ABORTO NON VOLONTARIO = applicazione di uno scoperto del 20% e di un limite massimo di somma assicurata pari a € 5.200 per persona e per anno assicurativo**
- **PARTO CESAREO = applicazione di uno scoperto del 20% e di un limite massimo di somma assicurata pari a € 10.400 per persona e per anno assicurativo.**

In caso di parto naturale e aborto non volontario, le spese pre e post ricovero non sono rimborsabili.

F) CURE ODONTOIATRICHE

Salvo quanto previsto all'art. 18 lettera j) delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale, per le **cure odontoiatriche, comprese protesi, rese necessarie da infortunio** comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico, **la garanzia opera fino a un massimo indennizzo di € 5.000 per persona e per anno assicurativo, purché effettuate entro un anno dalla data dell'infortunio.**

G) PRESTAZIONI MEDICHE EFFETTUATE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA O INDIRETTA DA PARTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - DIARIA SOSTITUTIVA

La Società rimborsa all'Assicurato, compreso il neonato in base a quanto previsto dal precedente art. 3.2 "Condizioni Speciali", senza applicazione di alcuno scoperto, le spese garantite in polizza eventualmente rimaste a suo carico.

Con esclusione del neonato (solo se assicurato gratuitamente), **in alternativa al rimborso delle spese sostenute, sia durante il ricovero che nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi il ricovero stesso, l'Assicurato può richiedere alla Società un indennizzo, definito Diaria Sostitutiva, fissato in € 104 per ogni giorno di ricovero (il giorno di entrata e di uscita dall'ospedale viene considerato un solo giorno) con un limite annuo e per persona di 180**

giorni. Tale Diaria Sostitutiva viene corrisposta anche nel caso in cui l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa.

H) PRESTAZIONI MEDICHE EFFETTUATE IN DAY HOSPITAL

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza, necessiti di un ricovero in Day Hospital, la Società provvede al rimborso delle spese da esso sostenute con le seguenti modalità:

- **se il Day Hospital avviene nei Centri Clinici Convenzionati, la liquidazione avverrà con le modalità previste dalla precedente lettera A) del presente articolo;**
- **se il Day Hospital avviene in una struttura pubblica, la liquidazione avverrà con le modalità previste dalla precedente lettera G) del presente articolo e dal successivo art.5 lettera A) "Liquidazione del sinistro";**
- **se il Day Hospital avviene presso un Centro Clinico non Convenzionato, la degenza minima è stabilita in due giorni consecutivi e la liquidazione avverrà con le modalità previste dalla lettera B) del presente articolo e dal successivo art. 5 lettera A) "Liquidazione del sinistro".**

Art. 5 - Liquidazione del sinistro

A) La Società, in caso di prestazioni mediche effettuate al di fuori di un Centro Clinico Convenzionato o effettuate presso una struttura pubblica, rimborsa all'Assicurato - tramite la Centrale Salute - quanto dovutogli a termini di polizza a cura ultimata, **contro esibizione della certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica), nonché degli originali delle relative notule, fatture, distinte e ricevute a lui intestate e debitamente quietanzate**, con le modalità previste dall'art. 6 "Denuncia in caso di sinistro" e dall'art. 7 "Pagamento dell'indennizzo" delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

B) **Modalità per la richiesta di pagamento diretto presso Centri Clinici Convenzionati**

Per accedere ai Centri Clinici Convenzionati ed usufruire del pagamento diretto delle prestazioni garantite a termini di polizza, **l'assicurato deve preventivamente ed obbligatoriamente telefonare alla Centrale Salute**, in funzione dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9 alle ore 18 ed il Sabato dalle ore 9 alle ore 13, utilizzando i seguenti recapiti telefonici:

- **dall'Italia al numero verde 800-253570**
- **dall'Estero al numero 0039 02-58286217**

In questo caso, la telefonata viene considerata a tutti gli effetti contrattuali la denuncia del sinistro.

L'Assicurato deve fornire alla Centrale Salute gli estremi di identificazione del contratto contenuti nella tessera Helvetia Assistance in suo possesso.

