

**HELVETIA**  
**ASSICURAZIONI**

**Famiglia Sicura**

**QUALITÀ E SERVIZIO**

## NOTA INFORMATIVA SULLA TRASPARENZA PER RAMI DANNI

Predisposta ai sensi dell'art.123 del decreto Legislativo 17 marzo 1995 n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 "Obblighi di informativa nei contratti di assicurazione diretta diversa dalle assicurazioni sulla vita" e dalla circolare I.S.V.A.P. n° 417/D del 28/9/2000 "Nota informativa precontrattuale nel ramo malattia".

### INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Il contratto è concluso con la sede legale della Società sita in Italia, via G.B. Cassinis n° 21 - Milano.  
La Società helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia - è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto di ricognizione del Ministero Industria, Commercio ed Artigianato del 26/11/1984, pubblicato sul supplemento n° 2 Gazzetta Ufficiale n° 357 del 31/12/1984, seguente l'autorizzazione del 29/07/1958 di cui al D.L. n. 3301 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 199 del 19/08/1958.

### INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

**Legge applicabile** - La Società prevede di applicare al contratto che verrà stipulato la legge italiana.

Ai sensi dell'art. 122 del D. LGS. N° 175/95, le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

**Reclami in merito al contratto** - Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società (presso l'Ufficio Reclami - Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano - fax 02 53 51 794 - reclami@helvetia.it). Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del Paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'I.S.V.A.P. faciliterà le comunicazioni tra l'Autorità competente e il Contraente.

**Durata del contratto** - Alla scadenza pattuita, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 3 mesi prima della scadenza dell'assicurazione (1 mese qualora il contratto fosse stipulato con un "consumatore" come definito dall'art.1649 bis del C.C.), quest'ultima è prorogata per un anno.

**Periodo di carenza contrattuale** - L'assicurazione prevede, per i contratti con garanzie Malattia, dei periodi di carenza, cioè dei periodi durante i quali non viene prestata la garanzia. Tali periodi possono variare secondo quanto stabilito dalle condizioni di polizza alla clausola "Termini di aspettativa".

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

**Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto** - I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 codice civile.

Nell'assicurazione della Responsabilità Civile, il termine di un anno decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

**SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITÀ DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO, CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALLE ESCLUSIONI DI GARANZIA A ALLE GARANZIE PRESTATE, PREVISTE NEL CONTRATTO.**

## DEFINIZIONI

---

|                      |  |                              |  |
|----------------------|--|------------------------------|--|
| <b>Assicurato</b>    | il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.  | <b>Invalidità Permanente</b> | 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. |
| <b>Assicurazione</b> | il contratto di assicurazione.   | <b>Polizza</b>               | il documento che prova l'assicurazione.  |
| <b>Beneficiario</b>  | gli eredi dell'Assicurato, o altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte. | <b>Premio</b>                | la somma dovuta dal Contraente alla Società.   |
| <b>Contraente</b>    | il soggetto che stipula l'assicurazione.   | <b>Recesso</b>               | scioglimento del vincolo contrattuale.   |
| <b>Franchigia</b>    | è la parte dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato, nel caso che ciò sia stato preventivamente concordato nella polizza.             | <b>Sforzo</b>                | impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie attività e dagli atti di forza lavorativi dell'Assicurato.                               |
| <b>Indennizzo</b>    | la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.   | <b>Sinistro</b>              | il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.  |
| <b>Infortunio</b>    | l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.                                   | <b>Società</b>               | l'Impresa assicuratrice.   |

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

---

### Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

### 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, purché le somme complessivamente rimosse 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 del 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

Il Contraente o l'Assicurato 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 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato (art. 1897 del Cod. Civ.) 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 Cod. Civ.).
- La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato

medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; 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 (art. 1915 del Cod. Civ.).

#### **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.

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 dalla polizza, 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 nella presente polizza sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale dei prez-

zi 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. 15 - 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. 16 - 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. 17 - Validità territoriale dell'assicurazione**

L'assicurazione vale per il mondo intero.

#### **Art. 18 - Rinuncia della Società all'azione di rivalsa**

In caso di infortunio, la Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Cod. Civ..

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE "FAMIGLIA SICURA"

### Art. 19 - Oggetto dell'assicurazione.

L'assicurazione vale per gli infortuni che possano subire il Contraente e/o uno o più dei suoi famigliari (risultanti dallo stato di famiglia) nello svolgimento delle loro attività NON AVENTI carattere professionale. È invece compresa l'attività di casalinga, studente e pensionato.

