

HELVETIA
ASSICURAZIONI

Diaria da Ricovero

QUALITÀ E SERVIZIO

DEFINIZIONI

Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.	prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati.
Assicurazione	la polizza di assicurazione.	Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Contraente	il soggetto che stipula l'assicurazione.	ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.
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 richiedano, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continue.	
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.	Malattia
Infortunio	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.	Malattia Preesistente
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	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della polizza.
		Polizza Premio
		il documento che prova l'assicurazione.
		la somma dovuta dal Contraente alla Società per l'assicurazione, dovuta per intero indipendentemente dal frazionamento pattuito in polizza.
		Recesso Ricovero
		scioglimento del vincolo contrattuale.
		degenza dovuta a malattia e/o infortunio comportante necessità di pernottamento in Istituto di cura, regolarmente autorizzato a fornire assistenza sanitaria.
		Società
		l'Impresa assicuratrice.
		Sinistro
		il verificarsi dell'evento dannoso.

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 Cod. Civ.).

Art. 2 - Altre assicurazioni

Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, il Contraente/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, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

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

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

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

Le modifiche contrattuali devono essere provate dalle Parti per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio

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 Cod. Civ.).

Art. 6 - 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.

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente/Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società o all'Agenzia entro 3 giorni da quando ne ha avuto possibilità (art. 1913 del Cod. Civ.), con certificato medico, da cui risulti la diagnosi circostanziata. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, 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 Cod. Civ.).

Art. 7 - 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.

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.

Il recesso non può essere esercitato dalla Società decorsi due anni dalla data di effetto della polizza, salvo quanto previsto dall'art. 1 - "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e dall'art. 14 - "Persone non assicurabili" delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale.

Art. 8 - 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. 7 - "Recesso in caso di sinistro" delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale.

Art. 9 - Oneri fiscali

Sono a carico del Contraente.

Art. 10 - Foro competente

Valgono le Norme di legge.

Art. 11 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 12 - Prova

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

Art. 13 - Indicizzazione

Le somme assicurate e il premio convenuti nella presente polizza 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 della polizza 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. 14 - 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 (alcool, stupefacenti, psicofarmaci, allucinogeni), da sieropositività HIV o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei, epilessia, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso della polizza, l'assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Cod. Civ., 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 della polizza ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. 15 - Termine di Prescrizione

A norma dell'art. 2952 del Cod. Civ., 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. 16 - 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 e 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 salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali 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.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE "DIARIA DA RICOVERO"

Art. 17 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa

L'assicurazione ha effetto a partire dalle ore 24:

- del giorno del perfezionamento della polizza per gli infortuni;
- del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della polizza per le malattie;
- del 360° (trecentosessantesimo) giorno successivo a quello di effetto della polizza per il parto cesareo, l'aborto non volontario, le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di una stessa polizza.

Art. 18 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante per ricoveri relativi a:

- a) infortuni e malattie, preesistenti alla stipulazione della polizza, che abbiano dato origine a cure, ricoveri o diagnosi;
- b) cure o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla stipulazione della polizza;
- c) malattie mentali, disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) conseguenze di intossicazioni causate da abuso di alcool e/o di psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- e) interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza e il parto naturale (non cesareo);
- f) conseguenze di azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- g) prestazioni aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, resi necessari da infortunio;
- h) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del paradonto, non rese necessarie da infortunio;
- i) eliminazione e/o correzione dei difetti di rifrazione quali la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia.
- j) malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65, n° 1124 e successive modifiche;
- k) prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M del 08/11/91 pubblicato sulla G.U n° 262 e successive modifiche);
- l) 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 e i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisio-terapico di mantenimento;

- m) degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali;
- n) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo, nonché terapie della sterilità acquisita e/o dell'impotenza dei singoli partner della coppia;
- o) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni e 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;
- p) interventi sulle tonsille e vegetazioni adenoidi su persone di età inferiore a 9 anni;
- q) infortuni derivanti dalla guida di mezzi di locomozione aerea;
- r) infortuni derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquea;
- s) 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;
- t) infortuni derivanti dalla 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 (ultra-leggeri, deltaplani, parapendio);
- u) infortuni derivanti dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizione non di regolarità pura e nelle relative prove;
- v) infortuni derivanti da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- w) infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, aggressioni, sempreché l'Assicurato Vi abbia preso parte attiva;
- z) infortuni derivanti da arruolamento volontario, nonché richiamo alle armi per mobilitazione o per altri motivi di carattere eccezionale.

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

Art. 19 - Pagamento Indennizzo

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione, in originale, della relativa documentazione sanitaria (cartella clinica e certificati medici). Per i ricoveri avvenuti all'estero, la diaria verrà corrisposta in Italia in Euro.

Art. 20 - Validità territoriale dell'assicurazione

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 21 - Rinuncia della Società all'azione di rivalsa

La Società, in caso di ricovero conseguente ad infortunio, rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Cod. Civ..

HELVETIA ASSISTANCE

(valida solo se espressamente richiamata mediante crocettatura nel frontespizio della polizza "Diaria da Ricovero" - Mod. C/15)

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per usufruire delle prestazioni previste, l'Assicurato o chi per esso dovrà rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla Centrale Operativa 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

Oppure inviando un telegramma o una 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 ELCO;
- 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

Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
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 la Società, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.
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 dall'Helvetia Assicurazioni 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 obiettivamente 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 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 Centrale Operativa 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	l'Impresa assicuratrice.

