

Coperture Infortuni Ciclisti

Polizza infortuni 46381669



Garanzie prestate:

- ✓ Morte: 80.000,00 euro;
- ✓ Invalidità permanente: 80.000,00 euro
 - Franchigia assoluta 9%
- ✓ Rimborso spese mediche da infortunio: 1.00,00 euro (scoperto 100,00 euro)
- ✓ Attività: Ciclismo.

Effetto: ore 24,00 31/12/2017 – ore 24,00 31/12/2018.


Fabio Massimo Quacquarelli
CEO

Helvetia Infortuni Associazioni Sportive

Fascicolo Informativo

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- Nota Informativa, comprensiva del Glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve esser consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione.

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Sommario

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

3. Durata e rinnovo del contratto
4. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni
5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio
6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione
7. Premi
8. Adeguamento del premio, delle somme assicurate
9. Diritto di recesso
10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto
11. Legge applicabile al contratto
12. Regime fiscale
13. Informazioni in corso di contratto

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri – liquidazione dell'indennizzo
15. Reclami
16. Arbitrato

Mod. H841 - Ed. 02/2017

GLOSSARIO

Nota Informativa

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Denominazione sociale e forma giuridica

L'impresa di assicurazione – denominata nel seguito "Società" – è Helvetia Compagnia Svizzera di Assicurazioni SA – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, appartenente al Gruppo assicurativo Helvetia, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi con il numero 031.

Sede

La Sede è in Italia in via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano.

Recapito telefonico, sito internet e indirizzo di posta elettronica ordinaria e certificata

tel. 02 53511, sito internet www.helvetia.it, e-mail marketing@helvetia.it, pec: helvetia@actalisCERTymail.it

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

La Società, operante in Italia in regime di stabilimento sotto il controllo dell'IVASS, è iscritta all'albo delle imprese di assicurazione con il numero 2.00002. La Società è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto di ricognizione del Ministero dell'Industria, Commercio e Artigianato del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento n. 2 della Gazzetta Ufficiale n. 357 del 31/12/1984 e con provvedimento ISVAP n. 00757 del 19/12/1997 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 298 del 23/12/1997.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

I dati relativi all'ultimo bilancio approvato (2015) indicano che la Società ha un patrimonio netto di 122,1 milioni di euro, di cui 55 milioni di euro relativi al fondo di dotazione della Rappresentanza e 13 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali ed un indice di solvibilità riferito alla gestione danni del 217% (si precisa che tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

B. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

HELVETIA INFORTUNI ASSOCIAZIONI SPORTIVE è un'assicurazione che offre una gamma di garanzie a favore delle Associazioni Sportive per la copertura degli infortuni.

3. Durata e rinnovo del contratto

La polizza può essere stipulata sia nella forma con tacito rinnovo sia nella forma senza tacito rinnovo e può avere durata annuale o minor durata. Qualora fosse scelta la prima forma, la polizza, in assenza di disdetta, si rinnova tacitamente – ad ogni scadenza – per un anno; in caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cessa alla scadenza del contratto. Qualora, invece, fosse scelta la seconda forma (senza tacito rinnovo), la polizza non prevede tacito rinnovo e pertanto la copertura assicurativa cessa alla scadenza pattuita.

AVVERTENZA:

Le Parti possono dare disdetta inviando all'altra almeno 60 giorni prima della scadenza (originaria o rinnovata) del contratto mediante lettera raccomandata, così come indicato all'articolo "Durata del contratto" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

4. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La garanzia è operante esclusivamente per gli infortuni subiti dai soci/iscritti/associati nei registri del Contraente, durante la partecipazione a gare, competizioni e campionati effettuati sotto l'egida della competente federazione e relative prove ed allenamenti, nonché durante i trasferimenti collettivi effettuati dal luogo comune di ritrovo sino a quello della gara/competizione e viceversa.

Garanzie Prestate

Il contratto ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie:

- MORTE PER INFORTUNIO (SE RICHIAMATA E RESA OPERANTE);
- INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO;
- RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO (SE RICHIAMATA E RESA OPERANTE).

• CASO DI MORTE (ART. 24)

La Società corrisponde, in caso di decesso dell'Assicurato, la somma assicurata indicata in polizza ai beneficiari designati.

