

# Assicurazione Protezione del Credito

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.  
Helvetia E-Corporate Protection (Tariffa 1411)



Data di aggiornamento: 05 maggio 2022

Il presente DIP Vita rappresenta l'ultima versione disponibile

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

## Che tipo di assicurazione è?

Helvetia E-Corporate Protection è un'assicurazione collettiva dedicata alle Aziende correntiste di illimity Bank S.p.A. che stipulano un Finanziamento con la Banca e che pertanto possono accedere - in virtù di una Convenzione sottoscritta tra la Banca ed Helvetia Vita S.p.A. - al prodotto. Il prodotto ha la finalità di protezione degli Assicurati (i Key Man dell'Azienda Aderente (Contraente) quali: Legale Rappresentante, Azionista, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente o altro soggetto dipendente che svolga un ruolo chiave) contro l'accadimento di eventi imprevisi che, nel corso della durata del contratto, possono pregiudicare la capacità di rimborso dell'Azienda Contraente alla Banca del Finanziamento.

**La sottoscrizione è facoltativa, ovvero non è né obbligatoria né richiesta per ottenere il Finanziamento o per ottenerlo a condizioni diverse.**

**La sottoscrizione del prodotto prevede la possibilità di scegliere tra due pacchetti di coperture assicurative:**

- A. PACCHETTO BASIC:** garanzia in caso di Decesso dell'Assicurato e garanzia in caso di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato da infortunio o malattia (**garanzie a protezione del debito residuo**);
- B. PACCHETTO TOP:** in aggiunta a quanto previsto dal pacchetto Basic è prevista la garanzia di Inabilità Totale Temporanea dell'Assicurato da infortunio o malattia (**garanzia a protezione della rata del Finanziamento**).

## Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Il prodotto prevede le seguenti tipologie di prestazione:

✓ **Prestazione in caso di Decesso dell'Assicurato**  
In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale è previsto il pagamento, all'Azienda Contraente, del capitale assicurato in vigore alla data di decesso dell'Assicurato.

✓ **Prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente da infortunio o malattia (pari o maggiore del 60%) dell'Assicurato**  
Al verificarsi dell'invalidità totale e permanente derivante da malattia o da infortunio dell'Assicurato è previsto il pagamento, all'Azienda Contraente, del capitale assicurato in vigore alla data dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato.

Il Capitale Assicurato Iniziale decresce, nel corso della durata contrattuale, secondo un piano di ammortamento di tipo francese. Il capitale assicurato ad una data epoca corrisponde, pertanto, al debito residuo in conto capitale risultante dal Piano di Ammortamento Iniziale del Finanziamento, inteso come il piano di ammortamento in essere alla data di erogazione del Finanziamento.

✓ **Prestazione in caso di Inabilità Totale Temporanea da infortunio o malattia dell'Assicurato**  
Al verificarsi dell'inabilità totale temporanea derivante da malattia o da infortunio che impedisca all'Assicurato di svolgere la sua specifica attività lavorativa per un periodo di tempo limitato è previsto il pagamento, all'Azienda Contraente, di un ammontare pari ad una o più Rate mensili del Finanziamento, per ciascun periodo di inabilità di 30 giorni consecutivi.

**Nel caso in cui l'Assicurato, alla scadenza del contratto, sia in vita e non si sia manifestata alcuna malattia/non si sia verificato alcun infortunio che ne**

## Che cosa NON è assicurato?

Non è assicurabile la persona fisica che:

- non è residente in Italia;
- alla data di valutazione assuntiva, abbia un'età inferiore a 18 anni e superiore a 65 anni compiuti, ed in ogni caso alla scadenza superi i 75 anni compiuti;
- non sia un Key Man dell'Azienda Contraente.

## Ci sono limiti di copertura?

Non sarà possibile presentare una richiesta di risarcimento qualora il decesso, l'invalidità totale e permanente o l'inabilità totale temporanea non si siano verificate durante il periodo in cui le coperture sono efficaci, ai sensi della successiva sezione "Quando comincia la copertura e quando finisce?".

Sono inoltre previsti periodi di sospensione e limitazioni alle coperture qualora il decesso, l'invalidità totale e permanente o l'inabilità totale temporanea rientrino nei periodi di carenza, franchigie, periodi di riqualificazione e/o nelle esclusioni di cui alla sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP Aggiuntivo Vita.

abbia comportato l'invalidità totale e permanente e/o l'inabilità totale temporanea (laddove attivata), non è prevista alcuna prestazione ed il premio pagato resta acquisito dalla Compagnia.



### Dove vale la copertura?

Le coperture sono valide in tutto il mondo.



### Che obblighi ho?

Al momento dell'emissione della Polizza il Contraente e ciascun Assicurato hanno il dovere di fornire risposte complete, precise e veritiere a tutte le domande loro poste relative al rischio da assicurare (comprese quelle contenute nel Questionario Assuntivo).

In corso di contratto il Contraente deve avvisare tempestivamente la Compagnia:

1. in caso di risoluzione del rapporto di lavoro di ciascun Assicurato compreso nella collettiva, **in tal caso le relative coperture assicurative cessano automaticamente in corrispondenza della data di risoluzione del rapporto di lavoro e la Compagnia provvederà a rimborsare al Contraente la quota parte di premio versata e non goduta per il singolo Assicurato;**
2. in caso di cessazione dell'attività dell'Azienda Contraente, **in tal caso il contratto si intende estinto e la Compagnia provvederà a rimborsare al Contraente la parte di premio versata e non goduta con riferimento a ciascun Assicurato in copertura a tale data.**

In caso di sinistro Il Contraente deve inviare la richiesta di liquidazione in forma scritta ad AXA FRANCE VIE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia (Compagnia a cui è stata delegata la gestione dei sinistri relativi al prodotto) – anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo allegato alle Condizioni di Assicurazione (All. 1) – via E-mail ([clp.it.sinistri@partners.axa](mailto:clp.it.sinistri@partners.axa)) o per posta ordinaria (Gestione Sinistri AXA FRANCE VIE – Corso Como n. 17 – 20154 Milano) corredata dai documenti richiesti nel più breve tempo possibile. Nei suddetti moduli è riportato l'elenco completo di tutta la documentazione necessaria a supporto della richiesta stessa.



### Quando e come devo pagare?

Il prodotto prevede il pagamento di un premio unico anticipato.

Il premio unico è calcolato in funzione dell'importo e della durata del Finanziamento.

Il pagamento del premio unico avviene su autorizzazione del Contraente tramite addebito sul conto corrente dello stesso acceso presso la Banca erogatrice del Finanziamento e accredito su apposito conto corrente della Banca stessa.

La Banca provvederà giornalmente ad effettuare corrispondente bonifico sul conto corrente di Helvetia Vita S.p.A. relativamente a tutte le sottoscrizioni della giornata.

**È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.**



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata dell'assicurazione, cioè l'arco temporale che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, coincide con la durata prevista dal piano di ammortamento iniziale del Finanziamento, che **non potrà essere inferiore a 12 mesi (1 anno) né superiore a 120 mesi (10 anni).**

La Compagnia accetta automaticamente in copertura tutti gli Assicurati che sono in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità e che hanno prestato il proprio consenso ai sensi di quanto disposto dall'Art. 1919 c.c., a condizione che il Finanziamento sia stato erogato. Rimane fermo quanto indicato circa le modalità di assunzione del rischio da parte della Compagnia. Fermi i Periodi di Franchigia, laddove previsti, per le singole coperture, l'assicurazione decorre dalle ore 24:00 della data di erogazione del Finanziamento, a condizione che la Compagnia abbia sottoscritto la Polizza e che il Contraente abbia pagato il Premio unico anticipato.



### Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Il diritto di revoca non è previsto.

Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro **60 giorni** dal momento in cui il contratto stesso è concluso. Entro il termine sopraindicato il Contraente che intenda avvalersi del diritto di recesso deve inviare comunicazione alla Compagnia, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento ovvero inviare e-mail PEC. La Compagnia rimborserà all'Assicurato il premio pagato al netto dell'eventuale imposta. La Compagnia è tenuta al rimborso del premio entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione. L'esercizio del diritto di recesso libera il Contraente e la Compagnia da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso. L'esercizio del diritto di recesso implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative e con riferimento a tutti gli Assicurati.

Non è prevista altra modalità di risoluzione del contratto da parte del Contraente.



### Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

La presente forma assicurativa non prevede il riscatto dall'assicurazione e non riconosce un valore di riduzione.

# Assicurazione Protezione del Credito

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo Vita)



Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.  
Helvetia E-Corporate Protection (Tariffa 1411)

Data di aggiornamento: 05 maggio 2022  
Il presente DIP Aggiuntivo Vita rappresenta l'ultima versione disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

**Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.**

Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A. Via G. B. Cassinis n. 21 – 20139 Milano; tel. +39 02 53.51.1; sito internet: [www.helvetia.it](http://www.helvetia.it); e-mail: [direzione.vita@helvetia.it](mailto:direzione.vita@helvetia.it); PEC: [helvetiavita@actaliscertymail.it](mailto:helvetiavita@actaliscertymail.it).

Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Helvetia, Via G. B. Cassinis n. 21 - 20139 Milano, tel. n. +39 02 53.51.1, indirizzo sito internet: [www.helvetia.it](http://www.helvetia.it), e-mail: [direzione.vita@helvetia.it](mailto:direzione.vita@helvetia.it), PEC: [helvetiavita@actaliscertymail.it](mailto:helvetiavita@actaliscertymail.it). La Compagnia è autorizzata all'esercizio sulle assicurazioni sulla vita con Provv. ISVAP n. 1979 del 4 Dicembre 2001 (G. U. del 12 Dicembre 2001 n. 288) ed è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n. 1.00142.

