



**Multirischi Persona
Condizioni di Polizza**

Il presente fascicolo "Polizza Mutirischi Persona" – mod. C/20A – Ed. 02/2010 – contenente le Definizioni, le Norme che regolano l'assicurazione in generale, le Norme Comuni ai Moduli e le Norme che regolano l'assicurazione infortuni, costituisce, congiuntamente con la polizza "Multirischi Persona" mod. C/20 – 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 05/02/2010 n. 6541/3468 del suo repertorio.

INDICE

Definizioni Contrattuali	Pag. 3
Glossario	Pag. 5
Norme che regolano l'assicurazione in Generale	Pag. 6
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	Pag. 6
Art. 2 - Altre Assicurazioni	Pag. 6
Art. 3 - Pagamento del premio	Pag. 6
Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione	Pag. 6
Art. 5 - Aggravamento del rischio	Pag. 6
Art. 6 - Diminuzione del rischio	Pag. 6
Art. 7 - Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente e/o Assicurato	Pag. 6
Art. 8 - Recesso in caso di sinistro	Pag. 7
Art. 9 - Proroga dell'assicurazione	Pag. 7
Art. 10 - Oneri fiscali	Pag. 7
Art. 11 - Foro Competente	Pag. 7
Art. 12 - Rinvio alle norme di legge	Pag. 7
Art. 13 - Prova	Pag. 7
Art. 14 - Indicizzazione	Pag. 7
Art. 15 - Assicurazione per conto altrui	Pag. 8
Art. 16 - Rinuncia della Società all'azione di rivalsa	Pag. 8
Art. 17 - Termine di Prescrizione	Pag. 8
Norme Comuni ai Moduli	Pag. 9
Art. 18 – Persone non assicurabili	Pag. 9
Art. 19 – Controversie – Arbitrato Irrituale	Pag. 9
Art.20 – Tabella delle valutazioni del Grado Percentuale di Invalidità Permanente	Pag. 9
Norme che regolano l'assicurazione Infortuni	Pag. 12
Art. 21 - Oggetto dell'Assicurazione	Pag. 12
Art. 22 - Combinazioni Rischi assicurati	Pag. 12
Art. 23 - Altri eventi garantiti	Pag. 12
Art. 24 - Infortuni esclusi	Pag. 12
Art. 25 - Estensione dell'assicurazione alle ernie Traumatiche o da sforzo	Pag. 13
Art. 26 - Caso di Morte	Pag. 13
Art. 26 .1 Morte Presunta	Pag. 13
Art. 27 - Invalidità permanente	Pag. 13
Art. 28 - Franchigia Modulata Invalidità Permanente	Pag. 15
Art. 29 - Criteri di indennizzabilità	Pag. 15
Art. 30 - Inabilità Temporanea	Pag. 16
Art. 31 - Franchigia Inabilità temporanea	Pag. 16
Art. 32 - Spese di Cura da Infortunio	Pag. 16
Art. 33 - Diaria da ricovero da Infortunio	Pag. 16
Art. 34 - Franchigia diaria da Ricovero da Infortunio	Pag. 16
Art. 35 - Infortuni occorsi durante il servizio militare	Pag. 16
Art. 36 - Limite Catastrofale	Pag. 17
Condizioni Aggiuntive	Pag. 18
1) Attività Sportive Speciali	Pag. 18
2) Apparecchi gessati – Convalescenza Ospedaliera da Infortuni	Pag. 18
3) Terremoto – Guerra	Pag. 18
4) Viaggi Aerei su velivoli privati	Pag. 18