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

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

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

• CASO INVALIDITÀ PERMANENTE (ART. 25)

La Società corrisponde un indennizzo in caso di invalidità permanente da infortunio.

L'indennizzo 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, ed è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale di invalidità permanente accertata al netto dell'eventuale franchigia, utilizzando i seguenti criteri:

- a) se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata;
- b) se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata (fermo quanto previsto dall'Art. 25 "Invalidità Permanente", in proporzione al grado di invalidità permanente accertato, secondo i criteri e le percentuali indicate nella TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE (ex Tabella INAIL, Allegato N° 01 D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124).

Per il dettaglio delle percentuali attribuite si rimanda alla tabella dell'Art. 25 delle "Norme che regolano l'assicurazione Infortuni".

AVVERTENZA:

Il grado di invalidità viene stabilito al momento in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono divenute permanentemente irreversibili; in caso di controversia, vale quanto previsto dall'Art. 16 "Controversie – Arbitrato irrituale" delle "Norme che regolano l'assicurazione in generale".

La somma assicurata per Invalidità permanente da infortunio è soggetta ad una franchigia del 5% e pertanto la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente è di grado superiore al 5%, la Società liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Al fine di chiarire le modalità di applicazione delle franchigie, si riporta un esempio:

Tipologia di evento: Infortunio con Invalidità permanente accertata pari al 20%

Franchigia prevista: Assoluta 5% Somma Assicurata : € 100.000,00

Importo liquidato: € 15.000,00 così calcolato: 15% (20% - 5% di franchigia = 15%) sulla somma assicurata di € 100.000,00

• CASO RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO (ART. 26)

La Società rimborsa – sino alla concorrenza della somma assicurata indicata in Polizza, le spese rese necessarie da un evento indennizzabile come infortunio come disposto dall'art. 26 – Rimborsamento spese di cura da infortunio – delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni con uno scoperto per sinistro del 20% con il minimo di € 100,00.

Restano comunque escluse dal rimborso le spese per le cure odontoiatriche, delle parodontopatie e delle protesi dentarie.

AVVERTENZA:

Si segnala, in relazione alla garanzia Rimborsamento spese di cura da infortunio, la presenza di limitazioni per anno assicurativo espresse in percentuale e in limite di somma assicurata, come disposto dall'art. 26 – Rimborsamento spese di cura da infortunio – delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni.

In particolare:

- trattamenti fisioterapici e rieducativi fino al 90° giorno successivo all'infortunio (escluse cure termali e similari) fino a concorrenza del 20% della somma assicurata;
- per il trasporto in ambulanza dell'Assicurato all'Istituto di cura e viceversa, fino a concorrenza del 20% della somma assicurata;
- per le rette di degenza, con il massimo di € 200,00 per ogni giorno di degenza.

AVVERTENZA:

Si richiama particolare attenzione sulla presenza di Delimitazioni ed esclusioni (Art. 22 "Infortuni esclusi" delle "Norme che regolano l'assicurazione Infortuni").

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – nullità

Al fine di poter effettuare una corretta valutazione, l'Assicuratore deve necessariamente conoscere tutte le circostanze che possono avere influenza sul rischio.

AVVERTENZA:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile (vedi Art.1- "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" – delle "Norme che regolano l'assicurazione in generale").

Particolare rilevanza assumono le condizioni di inassicurabilità degli Assicurati, posto 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 - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione. Il manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto costituisce aggravamento di rischio ed in tal caso l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Società di corrispondere l'eventuale indennizzo.

È peraltro previsto, alla voce "Dichiarazioni", che, ai fini della validità della garanzia, il Contraente dichiara di non essere a conoscenza che le persone assicurate non abbiano difetti fisici, malattie croniche o che comportino l'assunzione di una terapia farmacologica continuativa, menomazioni o subito infortuni con residue gravi invalidità permanenti o avuto polizze infortuni o malattia annullate per sinistro.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio come previsto all'Art. 5 "Aggravamento del rischio" delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.

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 Codice Civile).