Il patrimonio netto della Compagnia, all'ultimo bilancio approvato, è pari a 251.872.472,42 Euro, di cui 47.594.000,00 Euro costituiscono la parte relativa al capitale sociale e 200.977.892,83 Euro si riferiscono alle riserve patrimoniali.

La relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria della Società (SFCR) è disponibile sul sito internet della stessa ed è consultabile al seguente indirizzo: [www.helvetia.it/solvency](http://www.helvetia.it/solvency). Di seguito si dà evidenza dei requisiti patrimoniali e dei fondi ammissibili alla loro copertura, calcolati secondo la Formula Standard in vigore al 31.12.2021.

Informazioni relative al margine di solvibilità Solvency II	Al 31.12.2021
Solvency Capital Requirement (SCR)	160.379.725
Minimum Capital Requirement (MCR)	72.170.876
Fondi Propri ammissibili a copertura del SCR	294.337.557
Fondi Propri ammissibili a copertura del MCR	259.247.523
Solvency Capital Ratio*	183,50%

\* Il "Solvency Capital Ratio" è il rapporto tra i Fondi Propri ammissibili dalla Società ed il capitale di solvibilità (Solvency Capital Requirement) richiesto dalla normativa Solvency II.

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Il prodotto si configura come una assicurazione di tipo collettivo, per questo motivo Helvetia E-Corporate Protection presuppone:

- un unico **Contraente** (l'Azienda Aderente);
- che tale contratto garantisca tutti ed esclusivamente i Key Man dell'Azienda Contraente (Legale Rappresentante, Azionista, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente o altro soggetto dipendente che svolga un ruolo chiave) e le persone dell'Azienda, intese come le persone richiamate all'interno del documento di **Polizza** (nelle singole Schede dell'Assicurato), che costituiscono gli **Assicurati** della Polizza con un **limite massimo di 4 Assicurati**;
- che il **Beneficiario** delle garanzie attivate, con riferimento a ciascun Assicurato sia sempre l'Azienda Contraente.

Il prodotto prevede l'offerta congiunta di una serie di garanzie abbinabili – **in via facoltativa** – ai Finanziamenti di nuova erogazione stipulati tra l'Azienda Contraente intestataria del Finanziamento e la Banca erogatrice (di seguito Banca).

Helvetia E-Corporate Protection prevede la possibilità di scegliere tra due pacchetti di garanzie – selezionabili a scelta del Contraente al momento dell'emissione e prestati da Helvetia Vita S.p.A. – secondo quanto indicato nella tabella di seguito riportata.

SEZIONE	GARANZIA
<b>PACCHETTO BASIC</b> Protezione del debito residuo	Decesso dell'Assicurato
	Invalità totale e permanente dell'Assicurato causata da infortunio o malattia
<b>PACCHETTO TOP</b> Protezione del debito residuo e Protezione della rata del Finanziamento	Decesso dell'Assicurato
	Invalità totale e permanente dell'Assicurato causata da infortunio o malattia
	Inabilità temporanea totale dell'Assicurato causata da infortunio o malattia

Il Capitale Assicurato Iniziale è pari all'importo del Finanziamento richiesto dall'Azienda Contraente.

I limiti di importo del Capitale Assicurato Iniziale – per testa assicurata – sono:

- pari all'importo del Finanziamento di nuova erogazione con un **limite massimo di 1.000.000,00 Euro**;
- pari ad un importo inferiore all'importo del Finanziamento di nuova erogazione solo laddove il Finanziamento richiesto sia superiore a 1.000.000 Euro.

In considerazione del fatto che il prodotto prevede la possibilità di assicurare fino ad un massimo di 4 persone **l'importo di 1.000.000,00 Euro deve essere considerato come l'importo massimo assicurabile sul contratto come somma dei capitali assicurati riferiti a tutti gli Assicurati.**

Il Capitale Assicurato Iniziale di ciascun Assicurato viene determinato dividendo l'importo del Finanziamento richiesto per il **numero di teste assicurate.**

Il Capitale Assicurato Iniziale decresce, nel corso della durata contrattuale, secondo un piano di ammortamento di tipo francese.

Il Capitale Assicurato ad una data epoca corrisponde al debito residuo in conto capitale risultante dal Piano di Ammortamento Iniziale del Finanziamento inteso come il piano di ammortamento in essere alla data di erogazione del Finanziamento.

**! In entrambi i Pacchetti le garanzie Decesso ed Invalità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia sono prestate “a primo evento”. La Compagnia, cioè, paga la Prestazione di Debito Residuo una volta soltanto, in riferimento al primo dei due eventi che si verifica, con contestuale cessazione dell'intera assicurazione in caso di avvenuto pagamento (o cessazione con riferimento al singolo Assicurato laddove presenti più Assicurati).**

Il contratto prevede le seguenti prestazioni:

✓ **Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato**

In caso di decesso dell'Assicurato la Compagnia si impegna ad erogare un importo, all'Azienda Contraente, pari al Capitale Assicurato in vigore alla data di decesso dell'Assicurato stesso, qualora:

- il decesso si sia verificato durante il periodo in cui la garanzia è efficace;
- il decesso non rientri nelle esclusioni di cui alla successiva Sezione "Ci sono limiti di copertura?".

Le informazioni necessarie al calcolo della prestazione in caso di decesso saranno comunicate a Helvetia Vita S.p.A. dalla Banca presso cui è stato acceso il Finanziamento. Il computo della somma delle quote capitale residue, al momento del decesso, viene effettuato sulla base del tasso nominale di interesse applicato dalla Banca all'epoca di erogazione del Finanziamento.

Nel computo del debito residuo in conto capitale non verranno incluse eventuali rate di debito di competenza di un'epoca antecedente a quella del decesso dell'Assicurato, che risultino insolite alla data del calcolo, nonché i relativi interessi di mora e spese accessorie. Da Helvetia Vita S.p.A. non verranno, in alcun caso, corrisposte quote interessi. **In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto, questo si intenderà estinto ed il premio pagato rimarrà acquisito dalla Compagnia.**

**! In caso di assicurazione con più Assicurati pro-quota, l'importo della Prestazione si intende sempre come equamente ripartita pro-quota tra tutti gli Assicurati.**

✓ **Prestazione in caso di Invalità Totale e Permanente**

Agli effetti della presente copertura, per invalità totale e permanente si intende la perdita totale, definitiva e irrimediabile (permanente) della capacità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa (capacità lavorativa generica), indipendentemente da quella effettivamente svolta dall'Assicurato, sempreché il **grado di invalità risulti pari o superiore al 60%.**

L'invalità totale e permanente deve essere stata causata, indipendentemente dalla volontà dell'Assicurato, da una malattia organica o da un infortunio che risultino oggettivamente accertabili e che si siano verificati successivamente alla data di effetto del contratto.

Nel caso in cui il verificarsi di un infortunio o di una malattia abbiano comportato un'invalità totale e permanente dell'Assicurato – come sopra definita – prima della scadenza della Polizza, la Compagnia si impegna ad erogare un Indennizzo – all'Azienda Contraente – pari al Debito Residuo in linea capitale al momento della malattia o dell'infortunio secondo l'originario Piano di Ammortamento del Finanziamento.

**! Nel computo del Debito Residuo in conto capitale non verranno incluse eventuali rate di debito di competenza di un'epoca antecedente a quella dell'invalità dell'Assicurato, che risultino insolite alla data del calcolo, nonché i relativi interessi di mora e spese accessorie. Da Helvetia Vita S.p.A. non verranno, in alcun caso, corrisposte quote interessi. Sono altresì escluse dal calcolo del Debito Residuo le Rate**

eventualmente già indennizzate per il caso di Inabilità totale temporanea (laddove attivata) da infortunio o malattia relative al medesimo periodo temporale.

! In caso di assicurazione con più Assicurati pro-quota, l'importo dell'Indennizzo si intende sempre come equamente ripartito pro-quota tra tutti gli Assicurati.

#### ✓ Prestazione in caso di Inabilità Totale Temporanea

Per Inabilità Totale Temporanea dell'Assicurato si intende la perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria professione o attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.

In caso di Sinistro per Inabilità Totale Temporanea, la Compagnia indennizza al Beneficiario (Azienda Contraente) – nei limiti dei massimali di seguito riportati – una Rata del Finanziamento **per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata dello stato di inabilità**, fatto salvo un **Periodo di Franchigia Relativa di 60 giorni** decorrente dalla data del Sinistro che non dà diritto ad alcun Indennizzo.

Pertanto, in caso di sinistro:

1. il primo Indennizzo, pari a due Rate, è corrisposto al termine del Periodi di Franchigia Relativa, cioè decorsi almeno 60 giorni consecutivi di inabilità dalla data di Sinistro;
2. i successivi Indennizzi, pari ad una Rata ciascuno, saranno corrisposti al termine di ciascun eventuale ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di inabilità. Periodo di inabilità inferiori a 30 giorni non sono mai indennizzabili.

L'Indennizzo è soggetto ai seguenti Massimali:

- massimo 3.500,00 Euro per ogni Rata indennizzata;
- massimo 12 Rate indennizzate per ciascun Sinistro;
- massimo 36 Rate indennizzate in totale nell'arco dell'intera durata del contratto, in caso di più Sinistri.

! In caso di erosione integrale del massimale cumulativo di 36 Rate di Finanziamento indennizzate di cui al precedente comma, la copertura per Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia cessa.

! Sono indennizzabili i periodi di inabilità che persistono nel corso della durata della copertura assicurativa.