5) Franchigia Invalidità Permanente a Scaglioni di somme	Pag. 18
6) Franchigia Invalidità permanente Assoluta 5%	Pag. 19
Condizioni particolari	Pag. 20
1) Rischio "In Itinere"	Pag. 20
2) Responsabilità Civile del Contraente – Raddoppio dell'indennizzo	Pag. 20
3) Esonero dall'obbligo di denuncia infermità, mutilazioni o difetti fisici	Pag. 20
Helvetia Assistance	Pag. 21
Istruzioni per la richiesta di assistenza	Pag. 21
Definizioni relative a Helvetia Assistance	Pag. 22
Prestazioni Helvetia Assistance	Pag. 23
Prestazioni Assistenza fornite 24 ore su 24 ovunque si trovi l'Assicurato	Pag. 23
Consulenza medica	Pag. 23
Invio di un medico generico in casi d'urgenza in Italia	Pag. 23
Invio di un infermiere al domicilio	Pag. 23
Invio di un fisioterapista al domicilio	Pag. 23
Trasporto in autoambulanza in Italia	Pag. 23
Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni	Pag. 23
Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato	Pag. 23
Rientro dal centro ospedaliero attrezzato	Pag. 24
Informazioni sanitarie specialistiche	Pag. 24
Second Opinion	Pag. 24
Prestazioni Assistenza fornite 24 ore su 24 quando l'Assicurato si trovi ad oltre 50 Km dal suo comune di residenza	Pag. 25
Interprete a disposizione all'estero	Pag. 25
Invio di medicinali urgenti	Pag. 25
Anticipo spese mediche	Pag. 25
Rientro sanitario	Pag. 25
Rientro con un familiare	Pag. 26
Viaggio di un familiare	Pag. 26
Rientro anticipato	Pag. 26
Accompagnamento minori	Pag. 26
Autista a disposizione	Pag. 26
Rientro salma	Pag. 27
Esclusioni ed Effetti Giuridici Relativi al Servizio Helvetia Assistance	Pag. 28
Articoli del Codice Civile richiamati nel testo e nei moduli di polizza	Pag. 29

DEFINIZIONI CONTRATTUALI

Abuso di Psicofarmaci	assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.
Ambulatorio	la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Apparecchi Gessati	mezzi di contenzione fissi, costituiti da fasce gessate o altri apparecchi (tutori) comunque immobilizzanti, anche esterni (fissatori esterni), applicati in Istituto di cura o ambulatorio in modo permanente e rimovibile esclusivamente presso l'Istituto di cura o ambulatorio stesso. Sono considerati Apparecchi Gessati i collari non rimovibili dall'Assicurato, e limitatamente alle lesioni comportanti fratture e/o lussazioni, i bendaggi con fasciature elastiche (es. tensoplast).
Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	il contratto di assicurazione.
Beneficiario	gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Contraente	il soggetto che stipula l'assicurazione.
Day Hospital	la degenza, esclusivamente diurna, in 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 superiori 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.
Grandi interventi Chirurgici	s'intendono quelli riportati nell'elenco "Grandi Interventi Chirurgici" (Mod. C/20.8 Ed. 1/2002), allegato al Modulo Tre di polizza.
Inabilità Temporanea	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Intervento chirurgico	atto medico, praticato in istituto di cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di Pronto Soccorso.
Invalidità Permanente	perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Invalidità Permanente da Malattia	perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di malattia della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
Istituto di cura	l'Ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia	alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendosi per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Malattia Preesistente	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della polizza.
Malattia Improvvisa	malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo, noto all'Assicurato.
Malattie/Invalidità Coesistenti	malattie o invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
Malattie/Invalidità Concorrenti	malattie o invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.
Polizza	il documento che prova l'assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente alla Società per l'assicurazione, dovuta per intero indipendentemente dal frazionamento pattuito in polizza.
Questionario Anamnestico	il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante del contratto. Esso deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o, se minore, da chi ne abbia la potestà) e trasmesso alla Società unitamente alla Polizza, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, per consentire la valutazione obiettiva del rischio da parte della Società stessa.
Recesso	scioglimento del vincolo contrattuale
Ricovero	degenza dovuta a malattia e/o infortunio comportante necessità di pernottamento, in Ospedale o Casa di cura, regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria.
Scoperto	è la percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato, nel caso che ciò sia stato preventivamente concordato nel contratto assicurativo.
Sforzo	impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie attività e dagli atti di forza lavorativi dell'Assicurato.
Sinistro	il verificarsi dell'evento dannoso
Società	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA

GLOSSARIO

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

Anno (annuo - annuale): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile).

Bimestre (bimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

Età assicurativa: età in anni interi, determinata trascurando le frazioni di anno.

Mese (mensile): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

Poliennale (durata): periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo).

Quadrimestre (quadrimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

Quinquennio (quinquennale): periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo).

Semestre (semestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

Settimana (settimanale): periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.

Trimestre (trimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt .1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 2 - Altre assicurazioni

Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'Assicurato deve dare comunicazione per iscritto a ciascuna Impresa assicuratrice delle altre polizze stipulate. In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutte le Imprese assicuratrici e può richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo la rispettiva polizza autonomamente considerata.