La preventiva richiesta dell'assicurato alla Centrale Salute, l'invio della documentazione medica che certifichi la necessità di un ricovero o di un intervento chirurgico ambulatoriale, la verifica del convenzionamento dell'equipe medica e la conferma da parte della Centrale Salute dell'avvenuta organizzazione della prestazione, sono condizioni indispensabili per l'operatività del pagamento diretto.

All'atto del ricevimento della certificazione medica richiesta, la Centrale Salute, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione richiesta, autorizza la struttura convenzionata al pagamento diretto nel rispetto delle condizioni di polizza.

L'assicurato all'atto del ricovero, dovrà sottoscrivere la "lettera di impegno", documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e Centro Clinico Convenzionato in relazione al ricovero e con riferimento alle Condizioni di Assicurazione.

Una volta garantito il pagamento diretto ed alle dimissioni, l'assicurato pagherà direttamente al Centro Clinico Convenzionato le eventuali prestazioni non previste dalla copertura assicurativa.

La scelta del Centro Clinico Convenzionato potrà avvenire anche in collaborazione con la Centrale Salute, che fornirà all'Assicurato ogni informazione utile per individuare quello più idoneo per le prestazioni mediche necessarie.

Il pagamento diretto da parte della Società ai Centri Clinici Convenzionati, solleva la Società stessa nei confronti del Centro Clinico e dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare alcuna pretesa per lo stesso titolo e per la stessa causa, relativamente a quanto la Società abbia già corrisposto. A richiesta dell'Assicurato la Società restituisce gli originali di notule, fatture, distinte e ricevute di spese a lui intestate, previa annotazione dell'indennizzo pagato.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE (operanti solo se crocetate sul frontespizio di polizza)

1. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E/O STRUMENTALI E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE SENZA RICOVERO

La Società, a seguito di malattia o infortunio non comportanti ricovero, rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato, **nel limite dell'importo fissato in € 2.600 per persona e per anno assicurativo**, per effettuare esami/terapie e/o accertamenti diagnostici di seguito elencati:

- ESAMI RADIOGRAFICI CON MEZZO DI CONTRASTO
- CORONAROGRAFIA
- SCINTIGRAFIA
- ECOCARDIOGRAFIA
- ECOGRAFIA INTRAVASCOLARE
- ECOGRAFIA TRANS - ESOFAGEA
- ECOGRAFIA ENDO - CAVITARIA
- ECOCONTRASTOGRAFIA
- ECO - DOPPLER ed ECO - COLOR - DOPPLER
- TAC (tomografia assiale computerizzata)
- RMN (risonanza magnetica nucleare)
- PET e SPET
- ELETTROCARDIOGRAFIA HOLTER
- ELETTROCARDIOGRAFIA DA SFORZO, CON O SENZA TEST ERGOMETRICO
- ENDOSCOPIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO, DIGERENTE, UROLOGICO E GINECOLOGICO
- LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA
- FLUORANGIOGRAFIA OCULARE
- ARTROSCOPIA DIAGNOSTICHE
- ESAMI ISTOPATOLOGICI
- TERAPIE RADIANTI A SCOPO ANTIBLASTICO
- TERAPIE IMMUNOSTIMOLANTI ANTIBLASTICHE
- POLICHEMIOTERAPIA ANTIBLASTICA

Sono esclusi esami ed accertamenti diagnostici relativi a trattamenti di odontoiatria, ortodonzia, implantologia dentaria, malattie pertinenti a gravidanza o puerperio, le visite specialistiche in genere ed i check-up di medicina preventiva.

Gli esami, le terapie e/o gli accertamenti diagnostici che richiedono tecnologie uguali o più complesse rispetto a quelle necessarie per gli esami e gli accertamenti elencati e che comportano onorari pari o superiori secondo quanto previsto dal D.P.R. del 20/12/65 n° 1763 e successive modifiche, sono compresi nell'Assicurazione anche se non espressamente riportati in elenco.

Se l'Assicurato non usufruisce dei Centri Convenzionati o delle strutture pubbliche, la garanzia sarà operante con applicazione di uno scoperto a suo carico pari al 10% con il minimo di € 52 per ogni serie di accertamenti diagnostici o per ogni ciclo di trattamenti o terapie.