! Se lo stato di inabilità persiste dopo la scadenza o la anticipata cessazione, per qualsiasi causa, dell'assicurazione, la Compagnia non è tenuta ad alcuna prestazione.

! In caso di assicurazione con più Assicurati pro-quota, l'importo dell'Indennizzo si intende sempre come equamente ripartito pro-quota tra tutti gli Assicurati.

Nel caso in cui l'Assicurato, alla scadenza del contratto, sia in vita e non si sia manifestata alcuna malattia/non si sia verificato alcun infortunio che ne abbia comportato l'invalidità totale e permanente e/o l'inabilità totale temporanea (laddove attivata), non è prevista alcuna prestazione ed il premio pagato resta acquisito dalla Compagnia.

Non è prevista la possibilità di modificare i termini del contratto mediante l'esercizio di predefinite opzioni contrattuali.



#### Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quanto riportato nel DIP Vita.



#### Ci sono limiti di copertura?

! Esclusioni in caso di Decesso

È escluso dalla Garanzia il decesso causato da:

- dolo del Contraente e dell'Assicurato;
- suicidio dell'Assicurato nei primi 12 mesi di decorrenza della Polizza;
- atti di autolesionismo dell'Assicurato;
- pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);
- uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
- pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
  - sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
  - i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a risse in cui l'Assicurato partecipi attivamente, con esclusione della finalità di legittima difesa, dell'assistenza alle persone in pericolo o dell'adempimento del dovere professionale;
- rischi derivanti da viaggio aereo, salvo che l'Assicurato sia un passeggero che paga regolare tariffa di viaggio, oppure sia un membro dell'equipaggio, su un tragitto regolare gestito da una compagnia aerea autorizzata;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;

- conseguenze di atti di natura terroristica commessi con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

#### **! Esclusioni in caso di Invalidità Totale e Permanente**

##### **L'assicurazione non opera nei seguenti casi:**

- dolo o colpa grave del Contraente e dell'Assicurato;
- infortuni già verificatisi prima della data di decorrenza dell'assicurazione e Malattie già diagnosticate prima della data di decorrenza dell'assicurazione;
- atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio;
- pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);
- uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
- pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
  - sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
  - i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
- abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti;
- esposizione deliberata da parte dell'Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

#### **! Esclusioni in caso di Inabilità Totale Temporanea**

##### **L'assicurazione non opera nei seguenti casi:**

- dolo o colpa grave del Contraente e dell'Assicurato;
- infortuni già verificatisi prima della data di decorrenza dell'assicurazione e Malattie già diagnosticate prima della data di decorrenza dell'assicurazione;
- atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio;
- pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);
- uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
- pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
  - sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
  - i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
- abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti;
- esposizione deliberata da parte dell'Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- interruzioni di lavoro dovute a parto, gravidanza, aborto terapeutico e complicazioni derivanti da tali eventi;
- trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali (salvo che si tratti di interventi di chirurgia plastica a seguito di un Infortunio occorso durante il periodo di validità della copertura)
- inabilità derivante da nevrosi, stress, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, a meno che l'Assicurato sia stato ricoverato in un ospedale per almeno 15 giorni o sia stato messo sotto tutela o curatela dalle autorità competenti;
- guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo e le franchigie relativi alla presente copertura:

<b>Periodo di Franchigia Relativa</b>	60 giorni
<b>Limiti di indennizzo</b>	Massimo 12 Rate indennizzate per ciascun Sinistro;

	Massimo 36 Rate indennizzate in totale nell'arco dell'intera durata del contratto, in caso di più Sinistri.
<p><b>! Periodo di Riqualificazione in caso di Inabilità Totale Temporanea</b>  È possibile denunciare, nel corso della durata del contratto più Sinistri per Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia. Tuttavia, dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro, i Sinistri successivi saranno indennizzabili a condizione che sia trascorso un <b>Periodo di Riqualificazione pari a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>30 giorni consecutivi</b> se il Sinistro successivo è dovuto a una causa diversa del precedente;</li> <li>▪ <b>90 giorni consecutivi</b> se il Sinistro successivo è dovuto alla stessa causa del precedente.</li> </ul> <p>Il Periodo di Riqualificazione decorre dal termine del Sinistro precedente, inteso come ultimo giorno di inabilità.</p>	

	<b>Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?</b>
---	--

<b>Cosa fare in caso di evento?</b>	<p><b>Denuncia di sinistro:</b> essendo previsto apposito modulo prestampato, contenente l'elenco dei documenti da consegnare per l'erogazione della prestazione, si rimanda all'Allegato 1 "Modulo di denuncia sinistro" delle Condizioni di Assicurazione.</p> <p>In ogni caso l'Azienda Contraente – Beneficiaria della prestazione – ha la facoltà di effettuare la denuncia scritta anche in forma libera. La richiesta, indipendentemente dalla forma scritta utilizzata (modulo o denuncia libera) deve essere inviata ad AXA FRANCE VIE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia (Compagnia a cui è stata delegata la gestione dei sinistri relativi al prodotto) via E-mail (<a href="mailto:clp.it.sinistri@partners.axa">clp.it.sinistri@partners.axa</a>) o per posta ordinaria (Gestione Sinistri AXA FRANCE VIE – Corso Como n. 17 – 20154 Milano) e deve essere corredata da tutta la documentazione prevista dalle Condizioni di Assicurazione.</p> <p><b>Prescrizione: i diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si estinguono dopo dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.</b> Qualora i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.</p> <p><b>Liquidazione della prestazione:</b> verificata l'esistenza dell'obbligo al pagamento, Helvetia Vita S.p.A. esegue i pagamenti in favore degli aventi diritto <b>entro 30 giorni</b> dalla data di ricevimento della richiesta completa di tutta la documentazione prevista presso la Compagnia delegata per la gestione dei sinistri.</p>
<b>Dichiarazioni inesatte e reticenti</b>	<p><b>Le dichiarazioni del Contraente e di ogni Assicurato devono essere esatte, veritiere e complete.</b></p> <p><b>Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la cessazione dell'assicurazione.</b></p> <p><b>In particolare, in questi casi la Compagnia si riserva di:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ contestare la validità della copertura, quando esiste dolo o colpa grave;</li> <li>▪ recedere dal contratto e, se è già avvenuto l'evento assicurato, di ridurre le somme da liquidare quando non esiste dolo o colpa grave.</li> </ul> <p><b>L'inesatta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato comporta - in ogni caso - la rettifica, in base ai dati corretti, delle somme dovute.</b></p>

	<b>Quando e come devo pagare?</b>
---	-----------------------------------

<b>Premio</b>	<p>Il pagamento del premio unico avviene su autorizzazione del Contraente tramite addebito sul conto corrente dello stesso acceso presso la Banca erogatrice del Finanziamento e accredito su apposito conto corrente della Banca stessa.</p> <p>La Banca provvederà giornalmente ad effettuare corrispondente bonifico sul conto corrente di Helvetia Vita S.p.A. relativamente a tutte le sottoscrizioni della giornata.</p> <p>In ogni caso i premi si intendono comprensivi di imposte, laddove previste.</p> <p><b>È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.</b></p>
<b>Rimborso</b>	<p>In caso di <b>estinzione anticipata totale o di trasferimento del finanziamento</b>, la Compagnia rimborserà al Contraente la parte di premio pagato e non goduto relativa alle garanzie rispettivamente offerte, al netto delle imposte governative laddove previste.</p> <p>Nel caso in cui il Contraente richieda un'<b>estinzione parziale anticipata del finanziamento</b>, le prestazioni assicurate relative al contratto si ridurranno proporzionalmente della misura corrispondente alla quota estinta di debito residuo e la Compagnia rimborserà al Contraente la parte di premio pagato e non goduto relativa alle garanzie rispettivamente offerte, al netto delle imposte governative laddove previste.</p> <p>L'Assicurato può chiedere il rimborso del premio in caso di esercizio del <b>diritto di recesso</b>, secondo le modalità riportate alla successiva sezione "Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?"</p>
<b>Sconti</b>	<p>Non sono previsti sconti di premio.</p>

	<b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>
<b>Durata</b>	<p>La durata dell'assicurazione, cioè l'arco temporale che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, coincide con la durata prevista dal Piano di ammortamento iniziale del Finanziamento e <b>non potrà essere inferiore a 12 mesi (1 anno) né superiore a 120 mesi (10 anni)</b>.</p> <p>L'Assicurazione termina, prima della sua naturale scadenza, alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. cessazione dell'attività del Contraente;</li> <li>2. esercizio del diritto di recesso da parte del Contraente;</li> <li>3. estinzione anticipata totale o trasferimento del contratto di Finanziamento qualora il Contraente non si avvalga della facoltà di mantenere in vigore il contratto alle condizioni originarie;</li> <li>4. decesso dell'Assicurato;</li> <li>5. invalidità totale e permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato (a partire dalla data di liquidazione);</li> <li>6. cessazione del rapporto di lavoro tra l'Assicurato ed il Contraente;</li> <li>7. perdita anche di uno solo dei requisiti di assicurabilità.</li> </ol> <p><b>In caso di più Assicurati pro-quota, nei casi indicati ai punti 1, 2 e 3 la copertura cessa per tutti gli Assicurati, mentre negli altri casi le coperture assicurate cessano solo con riferimento al soggetto Assicurato in relazione al quale l'evento si è verificato.</b></p>
<b>Sospensione</b>	Il contratto non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.

