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
Internet: www.helvetia.it
PEC: helvetia@actaliscertymail.it

Capitale Sociale franchi svizzeri 82.621.900 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

helvetia

Polizza Infortuni Associazioni Sportive

ASTI B - 01097	01097	08	51295884	701
Agenzia	Cod.	Ramo	Polizza	Cod. Prod.

Contraente

AREA PRO 2020 SSD ARL
Cognome e Nome

VIA FREJUS 71 - ORBASSANO - 10043 - TO
Indirizzo

12141620018
Partita IVA/Codice Fiscale

Effetto e scadenza

dalle ore 24 del 30/09/2026 al 30/09/2027

Premio di polizza

alla firma fino al

Premio imponibile

Imposte (2,50%)

Premio lordo

Quota Helvetia **100**%

polizza sostituita n° 08 50121793

	Garanzie	Somme Assicurate per persona
X	Morte (Art. 24)	€ 30.000,00
X	Invalidità Permanente (Art. 25)	€ 30.000,00
X	Rimborso Spese di Cura da Infortunio	€ 3.750,00

Sono valide ed operanti esclusivamente le garanzie richiamate con apposita "crocettuatura" e nelle quali sia riportata la relativa somma assicurata.

Il Contraente

AREA PRO 2020 ssdrl
Via Frejus 71
10043 Orbassano (TO)
C.F./P.IVA 12141620018

(Amministratore Unico)

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

Emessa a Milano il 15/10/2026 n. 3 originali, con annessi nr. 17 fogli intercalari che ne formano parte integrante

Prima rata incassata il		L'Agente	

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo n° 209 del 7/9/2005 ed in conformità con quanto disposto dal Regolamento IVASS n° 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto dichiara di aver preventivamente ricevuto il Set informativo contenente il DIP - Documento Informativo Precontrattuale mod. H842 DIP - Ed. 10/2022, il DIP aggiuntivo mod. H842 DIP-AGG - Ed. 04/2026 e le Condizioni di Assicurazione mod. H842 - Ed. 10/2022.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'INFORMATIVA PRIVACY prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e si impegna a fornire copia conforme al testo ricevuto, in nome e per conto del Titolare, agli eventuali altri interessati di cui lo stesso abbia conferito o conferirà al Titolare i dati personali.

Agli effetti della validità della garanzia, il Contraente dichiara:

- di non avere e di non essere a conoscenza che le persone assicurate abbiano difetti fisici, malattie croniche, o che comportino l'assunzione di una terapia farmacologica continuativa, e menomazioni;
- di non aver avuto polizze infortuni o malattia annullate per sinistro;
- che la polizza è liberamente stipulata in aggiunta ed indipendentemente da obblighi assicurativi di leggi vigenti e future.

La polizza è stipulata in base alle dichiarazioni del Contraente sopradescritte ed è regolata dalle Norme che regolano l'assicurazione in generale e dalle Norme che regolano l'assicurazione infortuni che il Contraente dichiara di conoscere ed accettare.

AVVERTENZA - Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente al momento della stipulazione del contratto relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio assicurato e sulla determinazione del premio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e comunque compromettere il diritto alla prestazione, nonché la cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile). E' fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

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

Il Contraente

CONDIZIONI DA APPROVARSI SPECIFICAMENTE

Il Contraente dichiara inoltre di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli delle Norme che regolano l'assicurazione in generale e delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni:

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 2 - Altre assicurazioni; Art. 7 - Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente/Assicurato; Art. 8 - Recesso in caso di sinistro; Art. 9 - Durata del contratto; Art. 12.1 - Misure restrittive (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause); Art. 15 - Persone non assicurabili; Art. 16 - Controversie - Arbitrato irrituale.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 25 - Invalidità permanente.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO

Art. 31 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio.

Il Contraente

PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio è previsto con periodicità annuale. E' inoltre prevista la possibilità di frazionare il pagamento del premio in rate semestrali.
I mezzi di pagamento del premio accettati dalla Società, ai sensi della vigente normativa antiriciclaggio D.Lgs. n° 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni, sono: assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico e denaro contante, con i limiti e le modalità previsti dalle vigenti norme.