Ad esempio, nel caso di mancata comunicazione dell'inizio dello svolgimento di una nuova attività, l'Assicurato che omette di comunicare alla Società tale modifica, potrebbe perdere il diritto all'indennizzo o ricevere un indennizzo ridotto in relazione al minor premio pagato. dal momento che l'aggravamento del rischio determina una situazione nuova e più rischiosa per l'assicuratore, quest'ultimo può recedere dal contratto. Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta, come indicato all'art. 6 "Diminuzione del rischio", a ridurre il premio successivo alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

7. Premi

Il premio è determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è quindi interamente dovuto anche se ne è stato concesso il frazionamento in più rate.

L'importo indicato in polizza è già comprensivo delle tasse e delle provvigioni riconosciute all'intermediario.

E' prevista la possibilità di corrispondere l'ammontare dovuto in rate semestrali, mediante un aumento del 3%, del premio annuo lordo. I mezzi di pagamento del premio accettati dalla Società, ai sensi della vigente normativa anticirclaggio D.lgs. n° 231 del 21 novembre 2007, sono gli assegni, il bonifico ed il denaro contante, con i limiti e le modalità previsti dalla citata norma.

Il premio viene determinato sulla base della valutazione del rischio e può essere basato sia su "elementi di rischio fissi" sia su "elementi di rischio variabili".

Nel caso di polizza stipulata sulla base di "elementi di rischio variabili", il premio si intende anticipato in via provvisoria; al termine del periodo assicurativo annuo, o del minor durata del contratto, si procede alla regolazione del premio secondo le variazioni intervenute, fermo il premio minimo eventualmente stabilito in polizza. La mancata comunicazione dei dati consuntivi e/o il mancato pagamento della differenza attiva dovuta comporta la sospensione della garanzia, fermo il diritto della Società di agire giudizialmente o dichiarare la risoluzione del contratto.

AVVERTENZA:

E' previsto, infine, a norma dell'art. 1901 del codice civile, che, qualora il Contraente non provveda al pagamento del premio o delle rate di premio successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Non è prevista indicizzazione del premio e delle somme assicurate.

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA:

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può 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.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di Assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile modificato dalla Legge n. 166 del 27 ottobre 2008.

Il diritto dell'Assicuratore alla riscossione del pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno.

11. Legge applicabile al contratto

Al contratto che verrà stipulato sarà applicata la legge italiana.

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

12. Regime fiscale

I premi pagati per le assicurazioni Infortuni sono soggetti ad imposta nella misura del 2,50%.

I premi non sono detraibili fiscalmente.

Le somme liquidate non sono soggette ad alcuna imposizione fiscale.

13. Informativa in corso di contratto

In relazione ad eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo, intervenute dopo la stipula del contratto, se le stesse derivassero da innovazioni normative, la Società le comunicherà per iscritto al Contraente. Negli altri casi sul sito internet sarà prevista una sezione per la consultazione dei successivi aggiornamenti del Fascicolo Informativo.

La Società ha l'obbligo di fornire riscontro per iscritto ad ogni richiesta di informazione presentata dal Contraente o dagli aventi diritto in merito al rapporto assicurativo, entro venti giorni dal ricevimento della richiesta.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

È onere dell'assicurato procedere alla denuncia del sinistro con la massima prontezza, indicando con precisione tutti gli elementi necessari per la definizione del sinistro.

AVVERTENZA:

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

- fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro;
- darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

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

15. Reclami

Ai sensi del Regolamento IVASS n. 24/2008, per Reclamo si intende "una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di un'impresa di assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto".

Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, anche qualora riguardino soggetti coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, devono essere inoltrati per iscritto alla Società presso:

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA – Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami - Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano

Fax 02 5351794 – Email: reclami@helvetia.it.

La Società invia la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo da parte della Società, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS ed ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie. In particolare:

1. Possono essere presentati all'IVASS per iscritto (in Via del Quirinale 21, 00187 Roma oppure ai fax 06 42133745 - 06 42133353):

- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D.Lgs. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private) e delle relative norme di attuazione, nonché del D.Lgs. n. 206/2005 Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- i reclami già presentati direttamente alle imprese di assicurazione e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento da parte delle imprese stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- copia del reclamo eventualmente presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per reperire il modello da utilizzare per la presentazione dei reclami all'IVASS, si rinvia alla sezione Reclami del sito della Società www.helvetia.it.

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/finance/fin-net/members_en.htm).