L'assicurazione vale durante il servizio di leva purché l'evento sia occorso al di fuori di qualsiasi attività correlata al servizio stesso.

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 animali 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 (sono esclusi gli infarti di qualsiasi tipo);
- per pratica di sport, a titolo ricreativo salvo quelli esclusi dall'art. 26 punto 4.

### Art. 20 - Estensione dell'assicurazione alle ernie traumatiche o da sforzo

L'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente, alle ernie traumatiche e alle ernie addominali da sforzo, con l'intesa che :

- la copertura assicurativa decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- 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. 25 "Controversie – Arbitrato irrituale" delle "Norme che regolano l'assicurazione Famiglia Sicura".

### Art. 21 - Caso di morte

a) 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 è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un inden-

nizzo 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.

### b) 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 dell'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. 22 - Invalidità Permanente

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

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 (fermo quanto previsto dal successivo art. 23 Franchigia Modulata Invalidità Permanente), in proporzione al grado di invalidità accertato, secondo i criteri e le percentuali indicate nella seguente Tabella.

### TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE (ex Tabella INAIL, Allegato n° 1 D.P.R. 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 entrambe le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale) |             | 18 |   |

segue "TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE"

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

| DESCRIZIONE   | Percentuali |    |   |
|---|-------------|----|---|
|   | D           | == | S |
| 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 |   |
| 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:

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

6. 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.

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. 25 "Controversie - Arbitrato irrituale" delle Norme che regolano l'assicurazione Famiglia Sicura.

g) **Pagamento anticipato di un indennizzo per grado di invalidità superiore al 20%**

Decorso 90 giorni dall'infortunio, qualora si preveda, in base ai normali criteri nosologici e medico legali accertati dalla Società, un'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. L'indennizzo pagato in anticipo sarà dedotto da quanto dovuto, al netto di eventuali franchigie, in sede di liquidazione definitiva.

h) 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.

#### Art. 23 - Franchigia Modulata Invalidità Permanente

La somma assicurata per invalidità permanente da infortunio è soggetta ad una franchigia del 3% e pertanto la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 3% della totale; se invece l'invalidità 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. 24 - Criteri di Indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona 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. 22 "Invalidità Permanente" delle Norme che regolano l'assicurazione Famiglia Sicura, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

#### Art. 25 - Controversie - Arbitrato irrituale

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

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 24 delle Norme che regolano l'assicurazione "Famiglia Sicura", possono essere demandate per iscritto 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 nomi-

na 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.

È 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. 26 - Infortuni esclusi**

Tutti quelli derivanti e/o causati 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 indi-

cati all'art. 19 "Oggetto dell'assicurazione" e in ogni caso, se il conducente Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti;

- 4) pratica anche solo ricreativa di: 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 (ultraleggeri, deltaplani, parapendio), football americano, hockey su ghiaccio, su pista e su prato, discesa su rapide, free climbing, jumping e limitatamente al calcio e allo sci tutte le gare e/o gli allenamenti organizzati o patrocinati dalla "F.G.C.I." o dalla "F.I.S.I.";
- 5) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli, aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio e natanti a motore, in competizione e nelle relative prove;
- 6) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- 7) reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; suicidio;
- 8) movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- 9) arruolamento volontario, nonché richiamo alle armi per mobilitazione o per altri motivi di carattere eccezionale;
- 10) 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.) ;
- 11) guerra od insurrezioni.

## HELVETIA ASSISTANCE

(valida solo se espressamente richiamata mediante crocettatura nel frontespizio della polizza "Famiglia Sicura" - Mod. C/400)

### 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  
telefonando dall'estero

**numero verde 800.01.69.10**  
**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

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>Assicurato</b>              | il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.   |
| <b>Centrale Operativa</b>      | 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. |
| <b>Effetto e durata</b>        | dalla data di decorrenza della polizza e per tutta la durata della stessa.  |
| <b>Estensione Territoriale</b> | mondo intero.   |
| <b>Helvetia Assistance</b>     | è il servizio di pronta assistenza, organizzato dall'Helvetia Assicurazioni in collaborazione con Europ Assistance Service S.p.A.   |
| <b>Infortunio</b>              | sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.   |
| <b>Malattia</b>                | ogni obiettivamente alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.   |
| <b>Malattia Preesistente</b>   | malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti alla sottoscrizione della polizza.   |
| <b>Malattia Improvvisa</b>     | 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.  |
| <b>Prestazioni</b>             | sono le assistenze prestate dalla Centrale Operativa all'Assicurato.  |
| <b>Sinistro</b>                | il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della polizza e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.  |
| <b>Società</b>                 | 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) irrimediabili 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 necessario il Suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza in Italia, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo in base alle condizioni del paziente, mediante:

- aereo sanitario (la Centrale Operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi Europei);
- aereo di linea, 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 ed al 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 dalla 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.

## Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs 196/2003

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

### 1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento

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

### 2. Modalità di trattamento dei dati

Il trattamento:

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

### 3. Conferimento dei dati

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

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

### 4. Rifiuto di conferimento dei dati

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

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

### 5. Comunicazione di dati

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

### 6. Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

### 7. Trasferimento dei dati all'estero

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

### 8. Diritti dell'interessato

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

### 9. Titolare e responsabile del trattamento

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

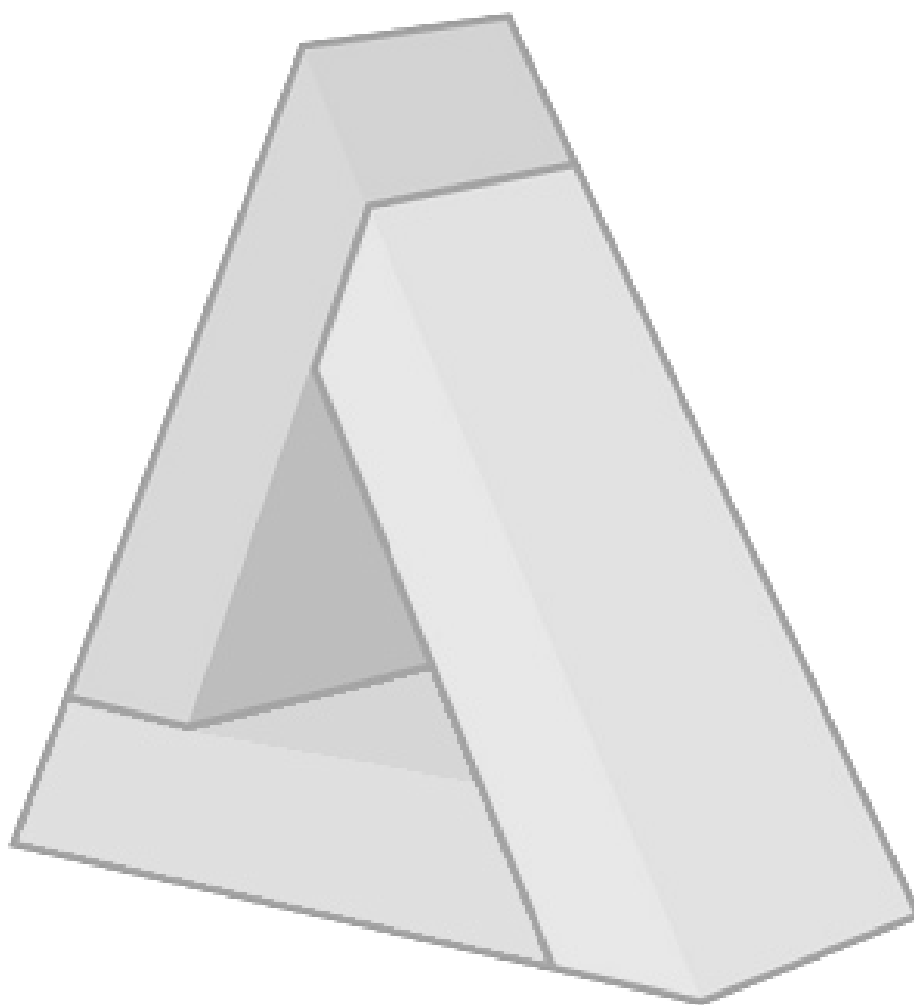
Responsabile del trattamento informatico dei dati è GE.SI.ASS S.c. a r.l., Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano, fornitrice dei servizi informatici alla Società.

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

Il presente fascicolo "Famiglia Sicura" - Mod. C/400 A - Ed. 04/2004 contenente le Norme che regolano l'assicurazione in generale, le Norme che regolano l'assicurazione "Famiglia Sicura", le Condizioni Helvetia Assistance, costituisce, congiuntamente con la polizza "Famiglia Sicura" - Mod. C/400 - il contratto di assicurazione.

Testo conforme a quello depositato presso il Notaio Patrizia Leccardi in Milano con atto in data 10/06/2004 N° 1825/930 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 025351546-5351334  
internet - [www.helvetia.it](http://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 Provv. Isvap n. 00757 del 19/12/97 pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97