Il rimborso delle spese avverrà a cura ultimata, indipendentemente dal fatto che l'Assicurato abbia usufruito o meno dei centri convenzionati, dietro presentazione delle relative notule, distinte, fatture a lui intestate e debitamente quietanzate, nei modi e nei termini previsti dall'art. 6 "Denuncia in caso di sinistro" e dall'art. 7 "Pagamento indennizzo" delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale e dall'art. 5 "Liquidazione del sinistro" delle Norme che regolano l'Assicurazione Helvetia "Alta Assistenza Sanitaria".

2. VISITE SPECIALISTICHE PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E/O STRUMENTALI E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE SENZA RICOVERO

Fermo quanto previsto dalla precedente condizione aggiuntiva 1), si prende atto che rientrano in garanzia le visite specialistiche effettuate nei 30 giorni precedenti e successivi ad accertamenti diagnostici indennizzabili a termini di polizza e purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno reso necessario gli accertamenti stessi.

La somma assicurata per persona e per anno assicurativo è fissata in € 1.000,00 con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 52,00 per sinistro.

HELVETIA ASSISTANCE

Sottoscrivendo la polizza Helvetia "Alta Assistenza Sanitaria", Helvetia, in collaborazione con la Centrale Operativa di Europ Assistance Service S.p.A., offre per tutta la durata contrattuale un servizio di pronta assistenza, valido in tutto il mondo, a disposizione del Cliente in relazione ad infortunio o malattia.

Prestazioni fornite 24 ore su 24 ovunque si trovi l'assicurato

- 1 Consulenza medica
- 2 Invio di un medico generico in casi d'urgenza in Italia
- 3 Trasporto in autoambulanza in Italia
- 4 Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
- 5 Rientro dal centro ospedaliero attrezzato
- 6 Invio di un infermiere al domicilio
- 7 Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni
- 8 Informazioni sanitarie specialistiche
- 9 Invio di un fisioterapista a domicilio
- 10 Medical Advice Program

Prestazioni fornite 24 ore su 24 quando l'assicurato si trovi ad oltre 50 km. dal suo comune di residenza

- 1 Rientro anticipato
- 2 Rientro sanitario
- 3 Viaggio di un familiare
- 4 Invio di medicinali urgenti
- 5 Anticipo spese mediche
- 6 Autista a disposizione
- 7 Interprete a disposizione all'estero
- 8 Rientro con un familiare
- 9 Accompagnamento minori
- 10 Rientro salma

Inoltre, Helvetia Assistance fornisce, 24 ore su 24, consulenza medica ed informazioni medico-sanitarie anche indipendentemente dal verificarsi di un evento assicurato.

Per usufruire delle prestazioni previste, **l'Assicurato o chi per esso dovrà rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla Centrale Operativa** di Europ Assistance Service S.p.A. nei seguenti modi:

- telefonando dall'Italia al numero verde 800-253570 oppure dall'estero al numero 0039 02/58286217
- inviando un telefax al n. 02/58384436 oppure al n. 02/58384578
- inviando un telegramma, lettera raccomandata a:

Europ Assistance Service S.p.A. - Piazza Trento 8 - 20135 - Milano

L'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa:

- **il tipo di assistenza di cui necessita;**
- **il proprio nome, cognome e domicilio;**
- **il numero della polizza preceduto dalla sigla HAS;**
- **indirizzo del luogo in cui si trova;**
- **il recapito telefonico dove la Centrale Operativa può richiamarlo nel corso dell'assistenza.**

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della Centrale Operativa.