2. Per la risoluzione delle controversie relative al contratto tramite sistemi alternativi il reclamante ha:

- la facoltà di avvalersi della **negoiazione assistita** prevista ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014, n. 132, come convertita con modifiche dalla Legge n. 162/2014, mediante invito, tramite il proprio legale, all'altra parte a stipulare una convenzione di negoziazione assistita;

- l'obbligo – qualora non intendesse avvalersi della negoziazione assistita o il ricorso alla negoziazione stessa non lo abbia pienamente soddisfatto – di attivare, ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i., le controversie relative al presente contratto devono essere preliminarmente sottoposte a **procedimento di mediazione** innanzi ad un Organismo di Mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia, che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la vertenza;
- la facoltà – solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui al sopra citato D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i., di adire l'**Autorità Giudiziaria** competente, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto;
- è in ogni caso facoltà del reclamante ricorrere ad un arbitrato, secondo le modalità di seguito specificate.

Si ricorda che in relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

16. Arbitrato

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 20 delle "Norme che regolano l'assicurazione Infortuni", 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 nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

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.

AVVERTENZA:

Si ricorda che è fatta salva la possibilità di rivolgersi in ogni caso all'Autorità Giudiziaria.

D. GLOSSARIO E DEFINIZIONI DI POLIZZA

Di seguito si riportano le definizioni dei termini assicurativi utilizzati nel presente Fascicolo Informativo:

Abuso di psicofarmaci	Assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.
Ambulatorio	La struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Apparecchi gessati	Mezzi di contenzione fissi, costituiti da fasce gessate o altri apparecchi (tutori) comunque immobilizzanti, anche esterni (fissatori esterni), applicati in Istituto di cura o ambulatorio in modo permanente e rimovibili esclusivamente presso Istituto di cura. Sono considerati apparecchi gessati i collari non rimovibili dall'Assicurato, e limitatamente alle lesioni comportanti fratture e/o lussazioni, i bendaggi con fasciature elastiche (es. tensoplast).
Assicurato	I singoli atleti iscritti nei registri tenuti dal Contraente.
Assicurazione	Il contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, del danno a lui causato da un sinistro.
Associazione sportiva dilettantistica	Ogni associazione con finalità sportive senza scopo di lucro.
Attività sportiva dilettantistica	L'attività sportiva che non prevede alcuna forma di compenso assoggettabile all'imposta sui redditi delle persone fisiche (IRPEF).
Beneficiario	Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto.
Day Hospital	La degenza, esclusivamente diurna, in istituto di cura documentata da cartella clinica - dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'istituto di cura - per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportino la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continue.
Documentazione Sanitaria	Si compone della cartella clinica e della documentazione medica e di fatture, notule e/o ricevute in originale.

Ebbrezza alcolica – ubriachezza	Condizioni conseguenti all'assunzione di alcool, nelle quali il livello di alcoolemia risulta essere pari o superiore ai limiti previsti dalle vigenti normative.
Franchigia	Parte dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato, nel caso che ciò sia stato preventivamente concordato nella polizza.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	Atto medico, praticato in istituto di cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di pronto soccorso.
Invalità Permanente	Perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	L'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
IVASS	Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, cui spetta il controllo sulle Imprese di assicurazione, nonché sugli intermediari di assicurazione (agenti e i broker).
Malattia	Ogni oggettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.
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.
Malattia mentale e/o disabilità mentale	Ogni disturbo psichico e comportamentale così come definiti nel Settore V della "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" decima revisione - ICD - 10 dell'organizzazione Mondiale della Sanità (come da elenco allegato).
Malattia Preesistente	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della polizza.
Malattie/Invalidità Coesistenti	Malattie o invalidità presenti nel soggetto assicurato, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
Parti	Il Contraente e/o Assicurato e la Società.
Polizza	Il documento che prova l'Assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Psicofarmaci	Farmaci contenenti sostanze psicoattive che agiscono sul Sistema Nervoso Centrale.
Recesso	Scioglimento del vincolo contrattuale.
Ricovero	Degenza dovuta a malattia o infortunio comportante necessità di pernottamento in ospedale o casa di cura, regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria.
Scoperto	È la percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato, nel caso che ciò sia stato preventivamente concordato nel contratto assicurativo.
Scopo terapeutico	Terapia medica efficace per curare le malattie
Sforzo	Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie attività e dagli atti di forza lavorativi dell'Assicurato
Sinistro	Il verificarsi del ricovero in istituto di cura o della degenza in Day Hospital o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni mediche, che nel loro insieme possono avvenire anche in tempi diversi, garantiti dal contratto assicurativo a seguito di malattia, infortunio, parto o interruzione terapeutica non volontaria della gravidanza.
Società	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia

GLOSSARIO

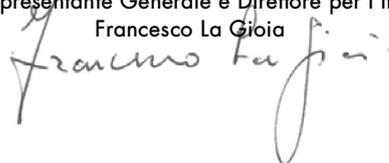
(Indicazioni aggiuntive tese a garantire la riconducibilità alle Unità di misura previste dal Sistema Internazionale – SI, definite dal DPR 802/1982 e successive modifiche)

Anno (annuo - annuale):	periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile)
Bimestre (bimestrale):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Età assicurativa:	età in anni interi, determinata trascurando le frazioni di anno.
Mese (mensile):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Poliennale (durata):	periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo).
Quadrimestre (quadrimestrale):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Quinquennio (quinquennale):	periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo).
Semestre (semestrale):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Settimana (settimanale):	periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.
Trimestre (trimestrale):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITÀ DI LEGGERE ATTENTAMENTE
IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO.

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Il Rappresentante Generale e Direttore per l'Italia
Francesco La Gioia



Helvetia Infortuni Associazioni Sportive

Condizioni di Assicurazione

Mod. H842 – Ed. 0 /2017

INDICE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	1
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	2
CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI	7

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze di assicurazione stipulate dai singoli soci/iscritti/associati che essi avessero in corso con altre Compagnie di assicurazioni; in caso di sinistro deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

Art. 3 - Pagamento del premio

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

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 il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 del Codice Civile). I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società.

Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione

Devono essere provate dalle Parti per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio

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 Codice Civile).

Art. 6 - Diminuzione del rischio

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

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

Il Contraente e/o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro;
- darne avviso scritto all'Agenzia cui è assegnata la polizza o alla Direzione della Società entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità (art. 1913 del Codice Civile). La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla Società) che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 8 - Recesso in caso di Sinistro

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

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.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 9 - Durata del contratto

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del contratto, quest'ultimo è prorogato per un anno e così successivamente.

Art. 10 - Oneri fiscali

Sono a carico del Contraente.

Art. 11 - Foro competente

Valgono le norme di legge.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 13 – Prova

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

Art. 14 - Assicurazione per conto altrui

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

Art. 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 - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Società di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, la Società rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. 16 - Controversie - Arbitrato irrituale

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono. Le eventuali controversie sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, possono essere demandate per iscritto dalle Parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituti di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

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

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

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

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

Art. 17 - Rinuncia della Società all'azione di rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 Codice Civile verso terzi responsabili dell'infortunio.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 18 - Rischio assicurato

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio dell'attività sportiva dilettantistica dichiarata in Polizza, durante la partecipazione a gare, competizioni e campionati effettuati sotto l'egida della competente federazione e relative prove ed allenamenti, nonché durante i trasferimenti collettivi effettuati dal luogo comune di ritrovo sino a quello della gara/competizione e viceversa.

L'assicurazione non è invece operante per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante il trasferimento effettuato individualmente da casa al luogo comune di ritrovo e/o della gara/competizione e viceversa.

Nei confronti di:

- allenatori e massaggiatori, la copertura assicurativa è operante durante l'attività svolta per conto della Società Contraente;
- dirigenti, la copertura assicurativa è operante durante i rischi derivanti dalla esplicazione delle mansioni della carica rivestita in seno alla Società Contraente; sono compresi i trasferimenti e le missioni, purché risultino da mandato desumibile da documentazione probatoria che il Contraente è obbligato ad esibire su richiesta della Società.

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 19 - Identificazione degli Assicurati

Per l'identificazione dei soci/iscritti/associati si farà riferimento agli appositi registri che il Contraente s'impegna a tenere e ad esibire in qualsiasi momento unitamente ad ogni altro documento probatorio in suo possesso a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

Art. 20 - Garanzie prestate

Sono compresi in garanzia 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, ernie traumatiche o da sforzo (sono esclusi gli infarti di qualsiasi tipo).