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

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

Art. 3 - Pagamento del premio

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

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 del Codice Civile). I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

Devono essere provate dalle Parti, per iscritto.

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

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

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

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

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

L'assicurato/Contraente o i suoi aventi diritto devono:

- fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro;
- darne avviso scritto all'Agenzia cui è assegnata la polizza o alla Direzione della Società entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità (art. 1913 del Codice Civile). La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché un dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari od aventi diritto devono

consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla Società) che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 8 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata, resta salvo quanto diversamente previsto all'art. 25 del modulo due "Diaria Ricovero da malattia" e del modulo tre "Grandi Interventi Chirurgici".

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 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della polizza ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. 9 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno, e così successivamente, salvo quanto disposto dall'art. 8 - "Recesso in caso di sinistro" delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale.

Art. 10 - Oneri fiscali

Sono a carico del Contraente.

Art. 11 - Foro competente

Valgono le Norme di legge.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 13 - Prova

L'Assicurato è esonerato dal provare che il danno non si è verificato in conseguenza di eventi esclusi dalla garanzia.

Art. 14 - Indicizzazione

Le somme assicurate e il premio convenuti nel presente contratto sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati, pubblicato nel bollettino mensile dell'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice del mese di settembre dell'anno anteriore alla data di stipulazione del contratto con quello del mese di settembre dell'anno anteriore alla data di scadenza del premio, e tenendo conto dell'eventuale mutamento della base di calcolo. Gli aumenti o le riduzioni sono applicabili a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 Dicembre dell'anno di pubblicazione dell'indice da mettere a raffronto. Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni. Qualora, in conseguenza di uno o più adeguamenti, l'indice venisse a superare del 100% quello inizialmente stabilito, è in facoltà delle parti rinunciare ad ulteriori indicizzazioni, per cui somme assicurate e premio rimangono quelli risultanti dopo l'ultimo adeguamento. Sono soggetti ad adeguamento anche i massimali e gli altri limiti di garanzia non espressi in percentuale mentre le franchigie in cifra assoluta rimangono ferme.

Art. 15 – Assicurazione per conto altrui

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

Art. 16 – Rinuncia della Società all'azione di rivalsa

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

Art. 17 – Termine di Prescrizione

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

NORME COMUNI AI MODULI

(da ritenersi operative in quanto applicabili e salvo quanto diversamente previsto nei singoli moduli)

Art. 18 - Persone non assicurabili

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

Art. 19 - Controversie - Arbitrato Irrituale

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro (relativamente al modulo due "Diaria Ricovero da Malattia" e al modulo tre "Grandi Interventi Chirurgici") e sul grado di invalidità permanente, (relativamente al modulo uno "Infortuni" e al modulo quattro "Invalidità Permanente da Malattia") nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, possono essere demandate per iscritto dalle Parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituti di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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.

E' data facoltà al collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

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

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

Art. 20 - Tabella delle Valutazioni del Grado Percentuale di Invalidità Permanente (ex Tabella INAIL, Allegato N° 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124)

Per la Perdita Totale, anatomica o funzionale:

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Di un globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi.		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambi le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30	

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D		D
Di un rene con integrità del rene superstite		25	
Della milza senza alterazioni della crasi ematica		15	
Di un testicolo (non si corrisponde indennità)		0	
Dell'integrità della clavicola (esito di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione funzionale dei movimenti del braccio).		5	
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) in arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50		40
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40		30
Di un braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85		75
b) per amputazione al terzo superiore	80		70
Di un braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Di un avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Di tutte le dita della mano	65		55
Del pollice e del primo metacarpo	35		30
Del pollice	28		23
Dell'indice	15		13
Del medio		12	
Dell'anulare		8	
Del mignolo		12	
Della falange ungueale del pollice	15		12
Della falange ungueale dell'indice	7		6
Della falange ungueale del medio		5	
Della falange ungueale dell'anulare		3	
Della falange ungueale del mignolo		5	
Delle due ultime falangi dell'indice	11		9
Delle due ultime falangi del medio		8	
Delle due ultime falangi dell'anulare		6	
Delle due ultime falangi del mignolo		8	
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) con angolazione tra 110° - 75°:			
a) in semipronazione	30		25
b) in pronazione	35		30
c) in supinazione	45		40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25		20
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in flessione massima o quasi	55		50
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in estensione completa o quasi : in semipronazione	40		35
a) in pronazione	45		40
b) in supinazione	55		50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35		30
Della funzionalità dell'articolazione radio-carpica (anchilosi completa) in estensione	18		15
se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a) in semipronazione	22		18
b) in pronazione	25		22
c) in supinazione	35		30
Della funzionalità della articolazione coxo-femorale (anchilosi completa) con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
Di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	