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

1 - Descrizione del rischio
COPERTURA INFORTUNI PER GLI ISCRITTI ALLA AREA PRO 2020 SSD

2 - Calcolo del premio lordo annuo

3 - Regolazione del premio

Il premio convenuto in tutto o in parte sulla base di elementi variabili viene:

- Anticipato in via provvisoria, all'inizio del periodo assicurativo, quale acconto di premio calcolato sulla stima preventiva del numero degli Assicurati nell'anno considerato;
- Regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del delle variazioni intervenute in base al numero definitivo degli Assicurati nell'anno considerato o nel periodo di minor durata.

a) Comunicazione dei dati e pagamento della differenza di premio

Entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente o l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società, in relazione a quanto previsto dal contratto, gli elementi variabili previsti in polizza. Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni dalla comunicazione effettuata dalla Società.

Resta fermo il premio minimo stabilito in polizza.

b) Inosservanza dell'obbligo di comunicazione dei dati o dell'obbligo di pagamento (polizze con tacito rinnovo o pluriennali)

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti e/o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può concedergli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni trascorsi i quali la garanzia cui si riferisce la regolazione resta sospesa dalle ore 24:00 del giorno in cui scade uno degli adempimenti di regolazione sopra indicati e fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai proprio obblighi, ai sensi dell'art. 1901 Cod. Civ., salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente per ottenere quanto spettante.

Inoltre, la Società ha il diritto di trattenere in acconto l'eventuale premio anticipato in via provvisoria per le rate successive all'annualità assicurativa cui si riferisce la mancata regolazione o il mancato pagamento della differenza attiva.

Per i sinistri verificatisi nel periodo cui si riferisce la mancata regolazione, il risarcimento dovuto è ridotto, in base alla regola proporzionale di cui all'art. 1907 del Cod. Civ., tenuto conto del rapporto tra il premio anticipato in via provvisoria e la differenza attiva di regolazione dovuta.

Qualora però il Contraente non fornisca i dati occorrenti per la regolazione, resta ferma la sospensione della garanzia di cui all'art. 1901 del Cod. Civ. e la Società non è tenuta a corrispondere alcun risarcimento anche con riguardo al periodo al quale si riferisce la mancata regolazione, oltre che per quelli verificatisi successivamente.

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

La garanzia resta altresì sospesa, ai sensi dell'art. 1901 del Cod. Civ., per i sinistri verificatisi successivamente alla comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione, qualora il Contraente non paghi la relativa regolazione e fino alle ore 24:00 del giorno di detto pagamento.

c) Rivalutazione del premio anticipato in via provvisoria

Se all'atto della regolazione annuale il consuntivo degli elementi variabili di rischio, comunicati dal Contraente, supera il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto dal Contraente in via anticipata e provvisoria all'inizio del periodo assicurativo, il premio dovuto dovrà essere rettificato, salvo diverso accordo tra il Contraente e la Compagnia, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione degli elementi variabili di rischio, sulla base di una rivalutazione del preventivo degli elementi variabili, comunque non inferiore al 75% dell'ultimo consuntivo.

d) Verifiche e controlli

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Il Contraente

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

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

DEFINIZIONI

(Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato)

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 associati o 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/Fondazione/ Circoli e Comitati Ogni insieme di persone legate dal perseguimento di uno scopo comune.

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.

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

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.

Invalidità Permanente: perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

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: IIstituto per la vigilanza sulle assicurazioni, cui spetta il controllo sulle Imprese di assicurazione, nonché sugli intermediari di assicurazione (agenti e i broker).

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

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 morboso 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 l'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.

Vendita a distanza: Il collocamento di contratti assicurativi senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario o della Compagnia e del Contraente.

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.

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

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

Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione
Devono essere provate dalle Parti per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio
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
Per le modalità di denuncia e le informazioni di dettaglio si rimanda a quanto previsto nel capitolo NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO (art. 29).

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.
Ill 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.

Mod. H839 - Ed. 04/2026
Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

Art. 12.1 - Misure restrittive (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)

La Società non è tenuta a prestare l'assicurazione nella misura in cui la copertura assicurativa possa esporre la Società stessa al manifestarsi o al rischio di:

- **violazione di divieto, erogazione di sanzione o applicazione di restrizione derivante da Risoluzioni delle Nazioni Unite;**
- **erogazione di sanzioni economiche o commerciali, derivanti dalla violazione di leggi o disposizioni dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera o degli Stati Uniti d'America.**

Art. 12.2 - Diritto di ripensamento (solo per le polizze collocate tramite vendita a distanza)

Il *Contraente* può recedere dallassicurazione **entro 14 giorni** dalla stipula della *polizza*, senza penali e senza doverne indicare il motivo.