	<b>Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?</b>
<b>Revoca</b>	Il contratto non prevede la revoca.
<b>Recesso</b>	<p>Il Contraente può recedere dal contratto <b>entro 60 giorni</b> dalla sua conclusione, tramite richiesta scritta inviata direttamente alla Compagnia (Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Canale Bancario, Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano) con lettera raccomandata A/R o via e-mail PEC (helvetiavita@actaliscertymail.it), contenente gli elementi identificativi del contratto e l'indicazione del conto corrente per le operazioni di accredito.</p> <p>La notifica di recesso libera le parti da qualunque obbligazione futura derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24:00 del giorno di invio della comunicazione di recesso.</p> <p>La Compagnia <b>entro 30 giorni</b> dal ricevimento della comunicazione di recesso rimborserà al Contraente <b>il premio da questi corrisposto, al netto delle eventuali imposte.</b></p>
<b>Risoluzione</b>	Non è configurabile un'ipotesi di risoluzione per sospensione del pagamento dei premi.

	<b>Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO</b>
<b>Valori di riscatto e riduzione</b>	La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto dall'assicurazione e non riconosce un valore di riduzione.
<b>Richiesta di informazioni</b>	La richiesta di informazioni non è possibile in quanto la presente forma assicurativa non prevede la possibilità di riscatto e riduzione.

	<b>A chi è rivolto questo prodotto?</b>
	<p>La presente soluzione assicurativa è rivolta esclusivamente a Persone Giuridiche (società di persone, società di capitali) con sede legale nel territorio della Repubblica italiana e intestatarie di un contratto di finanziamento acceso presso il Distributore che intendano tutelarsi economicamente dall'impossibilità di poter ripagare il debito residuo del finanziamento qualora uno dei soggetti (fino ad un massimo di 4) che ricopre un ruolo chiave – Legale Rappresentante, Amministratore Delegato, Dirigente, Socio, Azionista o altri dipendenti che per funzioni svolte e per ruoli ricoperti nell'organigramma aziendale abbiano particolari qualifiche di responsabilità – sia colpito da eventi imprevisi e destabilizzanti quali:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) il decesso;</li> <li>b) infortuni o malattie che possono provocare: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ invalidità totale e permanente per un grado pari o superiore al 60%;</li> <li>▪ inabilità totale temporanea.</li> </ul> </li> </ol> <p>Il prodotto non risulta sottoscrivibile per la Persona Giuridica (società di persone, società di capitali) che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ non ha sede legale nel territorio della Repubblica Italiana;</li> <li>▪ non risulta intestataria di un contratto di finanziamento presso il Distributore illimity Bank;</li> </ul> <p>Inoltre il prodotto non risulta sottoscrivibile da Persona Fisica.</p> <p>Relativamente alle Persone Fisiche si precisa infine che non risultano assicurabili tutti coloro che alla data di sottoscrizione del contratto non risiedono in Italia, non ricoprono un ruolo considerato chiave all'interno dell'azienda, non abbiano un'età compresa tra i 18 e i 65 anni compiuti alla data di decorrenza o abbiano un'età superiore a 75 anni alla data di scadenza della copertura assicurativa.</p>



## Quali costi devo sostenere?

### Tabella dei costi gravanti sul premio

Spese di emissione	Non previste
Caricamento in % del premio (Indipendente dall'età dell'Assicurato e dalla durata del Finanziamento)	55,0%

Le spese per visita medica e accertamenti sanitari, anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, sono a carico del Contraente ed il relativo costo non è quantificabile a priori, in quanto dipende dalle tariffe applicate dalla struttura medica liberamente scelta dal Contraente stesso.

### Tabella sui costi per riscatto

Il contratto non prevede riscatti, pertanto non sono previsti neanche i relativi costi.

### Tabella sui costi per l'erogazione della rendita

Il contratto non prevede la possibilità di convertire il capitale in rendita, pertanto non sono previsti neanche i relativi costi.

### Costi per l'esercizio delle opzioni

Il contratto non prevede la possibilità di esercitare opzioni, pertanto non sono previsti neanche i relativi costi.

### Costi di intermediazione

Si riportano di seguito i costi applicati al premio, unitamente all'indicazione della quota parte percepita in media dalla Banca.

Costo % del premio	Quota parte del costo percepita in media dalla Banca
55,0%	82,0%

### Costi dei PPI

Non sono previsti ulteriori costi.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere presentati per iscritto presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti: Helvetia Vita S.p.A. – Ufficio Reclami – Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano – Fax 02.5351794 – Email: <a href="mailto:reclami@helvetiavita.it">reclami@helvetiavita.it</a> . Eventuali reclami riguardanti il comportamento della banca distributrice – e dei dipendenti e collaboratori di quest'ultima – potranno essere inoltrati direttamente alla banca distributrice. La Compagnia o la Banca distributrice, ciascuna per la propria competenza, inviano la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
<b>All'IVASS</b>	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, Fax 06.42133206, PEC: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> secondo le modalità indicate su <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> .
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione (obbligatoria)</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98).
<b>Negoziazione assistita (facoltativa)</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie (facoltativa)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Arbitrato (facoltativo):</b> qualora dovesse sorgere un dissenso tra l'Assicurato e la Compagnia circa la determinazione dell'ammontare del danno. In tal caso, ai sensi di polizza, i periti, nominati da ciascuna delle Parti, si accordano di nominare un terzo perito, detto Arbitro, per addivenire ad una decisione.</li> <li>▪ <b>Procedura FIN-NET:</b> 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 <a href="https://ec.europa.eu/info/fin-net_en">https://ec.europa.eu/info/fin-net_en</a>, chiedendo l'attivazione della Procedura.</li> </ul> <p>Tramite il sito della Compagnia (<a href="http://www.helvetia.it">www.helvetia.it</a>) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.</p>
<b>REGIME FISCALE</b>	
<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	<b>Regime fiscale sui premi</b> I premi delle assicurazioni per il caso di decesso non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni, mentre i premi relativi alle prestazioni in caso di Invalidità totale e permanente e Inabilità Temporanea Totale, al momento della redazione del presente documenti, sono soggetti ad una aliquota d'imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

**Tassazione delle prestazioni assicurate**

Le somme liquidate in caso di decesso dell'Assicurato non sono soggette ad alcuna imposizione fiscale.

**Detraibilità fiscale dei premi**

Il trattamento fiscale applicabile ai premi versati per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio", intendendosi per tali le garanzie aventi ad oggetto esclusivo i rischi di decesso, di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5,00%), di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana e di malattia grave, dipende dal regime fiscale dell'Azienda Contraente e da quanto disciplinato dalle norme di legge tempo per tempo in vigore.

**IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.**

**L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.**

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

**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 E-Corporate Protection

Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi,  
di tipo PPI (Payment Protection Insurance)

## Condizioni di Assicurazione Mod. 323 Ed. 05/2022

**Le Condizioni di Assicurazione sono redatte secondo quanto  
previsto dalle Linee Guida dei Contratti Semplici e Chiari del  
Tavolo Tecnico dell'Associazione Nazionale Italiana Assicuratori -  
ANIA**

## Indice

<b>Condizioni di Assicurazione .....</b>	<b>4</b>
<b>Premessa .....</b>	<b>4</b>
<b>Norme che regolano il contratto in generale.....</b>	<b>4</b>
 Art. 1 – Obblighi della Compagnia .....	4
 Art. 2 – Oggetto delle coperture e massimali assicurabili.....	4
 Art. 3 – Sfera di applicazione e requisiti di assicurabilità .....	5
 Art. 4 – Conclusione, Decorrenza e Durata .....	6
 Art. 5 – Diritto di Recesso .....	7
 Art. 6 – Modalità assuntive .....	7
 Art. 7 – Estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento .....	7
 Art. 8 – Pagamento del premio.....	10
 Art. 9 – Beneficiari .....	10
 Art. 10 – Oneri fiscali .....	10
 Art. 11 – Limiti territoriali .....	11
 Art. 12 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio .....	11
 Art. 13 – Altre assicurazioni .....	12
 Art. 14 – Rinuncia al diritto di surrogazione.....	12
 Art. 15 – Foro competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.....	12
 Art. 16 – Comunicazioni.....	13
 Art. 17 – Cessione dei diritti, riscatto e prestiti.....	13
 Art. 18 – Legge applicabile al contratto.....	13
 Art. 19 – Prescrizione .....	13
 Art. 20 – Dovere del Contraente.....	14
 Art. 21 – Modifiche alla Convezione, alle Condizioni di Assicurazione e/o alla Polizza.....	14
 Art. 22 – Trasferimento di Intermediario e operazioni societarie straordinarie.....	14
<b>Copertura in caso di decesso .....</b>	<b>15</b>
 Art. 23 – Prestazioni Assicurate .....	15
 Art. 24 – Capitale Assicurato .....	15
<b>Esclusioni della copertura in caso di decesso .....</b>	<b>16</b>
 Art. 25 –Esclusioni.....	16
<b>Copertura in caso di invalidità totale e permanente da infortunio o malattia.....</b>	<b>17</b>
 Art. 26 – Definizione di invalidità totale e permanente .....	17
 Art. 27 – Prestazioni Assicurate .....	17
 Art. 28 – Non cumulabilità degli indennizzi .....	17

<b>Esclusioni della copertura in caso di invalidità totale e permanente .....</b>	<b>18</b>
 Art. 29 – Esclusioni.....	18
<b>Copertura in caso di inabilità totale temporanea da infortunio o malattia .....</b>	<b>19</b>
 Art. 30 – Definizione di inabilità totale temporanea.....	19
 Art. 31 – Prestazioni Assicurate .....	19
 Art. 32 – Periodo di riqualificazione.....	19
<b>Esclusioni della copertura in caso di inabilità totale temporanea .....</b>	<b>21</b>
 Art. 33 – Esclusioni.....	21
<b>Cosa fare per richiedere la liquidazione delle prestazioni.....</b>	<b>22</b>
 Art. 34 – Pagamenti delle prestazioni.....	22
 Art. 35 – Arbitrato per Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Totale Temporanea .....	23
<b>Allegato 1 – Modulo di denuncia sinistro .....</b>	<b>24</b>
<b>Allegato 2 – Modulo richiesta estinzione Finanziamento .....</b>	<b>26</b>
<b>Glossario .....</b>	<b>27</b>

**AVVERTENZA:** all'interno delle Condizioni di Assicurazione sono presenti alcuni riquadri che si differenziano per colore e stile del bordo; gli stessi sono stati inseriti per facilitare la comprensione del testo e del funzionamento del prodotto (a norma di quanto previsto dalle Linee Guida per contratti semplici e chiari del Tavolo Tecnico dell'Associazione Nazionale Italiana Assicuratori – ANIA). Di seguito se ne riportano le logiche di utilizzo:

Questi riquadri contengono la spiegazione dei principali termini tecnici specifici del contratto.