DESCRIZIONE	Percentuali	
	D	D
Di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55
Di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50
Dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30
Dell'alluce e corrispondente metatarso		16
Del solo alluce		7
Di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3
Della funzionalità dell'articolazione del ginocchio (anchilosi completa rettilinea)		35
Della funzionalità della articolazione tibio-tarsica (anchilosi completa ad angolo retto).		20
Di lunghezza (semplice accorciamento) di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11

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

NOTE:

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

	Percentuali
a) con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%

- In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 21 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato/i subisca nello svolgimento dell'attività descritta in polizza nel Modulo Uno Infortuni (Mod. C/20.1), nei limiti delle somme assicurate, per la Combinazione di rischio assicurato prescelta, nonché alle condizioni che seguono, ed alle Condizioni Aggiuntive e Condizioni Particolari, se richiamate e rese operanti.

Art. 22 - Combinazioni Rischi Assicurati (validi e operanti solo se espressamente riportati nel Modulo Uno Infortuni – Combinazione Rischio Assicurato)

A) Infortuni Professionali ed Extraprofessionali

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

B) Infortuni solo Professionali

Quelli subiti dall'Assicurato/i nello svolgimento delle attività professionali dichiarate;

C) Infortuni solo Extraprofessionali

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

Art. 23 - Altri eventi garantiti (sempre operanti per tutte le combinazioni di rischio assicurato)

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni:

- alla guida di autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori e natanti da diporto, per uso privato;
- durante i viaggi in aereo effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri di trasporto pubblico, da chiunque eserciti, condotti da piloti professionisti;
- in qualità di passeggero su mezzi di trasporto terrestre e di superficie acquea;
- in stato di malore o incoscienza ;
- per imperizia, imprudenza, negligenza, anche gravi;
- per asfissia non di origine morbosa, per annegamento, assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, folgorazione, avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- per affezioni da morsi di animale o punture di insetti (**esclusa la malaria**);
- in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, aggressioni a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- per strappi muscolari, ernie traumatiche o da sforzo (**sono esclusi gli infarti di qualsiasi tipo**);
- per la pratica occasionale di sport aventi carattere amatoriale e/o ricreativo (salvo quanto previsto all'art. 24 punto 4).

Art. 24 - Infortuni esclusi

Tutti quelli derivanti da :

- 1) **guida di mezzi di locomozione aerea, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;**
- 2) **uso e guida di mezzi di locomozione subacquea ;**
- 3) **guida di veicoli/natanti a motore diversi da quelli indicati all'art. 23 "Altri eventi garantiti" e in ogni caso, se il conducente Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti;**
- 4) **pratica anche solo occasionale avente carattere amatoriale e/o ricreativo di : pugilato, atletica pesante, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bob, rugby , immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere, football americano, hockey su ghiaccio , su pista e su prato, discesa su rapide (rafting), regate oceaniche e traversate in altomare effettuate in solitario, sport equestri che prevedano un tesseramento alle competenti federazioni sportive, free climbing , jumping e sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria , non dichiarata.**

- 5) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli in circuiti, pur in assenza di competizione, salvo i corsi di guida sicura, di aeromobili compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio, di natanti a motore, in competizione e nelle relative prove;
- 6) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- 7) operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessarie da infortunio;
- 8) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, suicidio;
- 9) movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- 10) arruolamento volontario, nonché richiamo alle armi per mobilitazione o per altri motivi di carattere eccezionale (salvo quanto previsto all'art. 35 "Infortuni occorsi durante il servizio militare");
- 11) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 12) guerra od insurrezioni;
- 13) partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo e non limitativo, spedizioni esplorative o artiche, himalayane e/o andine).

Art . 25 - Estensione dell'assicurazione alle ernie traumatiche o da sforzo

L'assicurazione é estesa, limitatamente ai casi d'invalidità permanente e d'inabilità temporanea, alle ernie traumatiche o da sforzo, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia ;
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per inabilità temporanea fino ad un massimo di trenta giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale ;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, troverà applicazione l'art. 19 "Controversie - Arbitrato Irrituale" delle Norme Comuni ai Moduli.