Il recesso può essere esercitato mediante **comunicazione scritta** contenente gli elementi identificativi della polizza, inviata con:

- raccomandata A/R;
- posta elettronica certificata (PEC);
- format disponibile sul sito della Compagnia allindirizzo www.helvetia.it.

Il recesso ha efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione.

In caso di recesso, la *Compagnia* rimborsa al *Contraente* il *premio* versato **diminuito**:

- della **parte di *premio* utilizzata** per il periodo di efficacia dell'*assicurazione*;
- degli **oneri fiscali** e **previsti** (eventualmente) **dalla normativa vigente.**

Il *Contraente* NON può recedere se:

- **assicurazione è stata vincolata;**
- **è stato denunciato un sinistro prima dellesercizio del diritto di ripensamento.**

Per i *sinistri* avvenuti entro la data di esercizio del diritto di ripensamento e denunciati dopo questultima, la *Compagnia* ha il **diritto di recuperare** il *premio* restituito al *Contraente*.

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.

Fatta sempre salva la possibilità per l'Assicurato di adire le sedi nonché tutele giudiziarie previste per Legge, le eventuali controversie sul grado di Invalidità Permanente, nonché sull'applicazione dei criteri d'indennizzabilità, possono essere demandate per iscritto dalle Parti, a 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 o di domicilio eletto dell'Assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

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 a epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale 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 rifiuti 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 esplicitazione 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 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, 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.

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

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 ed 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.

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

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 successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio denunciato ed in rapporto causale.**

c) Se l'infortunio ha come conseguenza una 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**		
Per la perdita totale, anatomica o funzionale:	**D**	**==**	**S**
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Di un globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi.		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambi le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria: a) con possibilità di applicazione di protesi efficace b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		 11 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-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 b) per amputazione al terzo superiore	 85 80		 75 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	

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

DESCRIZIONE	**Percentuali**		
Per la perdita totale, anatomica o funzionale:	**D**	**==**	**S**
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 b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	 30 35 45 25		 25 30 40 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 b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	 40 45 55 35		 35 40 50 30
Della funzionalità dell'articolazione radio-carpica (anchilosi completa) in estensione se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione: a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione	 18 22 25 35		 15 18 22 30
Della funzionalità della articolazione coxo-femorale (anchilosi completa) con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
Di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
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 dell'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	

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

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:

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. 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.
3. 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.
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata in 16% se si tratta di infortunio agricolo.
5. 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%

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.

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.

e) 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.

f) 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%.

g) Il grado di invalidità viene stabilito al momento in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono divenute permanentemente irreversibili.

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

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:

a) **per onorari di medici e di chirurghi;**
b) **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 che non siano conseguenza di un sinistro indennizzabile a termine di polizza.

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 ai 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.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO

Art. 29 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro
In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

a) **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;**
b) **darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità,** ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile;
c) **corredare la denuncia del sinistro con certificato medico; la denuncia deve inoltre contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento;**
d) **documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici;**
e) **sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;**
f) **produrre gli originali di notule, distinte, ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate relativamente la garanzia spese di cura da infortunio;**
g) **fornire, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti** (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla Società) **o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.**

L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.
L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

In caso di morte da infortunio dell'Assicurato, il beneficiario identificato in polizza o, in difetto, gli eredi legittimi e/o testamentari, devono presentare:

- documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero;
- certificato di morte;
- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi:
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i beneficiari o gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità de sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Si precisa che **le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.**

Art. 30 - Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 21 "Criteri di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati. La Società s'impegna a comunicare all'Assicurato, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Art. 31 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente, per le coperture presenti nel Contratto, è da intendersi relativo all'Assicurato, pertanto di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi.

Fatto salvo quanto precede, se l'Assicurato decede, per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo precedentemente concordato con l'Assicurato ante l'evento morte
  oppure, in mancanza
- l'importo offerto a titolo di indennizzo per l'invalidità permanente all'Assicurato,
  oppure, qualora non vi sia stata ancora l'offerta di cui sopra,
- l'importo oggettivamente determinabile dalla Società con le modalità e nei termini stabiliti da l precedente articolo 39 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro.