Art. 21 - 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 fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità permanente di cui alla tabella INAIL sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 22 - Infortuni esclusi

Sono esclusi tutti gli infortuni conseguenti e derivanti:

- 1) dalla guida di mezzi di locomozione aerei, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- 2) dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquea;
- 3) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore
- 4) dalla pratica anche solo occasionale avente carattere amatoriale e/o ricreativo di: pugilato, atletica pesante, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bob, rugby, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere, football americano, hockey su ghiaccio, su pista e su prato, discesa su rapide (rafting), regate oceaniche e traversate in alto mare effettuate in solitario, sport equestri che prevedano un tesseramento alle competenti federazioni sportive, free climbing, jumping e sport costituenti per l'assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
- 5) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli, aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio e natanti a motore in competizione e nelle relative prove;
- 6) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- 7) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 8) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, suicidio;
- 9) da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- 10) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- 11) da guerra od insurrezioni;
- 12) da arruolamento volontario, nonché richiamo alle armi per mobilitazione o per altri motivi di carattere eccezionale;
- 13) da partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo e non limitativo, spedizioni esplorative o artiche, himalayane e/o andine);
- 14) da *sinistri* provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da *malattie mentali* e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressivi, epilessia e relative conseguenze e complicanze.

Art. 23 - Estensione dell'assicurazione delle ernie traumatiche o da sforzo

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

- la copertura assicurativa decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia, 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. 16 "Controversie – Arbitrato Irrituale" delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.

Art. 24 - Caso di morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio regolarmente denunciato ed in rapporto causale con esso. Tale indennizzo viene liquidato 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 indennizzo per invalidità permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e, in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 25 - Invalidità Permanente

Non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 5%.

- a) Se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente. In caso di Invalidità permanente definitiva di grado pari o superiore al 65% della totale, non si applica la suddetta franchigia e l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.
- b) L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio denunciato ed in rapporto causale.
- c) Se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata.
- d) Se l'infortunio ha come conseguenza una Invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo per invalidità permanente viene calcolato sulla somma assicurata, 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 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124)

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
<i>Per la perdita totale, anatomica o funzionale:</i>			
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Di un globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi.		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambi le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30	
Di un rene con integrità del rene superstite		25	
Della milza senza alterazioni della crasi ematica		15	
Di un testicolo (non si corrisponde indennità)		0	
Dell'integrità della clavicola (esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione funzionale dei movimenti del braccio)		5	
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omeroale (anchilosi completa) in arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50		40
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omeroale (anchilosi completa) con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40		30
Di un braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	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 prono supinazione	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	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

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
<i>Per la perdita totale, anatomica o funzionale:</i>			
Della funzionalità della articolazione coxo-femorale (anchilosi completa) con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
Di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
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	

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.

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

NOTE:

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

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

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

- Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della diminuita capacità generica, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
- La perdita totale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovuta per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.
- Il grado di invalidità viene stabilito al momento in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono divenute permanentemente irreversibili.

Art. 26 - Rimborso spese di cura da infortunio

La Società rimborsa, fino a concorrenza per anno assicurativo del massimale indicato in Polizza e con uno Scoperto per Sinistro del 20% con il minimo di € 100,00, le spese sostenute dall'Assicurato per le conseguenze dirette ed esclusive di un infortunio indennizzabile a termini di polizza:

- per onorari di medici e di chirurghi;
- per accertamenti diagnostici;

- c) per trattamenti fisioterapici e rieducativi fino al 90° giorno successivo all'infortunio (escluse cure termali e similari) fino a concorrenza del 20% della somma assicurata;
- d) per il trasporto in ambulanza dell'Assicurato all'Istituto di cura e viceversa, fino a concorrenza del 20% della somma assicurata;
- e) per i medicinali;
- f) per le rette di degenza, con il massimo di € 200,00 per ogni giorno di degenza;
- g) per i diritti di sala operatoria e i materiali di intervento (compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro).

Restano comunque escluse dal rimborso le spese per le cure odontoiatriche, delle parodontopatie e delle protesi dentarie.

La Società effettua il rimborso a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'Assicurato, dell'originale dei documenti giustificativi. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea.