Art . 26 - Caso di morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

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

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

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

Art. 26.1 - Morte presunta

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

Art. 27 - Invalidità Permanente

- a) **L'indennizzo per il caso di invalidità permanente é dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio denunciato ed in rapporto causale .**

- b) Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata.
- c) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità Permanente definitiva parziale, l'indennizzo per invalidità permanente viene calcolato sulla somma assicurata (ferma l'applicazione delle franchigie previste in polizza), in proporzione al grado di invalidità accertato, secondo i criteri e le percentuali indicate all'art. 20 "Tabella delle Valutazioni del Grado Percentuale di Invalidità Permanente" (ex Tabella INAIL , Allegato N° 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124) delle Norme Comuni ai Moduli .
- d) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva, non determinabile sulla base dei valori specificati nella suindicata tabella si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
- nel caso di minorazioni, anziché di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle specificate nella tabella, le percentuali sopraindicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori e dei criteri soprariportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopraindicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- e) La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.
- f) Il grado di invalidità viene stabilito al momento in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono divenute permanentemente irreversibili; **in caso di controversia vale l'art. 19 "Controversie - Arbitrato Irrituale" delle Norme Comuni ai Moduli.**
- g) **Pagamento anticipato di un indennizzo per grado di invalidità superiore al 20%**
Decorsi 90 giorni dall'infortunio, qualora si preveda - in basi ai normali criteri nosologici e medico legali - una invalidità permanente - Superiore al 20%, la Società anticiperà il pagamento di un indennizzo pari al 5% della somma assicurata, fino ad un massimo di € 5.200,00 .L'indennizzo pagato in anticipo, sarà dedotto da quanto dovuto, al netto di eventuali franchigie, in sede di liquidazione definitiva.

Art. 28 – Franchigia Modulata Invalidità Permanente

La somma assicurata per **INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO** è soggetta ad una franchigia del 3% pertanto la Società non liquida alcuna indennità se l'**INVALIDITA' PERMANENTE** è di grado non superiore al 3% della totale; se invece l'**INVALIDITA' PERMANENTE** è di grado superiore al 3% la Società liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali.

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

Art. 29 - Criteri di Indennizzabilità

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

Art . 30 - Inabilità Temporanea

L'indennizzo per l'inabilità temporanea è dovuto:

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

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni ed è cumulabile con quello dovuto per invalidità permanente o per morte. Se la denuncia è tardiva la diaria decorre dal giorno successivo a quello della denuncia. Per la durata della cura, l'Assicurato deve

inviare con continuità e sollecitudine certificati medici di proroga. In difetto, sarà considerata come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

Pagamento anticipato della diaria: Qualora l'inabilità temporanea totale superi i 45 giorni, la Società - accertatone il suo prolungamento - pagherà, su richiesta, la diaria pattuita in polizza corrispondente a detto periodo, previa deduzione di eventuale franchigia. Farà altrettanto per i periodi successivi di 45 giorni sempre che ne venga accertata la proroga.

Art . 31 – Franchigia Inabilità Temporanea

L'indennizzo per Inabilità temporanea si intende così corrisposto :

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

Art. 32 - Spese di Cura da Infortunio

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

- a) Onorari dei medici chirurghi;**
- b) Accertamenti diagnostici;**
- c) Terapie fisiche sostenute fino al 90° giorno successivo all'intervento (escluse cure termali e similari), spese farmaceutiche e relativi tickets;**
- d) Trasporto in ospedale o clinica con autoambulanza;**
- e) Retta di degenza, per un importo giornaliero non superiore al 2% della somma assicurata e con il massimo di € 260,00 per ogni giorno di degenza.**

Restano comunque escluse dal rimborso le spese per le cure odontoiatriche, delle paradontopatie e delle protesi dentarie quando non siano rese necessarie da infortunio . Il rimborso delle spese per le protesi dentarie, se indennizzabili, sarà effettuato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi e semprechè la protesi sia applicata entro e non oltre un anno dalla data del sinistro.

La Società effettua il rimborso, a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'assicurato, dell'originale dei documenti giustificativi.

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

Art. 33 - Diaria da ricovero da Infortunio

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

Art. 34 Franchigia Diaria da Ricovero da Infortunio

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

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

Art. 35 - Infortuni occorsi durante il servizio militare

L'assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni. È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva.