Pertanto, si richiederà di fornire, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dovranno fornire alla Società:

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Società, gli eredi o aventi causa potrebbero esser chiamati ad autorizzare l'autopsia dell'Assi curato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa; a tal fine gli eredi o aventi causa saranno tenuti a sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

La Società s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

Art. 32 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di spese di cura da infortunio

Fermo quanto previsto dall'art. 26 "Rimborso Spese Mediche da infortunio", il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato viene effettuato con le modalità previste dal precedente art. 29 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro "

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi la documentazione in originale per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

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 quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi. La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 33 - Modalità di pagamento dell'indennizzo per tutte le garanzie infortuni

La Società disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà effettuata in Italia.

CONDIZIONI PARTICOLARI

1) Regolazione del premio
Il premio convenuto in tutto o in parte sulla base di elementi variabili viene:
Anticipato in via provvisoria, all'inizio del periodo assicurativo, quale acconto di premio calcolato sulla stima preventiva del numero degli Assicurati nell'anno considerato;
Regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, a seconda delle variazioni intervenute in base al numero definitivo degli Assicurati nell'anno considerato.

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

a) Comunicazione dei dati e pagamento della differenza di premio
Entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente o l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società, in relazione a quanto previsto dal contratto, gli elementi variabili previsti in polizza. Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni dalla comunicazione effettuata dalla Società. Resta fermo il premio minimo stabilito in polizza.

b) Inosservanza dell'obbligo di comunicazione dei dati o dell'obbligo di pagamento (polizze con tacito rinnovo o pluriennali).
Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato, nei termini prescritti, non abbia effettuato la comunicazione dei dati ovvero il pagamento della differenza attiva dovuta, la garanzia prestata per il nuovo periodo assicurativo resta sospesa a partire dal 15° giorno successivo a quello indicato per la scadenza del contratto e fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente o l'Assicurato abbia adempiuto ai propri obblighi e trova applicazione il disposto dell'art. 1901, comma 2, del Codice Civile. Resta fermo il diritto della Società di agire giudizialmente.

c) Verifiche e controlli
La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, **per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire chiarimenti e le documentazioni necessarie.**

Il Contraente

AREA PRO 2020 ssdrl
Via Frejus 71
10043 Orbassano (TO)
C.F./P.IVA 12141620018

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

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI DECIMA REVISIONE - ICD - 10 DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA'

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.

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric del M. Ind., Comm. ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n. 2 G.U. n.357 del 31/12/1984 e Provv. ISVAP n. 00757 del 19/12/97 Pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/97

ASSICURAZIONE INFORTUNI PER LE ASSOCIAZIONI SPORTIVE

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni
Compagnia: **Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA**, Italia - Iscr. Albo Imprese Ass. al n.2.00002

Prodotto: **Helvetia Infortuni Associazioni Sportive**

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Il prodotto "Helvetia Infortuni Associazioni Sportive" è la soluzione assicurativa studiata per tutelare soci, iscritti e associati delle Associazioni Sportive dalle conseguenze di Infortuni. La polizza protegge per i casi di morte ed invalidità permanente e offre un rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio.

Che cosa è assicurato?

"Helvetia Infortuni Associazioni Sportive" tutela le persone iscritte nell'apposito registro dell'Associazione assicurata dalle conseguenze di infortuni subiti durante la partecipazione a gare, competizioni e campionati, e relativi prove ed allenamenti.

La garanzia è prestata anche per allenatori e massaggiatori durante l'attività svolta per l'Associazione assicurata, nonché per i dirigenti per i rischi derivanti dalla carica rivestita.

Sono assicurate le seguenti garanzie:

- **Morte da infortunio**: corresponsione agli eredi o ai beneficiari designati di un importo pari alla somma assicurata;
- **Invalidità permanente da infortunio**: indennizzo calcolato in proporzione al grado di invalidità permanente totale o parziale accertato dalla Compagnia secondo criteri predeterminati dalla stessa.

La garanzia comprende anche gli infortuni subiti dagli assicurati durante il tragitto dal luogo comune di ritrovo al luogo della gara o competizione, e viceversa, purché il trasferimento sia effettuato in maniera collettiva e non individuale.

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali indicati nella scheda di polizza.

Personalizzazioni del rischio

- **Estensioni di garanzia**: puoi scegliere di sottoscrivere anche una garanzia aggiuntiva che ti consente di ampliare la copertura assicurativa, a fronte di un aumento del premio. Si tratta delle **Spese di cura da infortunio**, che prevede il rimborso delle spese di onorari di chirurghi, accertamenti diagnostici e terapie fino ad una somma scelta.