Questi riquadri contengono i riferimenti alle norme di Legge.

Questi riquadri contengono un esempio dei calcoli previsti contrattualmente mediante formula matematica.

Inoltre le clausole contrattuali che prevedono oneri e obblighi di comportamento a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni delle garanzie, sono riportate in corrispondenza di un punto esclamativo rosso e/o in grassetto e sono da leggere con particolare attenzione.

## Condizioni di Assicurazione

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono aggiornate al 05 Maggio 2022, data dell'ultima revisione dei dati in esse inclusi.

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono disciplinate dalle:

- Condizioni di seguito riportate;
- Norme di Legge, per quanto non espressamente disciplinato.

**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.**

### Premessa

Le presenti Condizioni di Assicurazione regolano il funzionamento del contratto di tipo PPI (Payment Protection Insurance) relativo alla Convenzione Helvetia E-Corporate Protection N. CNV\_1411\_01 stipulata tra ilimity Bank S.p.A. (di seguito "la Banca") ed Helvetia Vita S.p.A. (di seguito "la Compagnia").

#### **Cosa si intende per Convenzione?**

*Indica un accordo raggiunto tra due o più soggetti, mediante il quale ciascuna parte si obbliga a mantenerne i reciproci impegni.*

Il presente prodotto, denominato Helvetia E-Corporate Protection, è dedicato alle Aziende correntiste della Banca che hanno sottoscritto un nuovo contratto di Finanziamento con la Banca stessa e che pertanto possono accedere, in virtù della Convenzione sopra riportata, al prodotto.

**La sottoscrizione è facoltativa, ovvero non è né obbligatoria né richiesta per ottenere il Finanziamento o per ottenerlo a condizioni diverse.**

Il prodotto si configura come una assicurazione di tipo collettivo, per questo motivo presuppone:

- un unico **Contraente** (l'Azienda Aderente);
- che tale contratto garantisca tutti ed esclusivamente i Key Man dell'Azienda Contraente (Legale Rappresentante, Azionista, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente o altro soggetto dipendente che svolga un ruolo chiave), intese come le persone chiave richiamate all'interno del documento di **Polizza** (e richiamate nelle singole Schede dell'Assicurato), che costituiscono gli **Assicurati** della Polizza, con un **limite massimo di 4 Assicurati**;
- che il **Beneficiario** di tutte le garanzie attivate, con riferimento a ciascun Assicurato, sia sempre l'Azienda Contraente.

### Norme che regolano il contratto in generale



#### **Art. 1 – Obblighi della Compagnia**

Gli obblighi della Compagnia risultano esclusivamente dalla Convenzione, dalle presenti Condizioni di Assicurazione, dalle appendici rilasciate dalla Compagnia e dai documenti di Polizza dalla medesima firmati.



#### **Art. 2 – Oggetto delle coperture e massimali assicurabili**

Con il presente contratto, la Compagnia si impegna, nei limiti ed alle condizioni stabilite negli articoli successivi, a corrispondere una determinata prestazione al Beneficiario qualora si verifichi l'evento assicurato.

Helvetia E-Corporate Protection prevede due pacchetti di garanzie – selezionabili a scelta del Contraente al momento dell'emissione e prestate da Helvetia Vita S.p.A. – secondo quanto indicato nella tabella di seguito riportata:

SEZIONE	GARANZIA
<b>PACCHETTO BASIC</b> Protezione del debito residuo	Decesso dell'Assicurato
	Invalità totale e permanente dell'Assicurato causata da infortunio o malattia
<b>PACCHETTO TOP</b> Protezione del debito residuo e Protezione della rata del Finanziamento	Decesso dell'Assicurato
	Invalità totale e permanente dell'Assicurato causata da infortunio o malattia
	Inabilità temporanea totale dell'Assicurato causata da infortunio o malattia

Il contratto prevede i seguenti massimali:

#### **A. Garanzie relative alla "Protezione del debito residuo":**

Il Capitale Assicurato Iniziale (riportato all'interno della Polizza come "Capitale Assicurato Iniziale Totale") è pari all'importo del Finanziamento richiesto dall'Azienda Contraente.

Il prodotto è abbinabile solo a Finanziamenti di nuova erogazione.

I limiti di importo del Capitale Assicurato Iniziale – per testa assicurata – sono:

- pari all'importo del Finanziamento di nuova erogazione con un **limite massimo di 1.000.000,00 Euro**;
- pari ad un importo inferiore all'importo del Finanziamento di nuova erogazione solo laddove il Finanziamento richiesto sia superiore a 1.000.000 Euro.

In considerazione del fatto che il prodotto prevede la possibilità di assicurare fino ad un massimo di 4 persone **l'importo di 1.000.000,00 Euro deve essere considerato come l'importo massimo assicurabile sul contratto come somma dei capitali assicurati riferiti a tutti gli Assicurati.**

Il Capitale Assicurato Iniziale di ciascun Assicurato viene determinato dividendo l'importo del Finanziamento richiesto per il **numero di teste assicurate.**

**Esempi di calcolo del Capitale Assicurato Iniziale:**

**CASO A: 1 Testa Assicurata**

Importo Finanziamento richiesto: 900.000,00 Euro

N. Teste Assicurate: 1

Capitale Assicurato Iniziale Totale: 900.000,00 Euro

Capitale Assicurato Iniziale per testa: 900.000,00 Euro

**CASO B: 2 Teste Assicurate e Finanziamento maggiore di 1.000.000,00 Euro**

Importo Finanziamento richiesto: 1.500.000,00 Euro

N. Teste Assicurate: 2

Capitale Assicurato Iniziale Totale: 1.000.000,00 Euro

Capitale Assicurato Iniziale per testa:  $1.000.000,00/2 = 500.000,00$  Euro

**CASO C: 3 Teste Assicurate**

Importo Finanziamento richiesto: 900.000,00 Euro

N. Teste Assicurate: 3

Capitale Assicurato Iniziale Totale: 900.000,00 Euro

Capitale Assicurato Iniziale per testa:  $900.000,00/3 = 300.000,00$  Euro

**B. Garanzia relativa alla "Protezione della rata del Finanziamento":**

La somma assicurata corrisponde alla Rata Mensile del Finanziamento (riportata all'interno della Polizza come "Rata Mensile Assicurata Totale").

Nel caso in cui il Capitale Assicurato Iniziale Totale sia inferiore all'importo del Finanziamento – come previsto nel precedente punto A – anche la Rata Mensile Assicurata Totale verrà calcolata sulla base della percentuale di sotto-assicurazione.

Ai Finanziamenti con rateazione diversa da quella mensile, si attribuiranno convenzionalmente le scadenze mensili con riguardo al giorno di scadenza delle rate stesse e ciò sino alla chiusura del sinistro.

I massimali in termini di importi e numero massimo di rate indennizzabili sono riportati al successivo Art. 31 – Prestazioni Assicurate.

- ! **In caso di più Assicurati in pro-quota sarà possibile attivare un unico Pacchetto di garanzie valido per tutti gli Assicurati.**
- ! **Non è possibile cambiare il Pacchetto selezionato in corso di contratto così come non è possibile inserire o sostituire Assicurati in corso di contratto.**
- ! **In entrambi i Pacchetti le garanzie Decesso ed Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia sono prestate "a primo evento". La Compagnia, cioè, paga la Prestazione di Debito Residuo una volta soltanto, in riferimento al primo dei due eventi che si verifica, con contestuale cessazione dell'intera assicurazione in caso di avvenuto pagamento (o cessazione con riferimento al singolo Assicurato laddove presenti più Assicurati).**
- ! **L'assicurazione, a condizione che sia pagato dal Contraente alla Compagnia il premio dovuto, opera esclusivamente nei confronti del/degli Assicurato/i identificato/i nelle Schede dell'Assicurato, che sia/no in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità di cui al successivo Art. 3 – Sfera di applicazione e requisiti di assicurabilità.**
- ! **In caso di sinistro, la Compagnia si obbliga a corrispondere le Prestazioni/Indennizzi, alle condizioni ed entro i limiti e massimali previsti per ciascuna copertura, secondo quanto previsto nelle presenti Condizioni di Assicurazione.**



**Art. 3 – Sfera di applicazione e requisiti di assicurabilità**

Contraente della Polizza Collettiva è un'Azienda (Persona Giuridica) correntista della Banca che abbia richiesto ed ottenuto un Finanziamento di nuova emissione dalla Banca stessa.

L'Azienda deve avere sede legale nello Stato Italiano.