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

Art. 36 – Limite Catastrofale

Nel caso di un unico evento che provochi l'infortunio di più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 2.065.000,00.

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

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(valide solo se espressamente richiamate e rese operanti nelle Condizioni Aggiuntive di polizza - modulo Uno Infortuni - Mod. C/20.1)

1) Attività sportive speciali

A parziale deroga dell'art. 24 "Infortuni esclusi", la garanzia viene estesa alla pratica occasionale dei seguenti sport purché praticati a titolo ricreativo e/o amatoriale (esclusi, quindi, quelli esercitati in forma professionale): pugilato, atletica pesante, alpinismo con scalata di rocce od accesso ai ghiacciai, salto dal trampolino con sci o idrosci, bob, immersione con autorespiratore (esclusi i casi di embolie e/o conseguenze in genere della pressione dell'acqua), speleologia.

L'indennizzo viene corrisposto con i seguenti limiti:

- **caso morte : importo pattuito in polizza, ma con il limite massimo di € 78.000,00;**
- **caso invalidità permanente: non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 5%. Se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente . Tale franchigia annulla e sostituisce quelle pattuite in polizza;**
- **caso di inabilità temporanea : nessuna diaria anche se pattuita;**
- **caso di diaria da ricovero da infortunio: nessuna diaria anche se pattuita.**

2) Apparecchi gessati - Convalescenza Ospedaliera da Infortunio

Quando è pattuita la "Diaria da ricovero" e fermo quanto previsto dall'art. 33 "Diaria da ricovero da infortunio" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, l'assicurazione comprende:

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

3) Terremoto - Guerra

La garanzia vale per gli infortuni:

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

4) Viaggi aerei su velivoli privati

La garanzia é estesa a viaggi aerei effettuati, come passeggero, su velivoli plurimotori di ditte o privati condotti da piloti professionisti con esclusione delle trasvolate oceaniche. **Limitatamente a questa estensione, la garanzia é prestata per il caso di Morte e Invalidità Permanente con esclusione della Inabilità Temporanea se pattuita.**

5) Franchigia Invalidità Permanente a scaglioni di somme

Fermo quanto previsto all'art. 27 "Invalidità Permanente" e a deroga di quanto previsto all'Art. 28 "Franchigia Modulata Invalidità Permanente" delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, la liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità :

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

totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

6) Franchigia Invalidità Permanente Assoluta 5%

Fermo quanto previsto all'art. 27 "Invalidità Permanente" e a deroga di quanto previsto all'Art. 28 "Franchigia Modulata Invalidità Permanente" delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 5% .

Se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide solo se espressamente richiamate e rese operanti nelle Condizioni Particolari di polizza - modulo Uno Infortuni - Mod. C/20.1)

1) Rischio "in itinere" (per sole polizze limitate agli infortuni professionali)

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

2) Responsabilità Civile del Contraente - Raddoppio dell'indennizzo

a) La Società si obbliga a pagare - per conto del Contraente - l'ammontare del risarcimento per responsabilità civile fino a concorrenza del doppio dell'indennizzo dovuto rispettivamente per morte, invalidità permanente o inabilità temporanea.

La presente garanzia è prestata con un limite massimo totale, tra i due indennizzi, di € 520.000,00 per ogni persona infortunata.

Tale garanzia viene prestata alle seguenti condizioni:

- che l'infortunio sia indennizzabile a sensi di polizza;
- che il Contraente ne sia civilmente responsabile a sensi di legge;
- che l'Assicurato, i beneficiari o gli aventi diritto avanzino al Contraente pretese di risarcimento superiori all'indennizzo previsto dalla polizza.

b) Nel caso di infortunio che colpisca più assicurati, il maggior esborso della Società per la presente garanzia non potrà superare complessivamente l'importo previsto come "limite per sinistro".

c) La presente garanzia non è valida:

- quando l'Assicurato sia lo stesso Contraente o, nel caso di Società un amministratore o un socio a responsabilità limitata;
- quando l'Assicurato sia coniuge, ascendente o discendente delle persone sopraindicate, oppure sia parente o affine fino al terzo grado, in quanto conviva con esse o sia a loro carico;
- quando l'Assicurato sia soggetto all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro.

d) Il Contraente deve informare prontamente la Società di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto, trasmettere tutti gli atti (giudiziali ed extragiudiziali), nonché fornire notizie, chiarimenti e quant'altro riguardano la vertenza.

e) La Società, cui sono conferiti dal Contraente i più ampi poteri per la trattazione e liquidazione diretta del sinistro, assume e dirige la causa a nome del Contraente, in sede civile, a mezzo di legali da essa prescelti, sostenendone le spese.