La Centrale Operativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese sostenute.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Centrale Operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

DEFINIZIONI RELATIVE A HELVETIA ASSISTANCE

Assicurato	Gli Assicurati che hanno stipulato la polizza.
Centro di eccellenza	Istituti ad alta specializzazione identificati dalle autorità sanitarie per i loro standard di eccellenza in specifici settori della medicina.
Effetto e durata	Dalla data di decorrenza della polizza e per tutta la durata della stessa.
Estensione Territoriale	Mondo intero.
Sinistro	Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della polizza e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.
Prestazioni	Sono le assistenze prestate dalla Centrale Operativa all'Assicurato.
Centrale Operativa	È la struttura di Europ Assistance Service S.p.A. - Piazza Trento, 8 20135 Milano, costituita da: medici, tecnici, operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Helvetia provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico di Helvetia stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.
Infortunio	Sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Malattia	Alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia Preesistente	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche preesistenti alla sottoscrizione della polizza.
Malattia Improvvisa	Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

PRESTAZIONI FORNITE 24 ORE SU 24 OVUNQUE SI TROVI L'ASSICURATO

Ciascuna prestazione non è fornita più di tre volte per anno di validità della polizza.

1. Consulenza medica

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto **direttamente o tramite il proprio medico curante** con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

2. Invio di un medico generico in casi d'urgenza in Italia

Qualora, a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato, in Italia, **necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo**, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a spese della Società uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

3. Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza, **successivamente al ricovero di primo soccorso**, la Centrale Operativa provvederà ad inviarla direttamente, tenendo la Società a proprio carico la relativa spesa **fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 Km di percorso complessivo (andata/ritorno).**

4. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia improvvisa sia affetto da una patologia ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, **per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante**, la Centrale Operativa provvederà:

- ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo in base alle condizioni del paziente mediante:
 - **aereo sanitario (la Centrale Operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga in Italia) ;**
 - **aereo di linea in classe economica, eventualmente in barella;**
 - **treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;**
 - **autoambulanza senza limiti di percorso;**
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai Medici della Centrale Operativa.

Non danno luogo alla prestazione:

- **le infermità o le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato, nonché le terapie riabilitative;**
- **le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.**

5. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui al punto 4. che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Centrale Operativa provvederà al suo rientro **con il mezzo che i medici della Centrale Operativa stessa ritengono più idoneo** in base alle condizioni del paziente, mediante:

- **aereo di linea in classe economica, eventualmente in barella;**
- **treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;**
- **autoambulanza senza limiti di percorso.**

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Centrale stessa.

L'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Centrale Operativa possa stabilire i necessari contatti.

6. Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'Assicurato, **nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa**, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Centrale Operativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone la Società l'onorario **fino ad un massimo di € 200 per sinistro**.

7. Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di essere trasportato dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato alla propria residenza, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza oppure un taxi per permettere all'Assicurato, e ad un eventuale accompagnatore, di raggiungere la propria abitazione.

La Società terrà a propri carico i relativi costi fino ad massimo di € 100 per sinistro.

8. Informazioni sanitarie specialistiche

(In funzione dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti il servizio sanitario pubblico e/o privato, potrà ottenerle telefonando alla Centrale Operativa e potrà accedere alla Banca dati che fornirà informazioni su:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli Istituti di Cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti ed uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi CEE ed extra CEE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti.

9. Invio di un fisioterapista a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici derivanti da infortunio, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Centrale Operativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, **assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di € 200 per sinistro**.

10. Medical Advice Program

(In funzione dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato abbia un'alterazione dello stato di salute, per la quale è già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico, e desideri richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico - diagnostica, verrà, attraverso gli operatori della Centrale Operativa, messo in contatto con la Centrale di Telemedicina che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri di eccellenza facenti parte del Network Salute.

L'Assicurato dovrà telefonare alla Centrale Operativa che lo metterà in contatto con la Centrale di Telemedicina, cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere da parte degli specialisti dei Centri di eccellenza del Network Salute.

1. Consulenza Medica di Secondo Livello

I Medici della Centrale di Telemedicina, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questo l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti. In questa fase saranno attivate **consulenze mediche di tipo generico o specialistico** e potrà essere definita dove richiesta una **consulenza di orientamento ad accertamenti specifici (Check- up)**.

2. Attivazione della rete Nazionale di "Centri di eccellenza"

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva dei medici della Centrale Operativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico, ed all'elaborazione dei quesiti che verranno sottoposti ai Medici Specialisti dei "Centri di eccellenza". Tutti i dati clinici, saranno trasmessi attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri ai Centri Medici di Riferimento.