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 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. 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, 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 € 100 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 Centrale Operativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di € 200 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 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 100 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 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 proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 100 per sinistro.

7. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'Assicurato sia ritenuto 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 curare l'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, 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 Centrale Operativa.

Non danno luogo alla prestazione:

- 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.

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

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 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, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, 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 Operativa.

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.

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 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.

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 Centrale Operativa 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 Centrale Operativa.

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) irripetibili 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.

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 Centrale Operativa pagherà, per conto dell'Assicurato, le fatture fino ad un importo massimo di € 250 per sinistro.

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.

Al rientro l'Assicurato dovrà 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 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 Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, rendano neces-

sario 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, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, 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 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 sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio.

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 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.

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 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 sino ad un massimo di € 250 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 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 su richiesta della Centrale Operativa.

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 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.

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 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.

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.

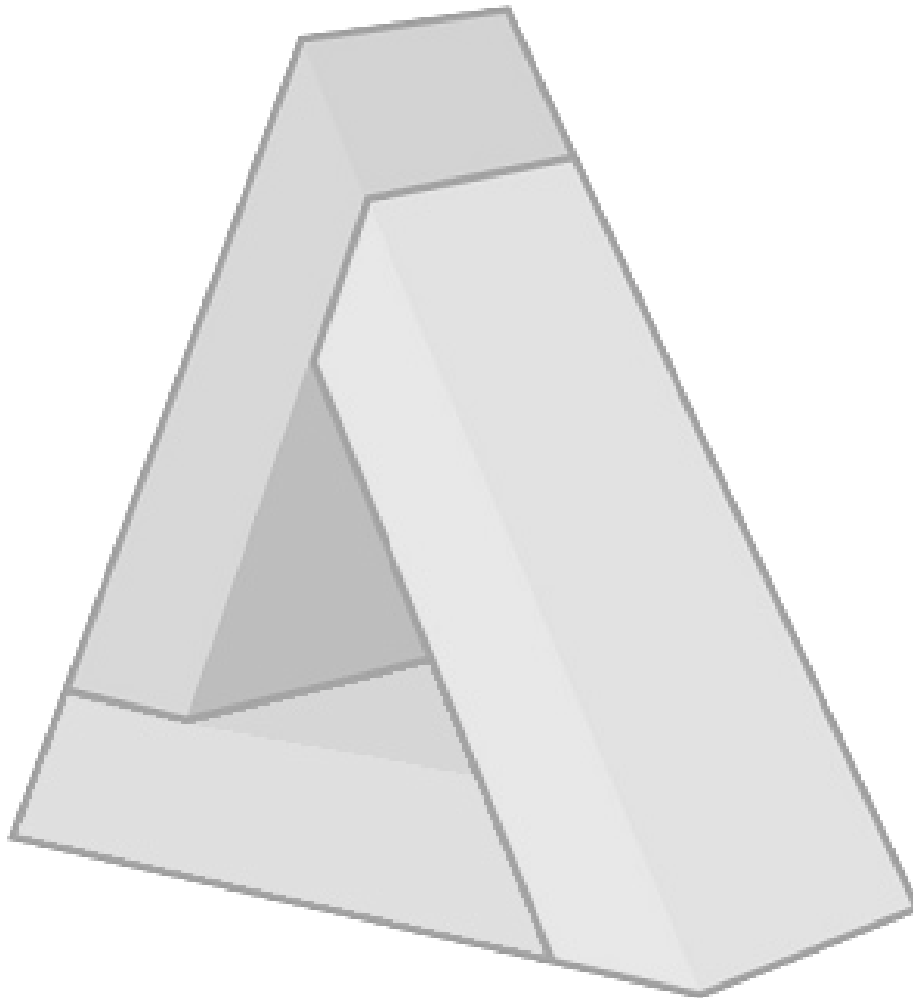
ESCLUSIONI ED EFFETTI GIURIDICI RELATIVI AL SERVIZIO HELVETIA ASSISTANCE

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 6° mese e dal puerperio; malattie, preesistenti alla stipulazione della polizza, che abbiano dato origine a cure, ricoveri o diagnosi;
 - g) malattie ed 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 un anno 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 Centrale Operativa 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 Centrale Operativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.

Il presente fascicolo "Diaria da Ricovero" - Mod. C/16 - contenente le Norme che regolano l'assicurazione in generale, le Norme che regolano l'assicurazione "Diaria da Ricovero", le Condizioni Helvetia Assistance, costituisce, congiuntamente con la polizza "Diaria da Ricovero" - Mod. C/15 - il contratto di assicurazione.

Testo conforme a quello depositato presso il Notaio Patrizia Leccardi in Milano con atto
in data 18/02/2003 N° 1114/562 del suo repertorio.

HELVETIA



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

Sede Legale: via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano - Italia - Tel.025351.1 (20 linee) - Telefax 025351277-5351334

internet - www.helvetia.it

Anno di fondazione 1861 - 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 Prov. Isvap n. 00757 del 19/12/97 pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97