La Società, inoltre, si riserva la facoltà di assumere e dirigere la difesa dell'imputato, in caso di procedimento penale.

3) Esonero dall'obbligo di denuncia di infermità, mutilazioni o difetti fisici

Il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'art. 29 "Criteri di Indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni.

HELVETIA ASSISTANCE

(valida solo se espressamente richiamata mediante crocettatura nel frontespizio di polizza C/20 Polizza Multirischi Persona")

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per usufruire delle prestazioni previste, l'Assicurato o chi per esso dovrà rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla Struttura Organizzativa di Europ Assistance Service SpA, **in funzione 24 ore su 24**, nei seguenti modi:

telefonando dall'Italia

numero verde 800.01.69.10

telefonando dall'estero

numero di Milano 02/58.28.61.71

inviando un telegramma o una lettera raccomandata a:

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

inviando un fax al numero 02/58.47.72.01

L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa:

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

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della Struttura Organizzativa.

La Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

DEFINIZIONI RELATIVE A HELVETIA ASSISTANCE

Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Centrale di Telemedicina	è la struttura SOIT – Second Opinion Italy S.r.l. costituita da medici ed operatori – che è in funzione dalle ore 9.00 alle 17.00, dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali. Tale struttura, in base all'accordo con il Centro Medico Internazionale di riferimento, provvede alla gestione ed all'erogazione della seconda opinione medica.
Centro Medico Internazionale di riferimento	le strutture sanitarie ed i centri clinici della U. C. S. F. di Stanford (USA) come fulcro del network internazionale di Ospedali e Medici Specialisti che provvede alla formulazione della seconda opinione medica a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.
Effetto e durata	dalla data di decorrenza della polizza e per tutta la durata della stessa.
Estensione Territoriale	mondo intero.
Helvetia Assistance	è il servizio di pronta assistenza, organizzato da Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia in collaborazione con Europ Assistance Service S.p.A.
Infortunio	sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Malattia	ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia Preesistente	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della polizza.
Malattia Improvvisa	malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.
Prestazioni	sono le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.
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.
Società	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Struttura Organizzativa	la struttura di Europ Assistance Service S.p.A. - Piazza Trento, 8 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Compagnia al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Compagnia.

PRESTAZIONI HELVETIA ASSISTANCE

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 Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa, 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 Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

3. 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 Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone la Società l'onorario **fino ad un massimo di € 200,00 per sinistro**.

4. Invio di un fisioterapista al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici derivanti da infortunio, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, **assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di 200,00 Euro per sinistro**.

5. 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 Struttura Organizzativa 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)**.

6. 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 Struttura Organizzativa 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 proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 100,00 per sinistro.

7. 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 Struttura Organizzativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante**, la Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga in Italia)
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato
 - treno, prima classe, 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 Struttura Organizzativa.

Non danno luogo alla prestazione:

- **le infermità o 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.**

8. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui al precedente punto 7, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro **con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo** in base alle condizioni del paziente mediante:

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa. **L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilire i necessari contatti.**

9. 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 Struttura Organizzativa 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.

10. Second Opinion

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

Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeutamente, necessiti di consulenza medica relativa ad un approfondimento del proprio stato di salute, l'Assicurato stesso potrà contattare i medici della Struttura Organizzativa al fine di ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

Nel caso si ritenga opportuno richiedere una seconda valutazione clinico-diagnostica, la Struttura Organizzativa metterà in contatto l'Assicurato con la Centrale di Telemedicina ed effettuerà la seconda opinione medica avvalendosi dell'esperienza dei propri medici specialisti qualificati a livello internazionale.

Per beneficiare della prestazione, l'Assicurato dovrà spiegare ai medici della Centrale di Telemedicina il caso clinico per il quale richiede l'approfondimento o la seconda opinione medica.

I medici della Centrale di Telemedicina, inquadrato il caso con l'Assicurato e concordata la necessità della seconda opinione medica, procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria ed elaborano i quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti.