Il Centro Medico di riferimento eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, **potrà richiedere di visitare il paziente stesso**.

I costi della visita specialistica saranno a carico della Società così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di € 300 per sinistro.

I medici specialisti dei "Centri di eccellenza" formuleranno rapidamente la propria risposta scritta, che verrà inviata alla Centrale di Telemedicina che, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla.

La Società terrà a proprio carico tutti i costi.

3. Attivazione del secondo parere Internazionale

Qualora su indicazione dei medici della Centrale Operativa o di quelli dei "Centri di eccellenza" nazionale, si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Centrale Operativa al fine di erogare il servizio di secondo parere internazionale.

Tale servizio prevede la raccolta della documentazione del cliente, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico al Centro Internazionale individuato e la predisposizione di un secondo parere scritto da parte del Centro Internazionale.

PRESTAZIONI FORNITE 24 ORE SU 24 QUANDO L'ASSICURATO SI TROVI AD OLTRE 50 KM DAL SUO COMUNE DI RESIDENZA

Ciascuna prestazione non è fornita più di tre volte per anno di validità della polizza ed è operante quando, in conseguenza di un sinistro avvenuto in un luogo ad oltre 50 km di distanza dal comune di residenza dell'Assicurato, determina la richiesta di assistenza da parte dell'Assicurato dalla medesima località ove si è determinato il sinistro.

1. Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato debba rientrare prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, **a causa di avvenuto decesso di un familiare in Italia** (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora) come da data risultante su certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, la Centrale Operativa organizzerà **il viaggio in treno, prima classe, o in aereo di linea, classe economica, fino al luogo dove è deceduto in Italia il familiare o al luogo ove il familiare deceduto viene inumato**, tenendo la Società a proprio carico la relativa spesa.

La prestazione non è operante se l'Assicurato non può fornire alla Centrale Operativa adeguate informazioni sui sinistri che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato.

Tali informazioni saranno documentate successivamente a richiesta della Centrale Operativa.

2. Rientro sanitario

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo in base alle condizioni del paziente mediante:

- **aereo sanitario (la Centrale Operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi Europei);**
- **aereo di linea in classe economica, eventualmente in barella;**
- **treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;**
- **autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).**

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Centrale Operativa stessa.

La Società, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere alla quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione:

- **le infermità o le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera di residenza dell'Assicurato, nonché le terapie riabilitative;**
- **le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.**

La prestazione non è altresì operante qualora l'Assicurato od i suoi famigliari addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari che lo hanno in cura.

3. Viaggio di un familiare

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia **un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno** per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato. **La Società terrà a**

proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 500 per sinistro. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

4. Invio di medicinali urgenti

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato per le cure del caso necessiti urgentemente, secondo parere medico, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia) irreperibili sul posto, la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo più rapido tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.

5. Anticipo spese mediche

Qualora l'Assicurato debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Centrale Operativa provvederà al pagamento sul posto, per conto dell'Assicurato, di fatture fino ad un importo massimo di € 500 per sinistro.

L'importo delle fatture pagate dalla Centrale Operativa non potrà mai comunque superare la somma di € 2.600 per persona e per anno assicurativo.

La prestazione non è operante:

- nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Centrale Operativa;**
- se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato;**
- se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Centrale Operativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.**

L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.

L'Assicurato deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso bancario corrente.

6. Autista a disposizione

Qualora l'Assicurato si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo a seguito di infortunio o malattia improvvisa e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Centrale Operativa metterà a disposizione un autista per ricondurre il veicolo ed eventualmente i passeggeri fino alla città di residenza dell'Assicurato stesso, secondo l'itinerario più breve.

La Società terrà a proprio carico l'onorario dell'autista, mentre restano a carico dell'Assicurato le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, ecc.).

Nel caso in cui l'Assicurato rientrasse senza attendere l'autista, deve specificare il luogo dove è in custodia il veicolo da ritirare e lasciare sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione alla guida del veicolo e, se si trova all'estero, la carta verde.

7. Interprete a disposizione all'estero

Qualora, in caso di ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia, l'Assicurato trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete, assumendone la Società i costi per un massimo di 8 ore lavorative per sinistro.