! **Il Contraente può sottoscrivere un'unica Polizza Helvetia E-Corporate Protection.**

Per ogni contratto collettivo Helvetia E-Corporate Protection sono assicurabili fino ad un massimo di 4 persone che rappresentino i Key Man dell'Azienda Contraente (Legale Rappresentante, Azionista, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente o altro soggetto dipendente che svolga un ruolo chiave).

Sono assicurabili le persone fisiche che soddisfino tutte le seguenti condizioni:

- alla data della valutazione assuntiva abbiano un'età **non inferiore a 18 anni** compiuti né **superiore a 65 anni compiuti**, fermo restando che l'età di ogni Assicurato alla scadenza contrattuale non potrà essere superiore ai 75 anni compiuti;
- siano residenti nello Stato Italiano;
- abbiano sottoscritto la Scheda dell'Assicurato;

- abbiano compilato e sottoscritto l'apposito Questionario Assuntivo, la cui compilazione è contestuale all'emissione ovvero, nei casi previsti al successivo Art. 6 – Modalità assuntive, abbiano fornito il Rapporto di Visita Medica compilato e sottoscritto dal medico curante e si siano sottoposti agli eventuali accertamenti sanitari necessari richiesti dalla Compagnia.



#### **Art. 4 – Conclusione, Decorrenza e Durata**

##### **Conclusione e decorrenza**

###### **Cosa si intende per conclusione?**

*È il momento a partire dal quale inizia ad esistere il contratto assicurativo.*

###### **Cosa si intende per decorrenza?**

*È il momento a partire dal quale si attivano le coperture assicurative e le relative prestazioni.*

- ! La Compagnia accetta automaticamente in copertura gli Assicurati che sono in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità di cui al precedente Art. 3 – Sfera di applicazione e requisiti di assicurabilità e che hanno prestato il proprio consenso ai sensi di quanto disposto dall'Art. 1919 del Codice Civile, a condizione che il Finanziamento sia stato erogato. Rimane fermo quanto indicato al successivo Art. 6 – Modalità assuntive cui si rimanda, circa le modalità di assunzione del rischio da parte della Compagnia.

##### **Riferimenti a norme di Legge**

**L'Art. 1919 Codice Civile Assicurazione sulla vita propria o di un terzo:** disciplina che l'assicurazione può essere stipulata sulla vita propria o su quella di un terzo.

*L'assicurazione contratta per il caso di morte di un terzo non è valida se questi o il suo legale rappresentante non dà il consenso alla conclusione del contratto. Il consenso deve essere provato per iscritto.*

*Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito [www.gazzettaufficiale.it/anteprema/codici/codiceCivile](http://www.gazzettaufficiale.it/anteprema/codici/codiceCivile).*

Fermi i Periodi Franchigia, laddove previsti, per le singole coperture (Art. 31 – Prestazioni Assicurate per la garanzia Inabilità Totale Temporanea), l'assicurazione decorre dalle ore 24:00 della data di erogazione del Finanziamento, a condizione che la Compagnia abbia sottoscritto la Polizza e che il Contraente abbia pagato il Premio unico anticipato.

Il Contraente ed ogni Assicurato sono inoltre tenuti a sottoscrivere la Polizza e le rispettive Schede dell'Assicurato – mediante **utilizzo della soluzione di firma elettronica avanzata di Helvetia Vita S.p.A.** – in tutti i campi che lo prevedono e restituire alla Compagnia la copia sottoscritta della Polizza e dell'ulteriore documentazione ad essa collegata di competenza della Compagnia stessa (ricevute dalla Compagnia su supporto durevole all'indirizzo e-mail fornito dal Contraente) via e-mail all'indirizzo: [operationbanche@helvetia.it](mailto:operationbanche@helvetia.it).

- ! **In ogni caso – con riferimento alla figura del Contraente – si intendono pienamente efficaci le dichiarazioni riportate nei suddetti documenti in quanto rese espressamente e autonomamente all'interno del processo di emissione della Polizza effettuato online.**

##### **Durata**

La durata dell'assicurazione, cioè l'arco temporale che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, coincide con la durata prevista dal Piano di ammortamento iniziale del Finanziamento e **non potrà essere inferiore a 12 mesi (1 anno) né superiore a 120 mesi (10 anni).**

L'Assicurazione termina, prima della sua naturale scadenza, alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

1. cessazione dell'attività del Contraente;
2. esercizio del diritto di recesso da parte del Contraente, di cui al successivo Art. 5 – Diritto di recesso;
3. estinzione anticipata totale o trasferimento del contratto di Finanziamento qualora il Contraente non si avvalga della facoltà di mantenere in vigore il contratto alle condizioni originarie;
4. decesso dell'Assicurato;
5. invalidità totale e permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato (a partire dalla data di liquidazione);
6. cessazione del rapporto di lavoro tra l'Assicurato ed il Contraente;
7. perdita anche di uno solo dei requisiti di assicurabilità, di cui al precedente Art. 3 – Sfera di applicazione e requisiti di assicurabilità, dell'Assicurato.

**In caso di più Assicurati pro-quota, nei casi indicati ai punti 1, 2 e 3 la copertura cessa per tutti gli Assicurati, mentre negli altri casi le coperture assicurate cessano solo con riferimento al soggetto Assicurato in relazione al quale l'evento si è verificato.**

A tal proposito si segnala che il **Contraente deve avvisare tempestivamente la Compagnia** (mediante comunicazione scritta inviata per posta ordinaria all'indirizzo Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G. B. Cassinis 21 Milano o via E-Mail a [operationbanche@helvetia.it](mailto:operationbanche@helvetia.it)) **in caso di risoluzione del rapporto di lavoro di ogni Assicurato compreso nella collettiva.** In tal caso, infatti, le coperture assicurative cessano automaticamente in corrispondenza della data di risoluzione del rapporto di lavoro e la Compagnia restituisce al Contraente la parte di premio unico relativa al periodo di assicurazione pagato e non goduto per l'Assicurato.

**In caso di cessazione di attività da parte dell'Azienda Contraente, la stessa dovrà darne immediata comunicazione alla Compagnia** (mediante comunicazione scritta inviata a mezzo posta ordinaria all'indirizzo Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G. B. Cassinis 21 Milano o via E-Mail a [operationbanche@helvetia.it](mailto:operationbanche@helvetia.it)). Le coperture assicurative non saranno più operanti per tutti gli Assicurati a partire dal giorno

di cessazione dell'attività da parte dell'Azienda Contraente, ed alla stessa sarà rimborsata la parte di premio unico relativa al periodo di assicurazione pagato e non goduto per ciascun Assicurato.



#### **Art. 5 – Diritto di Recesso**

##### **Cos'è il recesso?**

Mediante la richiesta di recesso il Contraente può sciogliere il contratto - ottenendo la restituzione del totale o di una parte del premio versato - a condizione che la richiesta venga effettuata entro 60 dalla data di conclusione del contratto stesso.

**Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento in cui il contratto stesso è concluso.** Entro il termine sopraindicato il Contraente che intenda avvalersi del diritto di recesso deve inviare comunicazione alla Compagnia, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Canale Banche, Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia) ovvero via E-Mail PEC all'indirizzo [helvetiavita@actaliscertymail.it](mailto:helvetiavita@actaliscertymail.it), contenente gli elementi identificativi del contratto.

La Compagnia, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto **al netto dell'eventuale imposta.**

La comunicazione di recesso deve essere corredata dalle coordinate bancarie del Contraente per le operazioni di accredito (Banca, codice IBAN del Contraente). **Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dal Contraente stesso (Legale Rappresentante).**

Il diritto di recesso libera il Contraente e la Compagnia da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

**! Il recesso ha sempre effetto per tutte le garanzie attivate. Non è prevista la possibilità di recedere soltanto da una o più garanzie.**

**! In caso di più soggetti Assicurati pro-quota, il recesso ha sempre effetto in riferimento a tutti gli Assicurati.**



#### **Art. 6 – Modalità assuntive**

Fermi i requisiti di assicurabilità indicati al precedente Art. 3 – Sfera di applicazione e requisiti di assicurabilità, l'assunzione del rischio avviene in funzione dell'età di ogni Assicurato alla data di emissione del contratto e dell'importo del relativo Capitale Assicurato Iniziale.

L'assunzione del rischio da parte della Compagnia comporta il preventivo accertamento delle condizioni di salute di ogni Assicurato, secondo quanto evidenziato dalla Tabella Assuntiva sotto riportata. Pertanto a ciascun Assicurato verrà chiesto, alternativamente:

- di compilare un Questionario Assuntivo: in tal caso, è assicurabile il soggetto che risponde "NO" a tutte le domande del Questionario stesso;
- oppure
- di compilare il Questionario Assuntivo (con risposta "NO" a tutte le domande) e di fornire il Rapporto di Visita Medica e/o gli esami medici secondo le indicazioni sotto riportate.

**! Gli oneri degli accertamenti sanitari – laddove previsti – sono a carico del Contraente e la documentazione da produrre per l'assunzione è quella indicata nella tabella di seguito riportata.**

Capitale Assicurato Iniziale per ciascun Assicurato	Età dell'Assicurato alla data di valutazione assuntiva (in anni compiuti)	Documentazione
Fino a 300.000 Euro	18-54 anni	Questionario Assuntivo
	>= 55 anni	Questionario Assuntivo + Rapporto di Visita Medica
Da 300.000,01 a 400.000 Euro	18-65 anni	Questionario Assuntivo + Rapporto di Visita Medica
Da 400.000,01 a 1.000.000 Euro	18-65 anni	Questionario Assuntivo + Rapporto di Visita Medica + Analisi del sangue + Esame cardiovascolare con resoconto medico + Elettrocardiogramma + Analisi PSA (per Uomini di età superiore a 50 anni).