Che cosa non è assicurato?

* Le conseguenze di infortuni che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi prima della stipula della polizza.
* Le seguenti patologie: alcoolismo e/o dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), sieropositività H.I.V.
* Le conseguenze (quali morte, invalidità permanente, etc.) di malattie o di eventi non qualificabili come fortuiti, violenti ed esterni.

Ci sono limiti di copertura?

Non sono coperte le conseguenze derivanti da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e di allucinogeni.

Sono esclusi gli infortuni causati da:

- pratica di alcune discipline sportive a livello amatoriale e tutti gli sport che costituiscono attività professionale per l'assicurato;
- guida di veicoli senza la relativa abilitazione in base alle disposizioni di Legge;
- guida di mezzi di locomozione aerea, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- partecipazione, sia come conducente che come passeggero, a corse automobilistiche e relative prove ed allenamenti;
- delitti dolosi compiuti o tentati, compreso il suicidio;
- disturbi psichici e malattie mentali;
- guerra, insurrezioni, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Dove vale la copertura?

- L'assicurazione vale per il mondo intero.

Che obblighi ho?

Hai il dovere di:
- fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare;
- comunicare preventivamente se per lo stesso rischio hai già in corso altre polizze assicurative;
- comunicare alla Compagnia, con lettera raccomandata, eventuali cambiamenti che possono comportare un aggravamento di rischio.

In caso di sinistro, devi:
- informare la Compagnia dell'accaduto nei tempi e nei modi dalla stessa indicati;
- consegnare alla Compagnia tutta la documentazione necessaria per procedere nella valutazione;
- attenerti a tutte le eventuali ulteriori indicazioni fornite dalla Compagnia.

Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio avviene all'atto della conclusione del contratto e, successivamente, in base alla periodicità del pagamento scelta.

Puoi pagare tramite:
- bonifico bancario;
- assegno non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bollettino postale;
- contanti, nei limiti previsti dalla Legge;
- sistemi di pagamento elettronico.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione inizia dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, se hai pagato il premio, e termina alle ore 24 del giorno indicato in polizza come data di scadenza.
Se i premi non sono stati pagati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Come posso disdire la polizza?

Puoi inviare una lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto.

Il recesso è inoltre possibile a seguito di sinistro fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto al pagamento stesso. In ogni caso, la Compagnia provvederà a rimborsarti - al netto delle imposte - la quota di premio pagato e non goduto per il periodo compreso tra il giorno di invio della raccomandata A.R. di recesso e la scadenza annuale del contratto.

Se la polizza è stata acquistata tramite tecniche di vendita a distanza è possibile esercitare il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla stipula della polizza.

Assicurazione *infortuniperle associazioni sportive*

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP Aggiuntivo Danni)

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

Helvetia Infortuni Associazioni Sportive

Data ultimo aggiornamento: **1 Aprile 2026**
Il presente Dip Aggiuntivo Danni rappresenta l'ultima versione disponibile

Scopo: il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.
Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società: Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, con Sede legale a San Gallo (Svizzera) e Sede secondaria con cui viene concluso il contratto in Italia in via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano; tel.+39 02 5351.1; sito internet: https://www.helvetia.it; e-mail: info@helvetia.it; PEC: helvetia@actaliscertymail.it
P.IVA e Cod. Fisc. 01462690155 - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n° 2.00002 - Iscrizione all'Albo dei Gruppi Assicurativi n° ord. 031. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 00757 del 19/12/1997 - G.U. n. 298 del 23/12/1997. Autorità di Vigilanza competente: IVASS

Il patrimonio netto della Compagnia, all'ultimo bilancio approvato, è pari ad Euro 117.470.766 di cui Euro 79.993.441 costituiscono la parte relativa al fondo di dotazione ed Euro 21.856.083 si riferiscono alle riserve patrimoniali.
Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA (Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG), Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia è soggetta alle metriche di solvibilità in vigore per il Gruppo elvetico richieste dall'Autorità di Vigilanza svizzera FINMA. La valutazione di solvibilità e della posizione finanziaria delle imprese o dei gruppi di (ri)assicurazione è stata riconosciuta equivalente ai requisiti del titolo I della direttiva 2009/138/CE (Solvency I) da parte della Commissione europea con la decisione delegata (UE) 2015/1602. Per ulteriori informazioni è possibile prendere visione di tali dati consultando la Relazione Annuale per il 2024 disponibili all'indirizzo:
https://www.helvetia.com/content/dam/os/corporate/web/documents/investor-relations/annual-results/2024/financial-information-2024.pdf