Art. 27 - Limite Catastrofale

Nel caso di un unico evento che provochi l'infortunio di più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 2.000.000,00. Qualora gli indennizzi liquidabili a sensi di polizza eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 28 - Esonero dall'obbligo di denuncia di infermità, mutilazioni, malattie gravi o difetti fisici

La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, mutilazioni, o difetti fisici conseguenti ad infortunio, da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza.

In caso di infortunio resta comunque confermato il disposto dell'art. 21 "Criteri di Indennizzabilità" delle Condizioni di Polizza.

SETTORE V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI

Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici:

Demenza nella malattia di Alzheimer; Demenza vascolare; Demenza in altre malattie classificate altrove; Demenza non specificata; Sindrome amnesica organica, non indotta da alcol o da altre sostanze psicoattive; Delirium non indotto da alcol o da altre sostanze psicoattive; Altri disturbi psichici dovuti a danni o disfunzioni cerebrali e a malattie somatiche; Disturbi di personalità e del comportamento dovuti a malattia, lesione e disfunzioni cerebrali; Disturbi psichici organici o sintomatici non specificati.

Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive:

Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di altri stimolanti, compresa la caffeina; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di allucinogeni; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di solventi volatili; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive.

Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti:

Schizofrenia; Disturbo schizotipico; Disturbi deliranti persistenti; Disturbi psicotici acuti e transitori; Disturbo delirante indotto; Disturbi schizoaffettivi; Altri disturbi psicotici non organici; Psicosi non organica non specificata.

Disturbi dell'umore [affettivi]:

Episodio maniacale; Disturbo affettivo bipolare; Episodio depressivo; Disturbo depressivo ricorrente; Disturbi persistenti dell'umore [affettivi]; Disturbi dell'umore [affettivi] di altro tipo; Disturbo dell'umore [affettivo] non specificato.

Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi:

Disturbi ansioso-fobici; Altri disturbi d'ansia; Disturbo ossessivo-compulsivo; Reazione a grave stress e disturbi dell'adattamento; Disturbi dissociativi [di conversione]; Disturbi somatoformi; Altri disturbi nevrotici.

Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici:

Disturbi dell'alimentazione; Disturbi del sonno non organici; Disfunzione sessuale non causata da disturbo o malattia organica; Disturbi mentali o comportamentali associati con il puerperio non classificati; Fattori psicologici e comportamentali associati a disturbi o malattie classificati; Abuso di sostanze che non provocano dipendenza; Sindromi comportamentali non specificate associate a disturbi fisiologici e a fattori somatici.

Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto:

Disturbi di personalità specifici; Altri disturbi di personalità e forme miste; Modificazioni durature della personalità non attribuibili a danno o malattia cerebrale; Disturbi delle abitudini e degli impulsi; Disturbi dell'identità sessuale; Disturbo della preferenza sessuale; Problemi psicologici e comportamentali associati con lo sviluppo e l'orientamento sessuale; Altri disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto; Disturbo non specificato della personalità e del comportamento nell'adulto.

Ritardo mentale:

Ritardo mentale lieve; Ritardo mentale di media gravità; Ritardo mentale grave; Ritardo mentale profondo; Ritardo mentale di altro tipo; Ritardo mentale non specificato.

Disturbi dello sviluppo psicologico:

Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio; Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche; Disturbo evolutivo specifico della funzione motoria; Disturbo evolutivo specifico misto; Disturbi evolutivi globali; Disturbo dello sviluppo psicologico di altro tipo; Disturbo dello sviluppo psicologico non specificato.

Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza:

Disturbi ipercinetici; Disturbi della condotta; Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale; Disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia; Disturbo del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza; Disturbi a tipo tic; Altri disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza; Disturbo mentale non specificato; Disturbo mentale S.A.I.

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

Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
Tel. 02 5351 1 (20 linee)
Fax 02 5520360 – 5351461
www.helvetia.it – PEC: helvetia@actaliscertymail.it

Capitale Sociale franchi svizzeri 77.480.000 i.v.
N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano,
C.F. e Partita I.V.A. 01462690155 – R.E.A. n. 370476
Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric. Del M. Ind.,
Comm. Ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n.2
G.U. n. 357 del 31/12/1984 Provv. ISVAP n. 00757
del 19/12/1997 pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/1997
Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 2.00002
Iscr. Albo Gruppi Ass. n°d'ord. 031