Nel caso in cui dal Questionario Assuntivo e/o dal Rapporto di Visita Medica e/o dagli eventuali accertamenti sanitari di ogni Assicurato emergano patologie di rilievo, **la Compagnia si riserva di rifiutare l'assunzione del rischio.** Sarà facoltà del Contraente poter eliminare o sostituire l'Assicurato non assumibile con altro soggetto, sempre che vengano rispettate le condizioni di assicurabilità di cui al precedente Art. 3 – Sfera di applicazione e requisiti di assicurabilità e che l'operazione venga effettuata prima che la Polizza sia conclusa.

**! In ogni caso la Compagnia può richiedere ulteriori accertamenti sanitari e/o documentazione o di rifiutare l'assunzione del rischio, qualora emergano criticità sullo stato di salute dell'Assicurato.**



#### **Art. 7 – Estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento**

##### **Estinzione anticipata totale o trasferimento del Finanziamento**

In caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del Finanziamento, il contratto di assicurazione si risolve automaticamente a decorrere dalle ore 24 del giorno di estinzione del contratto di Finanziamento.

In tal caso **Helvetia Vita S.p.A.** procede in modo differenziato in base al tipo di prestazione cui il premio si riferisce:

▪ **Protezione del Debito residuo**

rimborsa la parte di premio pagato e non goduto (al netto delle eventuali imposte governative) relativa alla garanzia in caso di Decesso (D) o di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia (ITP) che si riferisce ai mesi mancanti alla scadenza contrattuale, calcolata a decorrere dal giorno di estinzione totale o di trasferimento del Finanziamento, secondo la seguente formula:

$$RT = \text{Frazione}/\text{Durata} \times \text{Premio}$$

dove:

**RT** = parte di premio rimborsato in caso di estinzione totale;

**Frazione** = tempo che intercorre tra la data di estinzione del Finanziamento (o di trasferimento) e la scadenza contrattuale originaria, espresso in mesi;

**Durata** = durata contrattuale, espressa in mesi;

**Premio** = premio versato relativo alla garanzia in caso di decesso e in caso di invalidità totale e permanente da Infortunio o Malattia al netto delle imposte.

▪ **Protezione della Rata del Finanziamento**

rimborsa la parte di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte governative), relativa alla garanzia di Inabilità Totale Temporanea (ITT) riferita ai mesi mancanti alla scadenza contrattuale, calcolata a decorrere dal giorno di estinzione totale o di trasferimento del Finanziamento, secondo la seguente formula:

$$RT = \text{Frazione}/\text{Durata} \times \text{Premio}$$

dove:

**RT** = parte del premio relativo alla garanzia per la protezione della rata rimborsato in caso di estinzione totale;

**Frazione** = tempo che intercorre tra la data di estinzione del Finanziamento (o di trasferimento) e la scadenza contrattuale originaria, espresso in mesi;

**Durata** = durata contrattuale, espressa in mesi;

**Premio** = premio versato relativo alla garanzia Inabilità Totale e Temporanea al netto delle imposte.

**Esemplificazione relativa al calcolo del premio da rimborsare a seguito di estinzione Totale del Finanziamento**

Durata Polizza	120 mesi (10 anni)
Capitale Assicurato Iniziale per tutti gli Assicurati	200.000 Euro
Rata Mensile Assicurata (indicativa)	2.426,55 Euro
Premio Unico Garanzia Decesso	6.528,00 Euro
Premio Unico Netto Imposte Garanzia Invalidità Totale Permanente (ITP)	1.296,00 Euro
Premio Unico Netto Imposte Garanzia Inabilità Temporanea Totale (ITT)	2.544,00 Euro
Data dell'estinzione	60 mesi dalla decorrenza
Durata residua della Polizza in mesi	60 mesi
Debito Residuo del Finanziamento ante estinzione anticipata*	137.789,08 Euro
Rateo di premio da restituire Garanzia Decesso	3.264,00 Euro
Rateo di premio da restituire Garanzia ITP	648,00 Euro
Rateo di premio da restituire Garanzia ITT	1.272,00 Euro

\* Si precisa che il debito residuo è stato calcolato applicando un tasso di interesse ipotetico prudenziale pari all'8,00%.

In caso di estinzione totale della Polizza successiva a precedente estinzione parziale (come di seguito rappresentata), nella determinazione del premio da rimborsare si terrà conto di tali operazioni.

Il Contraente ha tuttavia la facoltà di proseguire l'Assicurazione per la durata residua ed alle condizioni originariamente pattuite, **dandone comunicazione scritta alla Compagnia** (con lettera inviata con posta ordinaria indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Canale Banche, Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano oppure inviandola via E-mail all'indirizzo: operationbanche@helvetia.it) **al momento dell'estinzione del Finanziamento o del suo trasferimento.**

! In caso di più soggetti Assicurati pro-quota, la scelta del Contraente circa il mantenimento o la prosecuzione dell'assicurazione in caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento vale sempre per tutti gli Assicurati.

! La surroga del Finanziamento è equiparata ad estinzione totale del Finanziamento stesso.

! In caso di accollo del Finanziamento, a condizione che gli Assicurati non vengano variati, è possibile mantenere in vigore la Polizza operando un cambio di Contraente ed un cambio di Beneficio.

**Estinzione parziale del Finanziamento**

Nel caso in cui il Contraente richieda invece un'estinzione parziale anticipata del Finanziamento, le prestazioni assicurate relative al contratto si ridurranno proporzionalmente della misura corrispondente alla quota estinta di debito residuo.

In tal caso **Helvetia Vita S.p.A.** procede in modo differenziato, in base al tipo di prestazione cui il Premio si riferisce, alla restituzione del premio stesso:

▪ **Protezione del Debito residuo**

rimborsa la parte di premio pagato e non goduto per effetto dell'estinzione parziale anticipata, che si riferisce ai mesi mancanti alla scadenza contrattuale (relativa alla garanzia in caso di Decesso e in caso di Invalidità Totale e Permanente), calcolata a decorrere dal giorno di estinzione parziale, secondo la seguente formula:

$$RP = \text{Frazione/Durata} \times \text{Premio} \times \text{Quota}$$

dove:

**RP** = parte di premio rimborsato in caso di estinzione parziale;

**Frazione** = tempo che intercorre tra la data di estinzione parziale del Finanziamento e la scadenza contrattuale originaria, espresso in mesi;

**Durata** = durata contrattuale, espressa in mesi;

**Premio** = premio versato relativo alla garanzia in caso di decesso e alla garanzia in caso di invalidità totale e permanente, che tiene conto di eventuali precedenti estinzioni parziali;

**Quota** = rapporto tra l'importo versato a titolo di estinzione parziale del Finanziamento e l'importo corrispondente al debito residuo relativo al Finanziamento al momento dell'estinzione parziale, calcolato secondo le condizioni previste dal piano di ammortamento originario.

In caso di copertura assicurativa attivata per un capitale inferiore al Finanziamento richiesto la suddetta quota è ulteriormente riproporzionata alla percentuale assicurata.

▪ **Protezione della Rata del Finanziamento**

rimborso la parte di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte governative), relativa alla garanzia Inabilità Totale Temporanea (ITT) riferita ai mesi mancanti alla scadenza del contrattuale, calcolata a decorrere dal giorno di estinzione parziale del Finanziamento, secondo la seguente formula:

$$RP = \text{Frazione/Durata} \times \text{Premio} \times \text{Quota}$$

dove:

**RP** = parte di premio rimborsato in caso di estinzione parziale;

**Frazione** = tempo che intercorre tra la data di estinzione parziale del Finanziamento e la scadenza contrattuale originaria, espresso in mesi;

**Durata** = durata contrattuale, espressa in mesi;

**Premio** = premio versato relativo alla garanzia suindicata al netto delle imposte governative.

**Quota** = rapporto tra l'importo versato a titolo di estinzione parziale del Finanziamento e l'importo corrispondente al debito residuo relativo al Finanziamento al momento dell'estinzione parziale, calcolato secondo le condizioni previste dal piano di ammortamento originario.

In caso di copertura assicurativa attivata per un capitale inferiore al Finanziamento richiesto la suddetta quota è ulteriormente riproporzionata alla percentuale assicurata.

**Esemplificazione relativa al calcolo del premio da rimborsare a seguito di estinzione Parziale del Finanziamento**

Durata Polizza	120 mesi (10 anni)
Capitale Assicurato Iniziale per tutti gli Assicurati	200.000 Euro
Rata Mensile Assicurata (indicativa)	2.426,55 Euro
Premio Unico Garanzia Decesso	6.528,00 Euro
Premio Unico Netto Imposte Garanzia Invalidità Totale Permanente (ITP)	1.296,00 Euro
Premio Unico Netto Imposte Garanzie Inabilità Temporanea Totale (ITT)	2.544,00 Euro
Data dell'estinzione	60 mesi dalla decorrenza
Durata residua della Polizza in mesi	60 mesi
Debito Residuo del Finanziamento ante estinzione anticipata*	137.789,08 Euro
Importo estinto anticipatamente	100.000 Euro
Rateo di premio da restituire Garanzia Decesso	2.368,84 Euro
Rateo di premio da restituire Garanzia IPT	470,28 Euro
Rateo di premio da restituire Garanzia ITT	923,15 Euro

\* Si precisa che il debito residuo è stato calcolato applicando un tasso di interesse ipotetico prudenziale pari all'8,00%.

In caso di estinzione parziale della Polizza nella determinazione del premio da rimborsare si terrà conto di eventuali precedenti operazioni di estinzione parziale.