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata alle somme assicurate e, se previsti, ai massimali concordati con il Contraente.
I SUCCESSIVI RINVII A SEZIONI, PAGINE E ARTICOLI SI RIFERISCONO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, il rischio assicurato e i soggetti assicurati sono indicati agli articoli 18 e 19, pagina 7.
Le garanzie prestate e le estionsioni di garanzia sono indicate agli articoli 20 - 23 - 24 - 25 e 26, pagina 7, 8, 9 e 10.
Le condizioni di operatività sono indicateagli articoli 21, 27 e 28, pagina 7 e 11.

Che cosa NON è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, sono in ogni caso esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti:
- dalla guida di mezzi di locomozione aerei, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquea;
- dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore;
- 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 america no, 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;
- dall'uso, anche come passeggero, di veicoli, aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio e natanti a motore in competizione e nelle relative prove;
- da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, suicidio;
- da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- 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);
- da guerra od insurrezioni;
- da arruolamento volontario, nonché richiamo alle armi per mobilitazione o per altri motivi di carattere eccezionale;
- 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);

- 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.

Sono esclusi gli infortuni dovuti a malaria e infarti di qualsiasi tipo.
L'assicurazione non è operante per gli infortuni che l'Assicurato subisce durante il trasferimento effettuato individualmente da casa al luogo comune di ritrovo e/o della gara/competizione e viceversa.

Rimborso spese di cura da infortunio
Con riferimento alla prestazione di rimborso delle spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti a infortunio, sono escluse dall'assicurazione le cure termali e similari.
Con riferimento alla prestazione di rimborso delle spese per i diritti di sala operatoria e i materiali di intervento, sono escluse 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.

Ci sono limiti di copertura?

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 IN AIL sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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 Compagnia non potrà comunque superare l'importo di 2.000.000 euro. Gli indennizzi liquidabili verranno proporzionalmente ridotti quando eccedono nel loro complesso tale importo.

Ernie traumatiche o da sforzo
- la copertura assicurativa decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- quando 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.

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

Invalidità permanente da infortunio
Non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 5%.
Se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.
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.
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.

Rimborso spese di cura da infortunio
Il rimborso avviene fino a concorrenza per anno assicurativo del massimale indicato in Polizza e con uno Scoperto per Sinistro del 20% con il minimo di 100 euro.
Relativamente ai trattamenti fisioterapici e rieducativi, il rimborso viene effettuato fino al 90° giorno successivo all'infortunio fino a concorrenza del 20% della somma assicurata.
Relativamente al trasporto in ambulanza dell'Assicurato all'Istituto di cura e viceversa, il rimborso viene effettuato fino a concorrenza del 20% della somma assicurata. Relativamente alle rette di degenza, il rimborso viene effettuato con il massimo di 200 euro per ogni giorno di degenza.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a una clientela costituita da Associazioni sportive, che intende tutelare i propri soci, iscritti e associati dalle conseguenze di infortuni che possono verificarsi nell'esercizio dell'attività sportiva dilettantistica, durante la partecipazione a gare, competizioni e campionati, prove ed allenamenti.

Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte di provvigioni corrisposta in media agli Intermediari ammonta al 24,72%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami inerenti al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto alla Compagnia presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti: Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Ufficio Reclami - Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano E-mail: reclami@helvetia.it. Vanno presentati alla Compagnia anche i reclami che riguardano i soggetti coinvolti nel ciclo operativo della compagnia stessa, compresi gli Agenti e relativi dipendenti o collaboratori. La Compagnia invia la risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo, prorogati fino a 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i dipendenti o collaboratori).
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it, anche con il modello ivi disponibile.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (L. 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	x Arbitrato (facoltativo): in caso di dissenso tra l'assicurato e la compagnia circa la determinazione dell'ammontare del danno, i periti, nominati da ciascuna delle Parti, si accordano per nominare un terzo perito, detto Arbitro, per raggiungere una decisione. x Procedura FIN-NET: per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/fin-net_en, chiedendo l'attivazione della Procedura. Tramite il sito della Compagnia (www.helvetia.it) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.