La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Centrale Operativa.

8. Rientro con un familiare

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'Assicurato, in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario" di cui al precedente punto 2, ed i medici della Centrale Operativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Centrale Operativa organizzerà anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato.

La Società terrà a proprio carico il relativo costo. La Società ha il diritto di richiedere al familiare dell'Assicurato, qualora ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, o altri documenti di viaggio non utilizzati.

9. Accompagnamento minori

Qualora l'Assicurato, accompagnato da familiari minori di 18 anni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro in seguito ad infortunio o malattia improvvisa, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un familiare convivente, residente in Italia, un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e

ritorno, per consentirgli di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo.

10. Rientro salma

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato sia deceduto, la Centrale Operativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di € 3.000 per sinistro**, anche nel caso in cui siano coinvolti più assicurati. **Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore** dell'importo massimo previsto (€ 3.000), la prestazione diventerà operante nel momento in cui in Italia, la Centrale Operativa avrà ricevuto **garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate**.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

ESCLUSIONI ED EFFETTI GIURIDICI RELATIVI AL SERVIZIO HELVETIA ASSISTANCE

- 1. La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della polizza è di 60 giorni.**
- 2. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questo Servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro.**
- 3. Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:**
 - a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
 - b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;**
 - c) dolo dell'Assicurato;**
 - d) suicidio o tentato suicidio;**
 - e) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove ed allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;**
 - f) malattie nervose e mentali, malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio; malattie di cui l'Assicurato era a conoscenza ma non dichiarate nel questionario anamnestico; malattie preesistenti dichiarate nel questionario anamnestico ed escluse dalla copertura assicurativa dalla Società;**
 - g) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;**
 - h) l'espianto e/o il trapianto di organi.**

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.
- 4. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, Helvetia non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**
- 5. Ogni diritto nei confronti di Helvetia si prescrive entro il termine di un anno dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 C.C.**
- 6. Per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni della legge italiana.**
- 7. Il diritto alle assistenze fornite da Helvetia, decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro.**

Protezione dei dati personali - Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs 196/2003

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 (in seguito denominato Decreto), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento

- a) È diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della Società stessa.

2. Modalità di trattamento dei dati

Il trattamento:

- a) È realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a) del Decreto: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione, conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio dei mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento nonché da società di servizi, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento.

3. Conferimento dei dati

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4. Rifiuto di conferimento dei dati

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. Comunicazione di dati

- a) I dati personali possono essere comunicati – per le finalità di cui al punto 1, lett. a) e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge – agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori, e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri ed il recupero dei crediti, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; Isvap, Ministero delle Attività Produttive, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del lavoro e delle politiche sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione);
- b) inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b) a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge).

6. Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. Trasferimento dei dati all'estero

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi Terzi rispetto all'Unione Europea.

8. Diritti dell'interessato

L'art. 7 del Decreto conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. Titolare e responsabile del trattamento

Titolare del trattamento è **Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia**, con sede in Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano.

Responsabile del trattamento informatico dei dati è GE.SI.Ass S.c. a r.l., Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano, fornitrice dei servizi informatici alla Società.

I relativi dati identificativi possono essere acquisiti presso il Registro pubblico tenuto dal predetto Garante presso la sede legale, le sedi periferiche e le agenzie della Società.



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

20139 Milano - Via G.B.Cassinis, 21 - Tel.025351.1 (20 linee) - Telefax 025351277

e-mail: direzione@helvetia.it - www.helvetia.it

Capitale Sociale Franchi Svizzeri 77.480.000 i.v. - Numero di iscrizione del registro delle imprese di Milano,
Cod. Fisc. e Part.I.V.A. 01462690155 - R.E.A. n. 370476

Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 2.00002 - Iscr. Albo Gruppo di Ass. n. d'ordine 031

Impresa autorizzata all'eserc. delle assicurazioni con D. di ric. del M. ind. E Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. su suppl. n. 357 del 31/12/1984
e Provv. Isvap n. 00757 del 19/12/1997 pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/1997