La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa al Centro Medico Internazionale di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, formula una risposta scritta, che verrà inviata all'Assicurato per il tramite della Struttura Organizzativa. Entro 7 giorni dalla data di ricevimento della seconda opinione medica è facoltà dell'Assicurato richiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Struttura Organizzativa ed

eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del Centro Medico Internazionale di riferimento mediante collegamento telefonico o video conferenza.

Concordata con la Centrale di Telemedicina e con il medico curante la necessità di una video conferenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla Centrale di Telemedicina, alla video conferenza stessa.

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. 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 Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete, assumendone la Società i costi fino ad un massimo di 8 ore lavorative per sinistro.

La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.

2. 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 Struttura Organizzativa 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.

3. Anticipo spese mediche

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa pagherà, per conto dell'Assicurato, le fatture **fino ad un importo massimo di € 500,00 per sinistro.**

La prestazione non è operante:

- **nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa;**
- **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 Struttura Organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.**

Al rientro l'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

4. 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 Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo on base alle condizioni del paziente mediante:

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

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

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

Non danno luogo alla prestazione:

- **le infermità o 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.**

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

5. 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 4, ed i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa 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.**

6. 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 dieci giorni, la Struttura Organizzativa 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 sino ad un massimo di 500,00 Euro per sinistro. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

7. 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 Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa adeguate informazioni sui sinistri che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato.

Tali informazioni saranno documentate successivamente su richiesta della Struttura Organizzativa.

8. 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 Struttura Organizzativa 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.

9. 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 Struttura Organizzativa 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.

10. Rientro salma

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato sia deceduto, la Struttura Organizzativa 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 € 3.000,00** per sinistro, ancorché siano coinvolti più assicurati. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore dell'importo massimo previsto (€ 3.000,00), la prestazione diventerà operante nel momento in cui in Italia la Struttura Organizzativa 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, sports aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e 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 e le malattie preesistenti dichiarate nel questionario anamnestico ed escluse dalla coperture assicurativa dalla Società;**
 - g) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcoolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;**
 - h) l'espianto e/o il trapianto di organi.**
 - 4. Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.**
 - 5. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**
 - 6. Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 Cod. Civ.**
 - 7. Per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni della legge italiana.**
 - 8. Il diritto alle assistenze fornite dalla Società, decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.**
 - 9. La polizza è regolata dalle legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.**
 - 10. La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.**
-

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI NEL TESTO E NEI MODULI DI POLIZZA

(A titolo puramente esemplificativo si riportano i testi degli articoli del Codice Civile. Gli articoli sono riportati integralmente; nel testo e nei moduli di polizza può essere fatto riferimento anche soltanto ad una parte degli stessi).

Art. 60 Altri casi di dichiarazione di morte presunta

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

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

Art. 1341 Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza (1370, 2211). In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, (1229), facoltà di recedere dal contratto(1373) o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze (2964 e seguenti), limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni (1462), restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi (1379, 2557, 2596), tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole commissorie (Cod. Proc. Civ. 808) o deroghe (Cod. Proc. Civ. 6) alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate (1370). Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

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

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

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

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione (2756).

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

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento (1441 e seguenti) del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore decade (2964 e seguenti) dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza (1932).

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

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

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

Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893 (1391,1932).

Art. 1897 Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi (2964) dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese (1932; att. 187).

Art. 1898 Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato (1926). L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese (2964) dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza (1335) dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso (1932; att. 187).

Art. 1901 Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto (1453 e seguenti) se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita (1919 e seguenti, 1924,1932; att. 187).

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

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

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

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto (att. 187).

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato (1203), fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili (1589). Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o a affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione (1589). Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali. **NOTA** Il secondo comma è stato dichiarato illegittimo dalla Corte Costituzionale (21 maggio 1975, n. 117) per ciò che riguarda il non annoverare, fra le persone nei confronti delle quali non è ammessa la surrogazione, il coniuge dell'assicurato.

Art. 2952 Prescrizione in materia di assicurazione

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

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono **in due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazione SA

Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano – tel. 02.53.51.1 (20 linee) – telefax 02.53.51.322
e-mail: direzione@helvetia.it – www.helvetia.it

Anno di fondazione 1861 - Capitale Sociale franchi svizzeri 77.480.000 i.v.
Cod. Fisc. Part. I.V.A. 01462690155 - R.E.A. n. 370476
Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 2.00002 - Iscr. Albo Gruppi Ass. n° d'ord. 031
Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric. del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984
pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n. 357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97
pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