Cos'è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.helvetia.com/it/web/it/oblio-oncologico.html
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Questo contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni in vigore in Italia

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

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

Assicurazione Infortuni per le associazioni sportive

Helvetia Infortuni Associazioni Sportive

Condizioni di Assicurazione

Mod. H842
Ed. 10/2022

Per effetto di quanto disposto dal secondo comma dell'art.166 del Codice delle Assicurazioni (decreto legislativo 7/9/2005 n.209), al fine di dar loro risalto sono evidenziate con carattere di particolare rilievo quelle Condizioni di Assicurazione che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente e/o dell'Assicurato.

Per comodità di consultazione si riporta in sintesi il contenuto del presente documento:

INDICE

GLOSSARIO 1

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE 3

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI 5

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO 10

CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI 12

GLOSSARIO

Qui di seguito sono riportati i principali termini utilizzati nella documentazione precontrattuale e contrattuale presente nel Fascicolo Informativo con il significato loro attribuito dalla *Compagnia*.
Gli stessi termini sono evidenziati in carattere corsivo nel testo del Glossario e delle Condizioni di Assicurazione.

DEFINIZIONI GENERALI

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 *Compagnia*, 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 *Compagnia* deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Compagnia	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
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 alcolemia 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 *Compagnia* 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.
Invalidità Permanente	Perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

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 morboso 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 *Compagnia*.
Polizza	Il documento che prova l'Assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla *Compagnia*.
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.
Vendita a distanza	Il collocamento di contratti assicurativi senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario o della Compagnia e del Contraente.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

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 *Compagnia* **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 15ª 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 *Compagnia***.**

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** *Compagnia* **di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla** *Compagnia* **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 *Compagnia* **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
Per le modalità di denuncia e le informazioni di dettaglio si rimanda a quanto previsto nel capitolo NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO (art. 29).

Art. 8 - Recesso in caso di Sinistro
Dopo ogni sinistro e fino al 60ª 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 *Compagnia***, 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. 12.1 – Misure restrittive (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)
La *Compagnia* **non è tenuta a prestare l'***assicurazione* **nella misura in cui la copertura assicurativa possa esporre la** *Compagnia* **stessa al manifestarsi o al rischio di:**

- **violazione di divieto, erogazione di sanzione o applicazione di restrizione derivante da Risoluzioni delle Nazioni Unite;**

- **erogazione di sanzioni economiche o commerciali, derivanti dalla violazione di leggi o disposizioni dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera o degli Stati Uniti d'America.**

Art. 12.2 - Diritto di ripensamento (solo per le polizze collocate tramite vendita a distanza)
Il *Contraente* può recedere dall'*assicurazione* **entro 14 giorni** dalla stipula della *polizza*, senza penali e senza doverne indicare il motivo.
Il recesso può essere esercitato mediante **comunicazione scritta** contenente gli elementi identificativi della *polizza*, inviata con:

- raccomandata A/R;
- posta elettronica certificata (PEC);
- format disponibile sul sito della *Compagnia* all'indirizzo www.helvetia.it.

Il recesso ha efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione.

In caso di recesso, la *Compagnia* rimborsa al *Contraente* il *premio* versato **diminuito**:

- della **parte di** *premio* **utilizzata** per il periodo di efficacia dell'*assicurazione*;
- degli **oneri fiscali** e **previsti** (eventualmente) **dalla normativa vigente**.

Il *Contraente* **NON può recedere se:**

- **l'***assicurazione* **è stata vincolata;**
- **è stato denunciato un** *sinistro* **prima dell'esercizio del diritto di ripensamento.**

Per i *sinistri* avvenuti entro la data di esercizio del diritto di ripensamento e denunciati dopo quest'ultima, la *Compagnia* ha il **diritto di recuperare** il *premio* restituito al *Contraente*.

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 *Compagnia***, 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** *Compagnia* **di corrispondere l'eventuale indennizzo.**
In caso di cessazione dell'Assi-curazione in corso, la *Compagnia* **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.
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 provvisionale 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 17 - Rinuncia della Compagnia all'azione di rivalsa
La *Compagnia* 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 *Compagnia* Contraente;
- dirigenti, la copertura assicurativa è operante durante i rischi derivanti dalla esplicitazione delle mansioni della carica rivestita in seno alla *Compagnia* 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** *Compagnia***.**

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** *Compagnia* **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 *Compagnia* **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 *Compagnia* corrisponde l'intera somma assicurata.
d) Se l'infortunio ha come conseguenza un'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		
Per la perdita totale, anatomica o funzionale:	D	==	S
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Di un globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi.		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambi le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30	
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-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 b) per amputazione al terzo superiore	 85 80		 75 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 b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	 30 35 45 25		 25 30 40 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 b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	 40 45 55 35		 35 40 50 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 b) in pronazione c) in supinazione	 22 25 35		 18 22 30
DESCRIZIONE	**Percentuali**		
Per la perdita totale, anatomica o funzionale:	**D**	**==**	**S**
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:

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. 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.
3. 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.
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata in 16% se si tratta di infortunio agricolo.
5. 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%

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.

e) 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*.

f) 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%.

Art. 26 - Rimborso spese di cura da infortunio

La *Compagnia* **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:**

- **a) per onorari di medici e di chirurghi;**
- **b) 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.

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 *Compagnia* **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.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO

Art. 29 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro
In caso di sinistro, il *Contraente/Assicurato* **o i suoi aventi diritto devono:**

a. **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**;
b. **darne avviso scritto all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla** *Compagnia* **entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità**, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile; **il** *sinistro* **può essere denunciato anche accedendo all'area internet riservata MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui effettuare la denuncia e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata;**
c. **corredare la denuncia del sinistro con certificato medico; la denuncia deve inoltre contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento**;
d. **documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici;**
e. **sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla** *Compagnia***, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato**;
f. **produrre gli originali di notule, distinte, ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate relativamente la garanzia spese di cura da infortunio**;
g. **fornire, in ogni caso, alla** *Compagnia* **il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti** (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).

L'*Assicurato* **o, in caso di morte, i beneficiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della** *Compagnia* **e a qualsiasi indagine** (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla *Compagnia*) **o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato**.
L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.
L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).
In caso di morte da infortunio dell'*Assicurato***, il beneficiario identificato in polizza o, in difetto, gli eredi legittimi e/o testamentari, devono presentare**:

- **documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero;**
- **certificato di morte;**
- **certificato di stato di famiglia relativo all'***Assicurato***;**
- **atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi:**
- **nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i beneficiari o gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la** *Compagnia* **dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;**
- **eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità de sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.**

Si precisa che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'*Assicurato*.

Art. 30 – Obblighi della Compagnia sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente
Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 21 "Criteri di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.
La *Compagnia* s'impegna a comunicare all'*Assicurato*, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Art. 31 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio
Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi.
Tuttavia se l'*Assicurato* decede, per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la *Compagnia*, previa produzione del certificato di morte dell'*Assicurato*, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato
  oppure, in mancanza
- l'importo offerto
  oppure, se non vi è stata ancora l'offerta
- l'importo oggettivamente determinabile dalla *Compagnia* con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente articolo 38 - Obblighi dell'*Assicurato* in caso di sinistro – Denuncia del sinistro, **fornendo, in ogni caso, alla** *Compagnia* **il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti** (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), **corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero**.

Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dovranno fornire alla *Compagnia*:

- **certificato di stato di famiglia relativo all'***Assicurato***;**

- **atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;**
- **nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la** *Compagnia* **dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;**
- **eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.**

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della *Compagnia***, gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'***Assicurato***, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla** *Compagnia* **e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'***Assicurato*.
La *Compagnia* s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

Art. 32 – Obblighi della Compagnia sulle modalità di indennizzo in caso di spese di cura da infortunio
Fermo quanto previsto dall'art. 26 "Rimborso Spese Mediche da infortunio", il rimborso delle spese mediche sostenute dall'*Assicurato* **viene effettuato con le modalità previste dal precedente art. 29 "Obblighi dell'***Assicurato* **in caso di sinistro – Denuncia del sinistro "**
Qualora l'*Assicurato* abbia presentato a terzi la documentazione in originale per ottenere il rimborso, la *Compagnia* effettua il pagamento di quanto dovuto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.
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 quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.
La *Compagnia* si impegna a comunicare all'*Assicurato* l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 33 – Modalità di pagamento dell'indennizzo per tutte le garanzie infortuni
La *Compagnia* **disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza,** con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà effettuata in Italia.

CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI

DECIMA REVISIONE – ICD – 10 DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA'
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 carat-teristico dell'infanzia; Disturbo del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza; Disturbi a tipo tic; Altri disturbi compor-tamentali 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 82.621.900 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

helvetia
La tua Assicurazione svizzera