Il Contraente ha tuttavia facoltà di proseguire l'Assicurazione per la durata residua e alle condizioni originariamente pattuite (senza richiedere un riproporzionamento delle prestazioni assicurate), **dandone comunicazione scritta alla Compagnia** (con lettera inviata con posta ordinaria indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Canale Banche, Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano oppure inviandola via E-mail all'indirizzo: operationbanche@helvetia.it) **al momento dell'estinzione parziale del Finanziamento.**

! **Nei casi nei quali il Contraente chieda che l'estinzione parziale abbia effetto esclusivamente con riferimento alla durata del Finanziamento e non all'ammontare del debito residuo, non è invece dovuto il rimborso della parte di premio pagato e non goduto, in quanto le coperture assicurative saranno comunque prestate fino alla scadenza originaria del Finanziamento stesso.**

! In caso di più soggetti Assicurati pro-quota, la scelta del Contraente circa il caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento vale sempre per tutti gli Assicurati.

! **Con riferimento ai casi di rinegoziazione l'Assicurazione resterà in vigore fino alla scadenza originaria del Finanziamento stesso e le prestazioni assicurate continueranno ad essere operanti secondo il piano di ammortamento originale.**



### **Art. 8 – Pagamento del premio**

Le coperture assicurative sono prestate dietro corresponsione alla Compagnia di un premio unico anticipato per l'intera durata del Finanziamento e quindi della Polizza, il cui ammontare totale – comprensivo di eventuali imposte – è riportato nella Polizza.

Il pagamento del premio unico è a carico del Contraente.

Il premio unico è calcolato in funzione dell'importo e della durata del Finanziamento.

Il pagamento del premio unico avviene su autorizzazione del Contraente tramite addebito sul conto corrente dello stesso acceso presso la Banca erogatrice del Finanziamento e accredito su apposito conto corrente della Banca stessa.

La Banca provvederà giornalmente ad effettuare corrispondente bonifico sul conto corrente di Helvetia Vita S.p.A. relativamente a tutte le sottoscrizioni della giornata.

In ogni caso i premi si intendono comprensivi di imposte, laddove previste.

**Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico del Contraente.**

**In caso il prodotto sia collocato a mezzo di fattispecie contrattuali qualificabili come contratti di appalto pubblico di servizi in base al Codice dei Contratti Pubblici (D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.), per i quali la Compagnia assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n. 136/2010 e successive modifiche, nella causale del bonifico sarà necessario inserire il numero di Polizza con la ragione sociale dell'Azienda Contraente, il codice CIG, l'eventuale CUP e il nome del prodotto.**

**! È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.**

#### **Riferimenti a norme di legge**

##### **Decreto Legislativo 18 aprile 2016, n. 50**

*Tale Decreto Legislativo disciplina i contratti di appalto e di concessione delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori aventi ad oggetto l'acquisizione di servizi, forniture, lavori e opere, nonché i concorsi pubblici di progettazione.*

##### **Legge 13 agosto 2010, n. 136**

*Tale Legge, contenente il "Piano straordinario contro le mafie", prevede importanti misure di contrasto alla criminalità organizzata e strumenti di prevenzione delle infiltrazioni criminali. In particolare, all'art. 3 "Tracciabilità dei flussi finanziari", disciplina un meccanismo che consente di seguire il flusso finanziario proveniente da un contratto di appalto, al fine di identificare il soggetto che percepisce il denaro pubblico con la finalità di evitare, mediante un meccanismo di trasparenza, che finisca nelle mani delle mafie.*

*Per consultare il testo integrale della suddetta normativa si rinvia al sito [www.gazzettaufficiale.it](http://www.gazzettaufficiale.it).*



### **Art. 9 – Beneficiari**

Ai sensi dell'Art. 1920 del Codice Civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Compagnia.

Date le finalità del contratto il Beneficiario irrevocabile della prestazione:

- in caso di decesso di ogni Assicurato è l'Azienda Contraente;
- in caso di invalidità totale e permanente di ogni Assicurato è l'Azienda Contraente
- in caso di inabilità totale e permanente di ogni Assicurato è l'Azienda Contraente.

**! Il Contraente rinuncia espressamente alla facoltà di revoca o modifica del Beneficiario.**

#### **Riferimenti a norme di Legge**

**Articolo 1920 del Codice Civile "Assicurazione a favore di un terzo":** *disciplina che è valida l'assicurazione sulla vita a favore di un terzo. La designazione del beneficiario può essere fatta nel contratto di assicurazione, o con successiva dichiarazione scritta comunicata alla Compagnia, o per testamento; essa è efficace anche se il Beneficiario è determinato solo genericamente. Equivale a designazione l'attribuzione della somma assicurata fatta nel testamento a favore di una determinata persona.*

*Per effetto della designazione il terzo acquista un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.*

*Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito [www.gazzettaufficiale.it/anteprima/codici/codiceCivile](http://www.gazzettaufficiale.it/anteprima/codici/codiceCivile).*



### **Art. 10 – Oneri fiscali**

Le imposte e le tasse relative o discendenti dal presente contratto di assicurazione sono esclusivamente a carico del Contraente.

La parte di premio pagata per le coperture da infortuni e malattia (Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Totale Temporanea) è soggetta ad imposta nella misura del 2,50%, mentre la parte di premio pagata per la copertura in caso di Decesso è esente da imposta.

I premi versati inerenti l'attività di impresa sono fiscalmente deducibili nei limiti della normativa vigente.

Le Prestazioni ed Indennizzi previsti dal contratto corrisposti all'Azienda Contraente sono assoggettati al regime fiscale vigente.



### **Art. 11 – Limiti territoriali**

Le garanzie previste dal presente prodotto (garanzia in caso di Decesso, garanzia in caso di Invalidità Totale e Permanente da infortunio o malattia e garanzia di Inabilità Totale Temporanea) hanno validità in tutto il mondo.



### **Art. 12 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

È di fondamentale importanza che ogni Assicurato ed il Contraente rendano dichiarazioni veritiere, esatte e complete all'atto della stipula della Polizza, diversamente la Compagnia potrebbe sottovalutare il rischio che avrebbe rifiutato.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze, relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare le conseguenze previste dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

In particolare, in questi casi le Compagnie si riservano:

- di contestare la validità della copertura, ai sensi dell'articolo 1892 del Codice Civile, quando esiste dolo o colpa grave;
- di recedere dal contratto e, se è già avvenuto l'evento assicurato, di ridurre le somme da liquidare, ai sensi dell'articolo 1893 del Codice Civile, quando non esiste dolo o colpa grave.

#### **Riferimenti a norme di Legge**

**Articolo 1892 del Codice Civile "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave":** disciplina che la Compagnia può annullare il contratto per dichiarazioni inesatte e reticenze del Contraente relative a circostanze tali che non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, quando il Contraente stesso ha agito con dolo o con colpa grave. L'annullo del contratto può essere richiesto dalla Compagnia entro 3 mesi dal giorno in cui la stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. In tale caso, la Compagnia ha diritto ai premi relativi al periodo in corso al momento in cui ha richiesto l'annullamento ed in ogni caso, al premio versato per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine previsto per l'annullo del contratto, la stessa non è tenuta a pagare la somma assicurata.

**Articolo 1893 del Codice Civile "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave":** disciplina che la Compagnia non può annullare il contratto per dichiarazioni inesatte e reticenze del Contraente, quando quest'ultimo ha agito senza dolo o colpa grave. La Compagnia può comunque recedere dal contratto nei termini previsti, indicati al precedente Articolo 1892. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Compagnia o prima che la stessa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio pagato e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito [www.gazzettaufficiale.it/anteprima/codici/codiceCivile](http://www.gazzettaufficiale.it/anteprima/codici/codiceCivile).

In particolare, con riferimento al presente contratto le informazioni richieste all'Assicurato al momento della sottoscrizione dell'assicurazione inerenti al proprio stato di salute, riportate nella Scheda dell'Assicurato, sono essenziali per la Compagnia ai fini della conclusione del contratto, pertanto in caso di dichiarazioni inesatte, incomplete e reticenti rese dall'Assicurato, la Compagnia può avvalersi delle disposizioni normative di cui sopra.

Trascorsi 6 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione, il contratto non è contestabile per le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o degli Assicurati, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o malafede. L'indicazione inesatta dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle prestazioni assicurate.

Laddove nel corso della durata contrattuale il Contraente trasferisca la propria sede legale in un altro Stato membro dell'Unione Europea, il Contraente stesso è tenuto a darne comunicazione alla Compagnia tempestivamente e comunque entro il termine di 30 giorni dall'avvenuto trasferimento. Quanto sopra al fine di consentire alla Compagnia di effettuare gli adempimenti relativi all'applicazione delle imposte indirette e degli oneri parafiscali gravanti sui premi eventualmente previsti in altri stati dell'Unione Europea.

Resta inteso che, nel caso in cui il Contraente non effettui la suddetta comunicazione nei termini sopra riportati, sarà tenuto a rimborsare alla Compagnia quanto la stessa sia stata eventualmente chiamata a pagare in conseguenza della mancata comunicazione (ad esempio rimborsi dovuti per effetto di contestazioni mosse dall'Amministrazione finanziaria dello Stato membro della nuova sede legale).

In ogni caso, il Contraente è tenuto ad avvisare tempestivamente la Compagnia in relazione ad ogni eventuale cambio della propria sede legale.

Il Contraente è tenuto ad avvisare tempestivamente la Compagnia, laddove nel corso della durata contrattuale si verificano modifiche alle circostanze che ne determinano la classificazione ai fini FATCA (persona giuridica statunitense o con residenza fiscale negli Stati Uniti) e/o CRS (persona giuridica avente ulteriore residenza fiscale in uno stato diverso da Italia e/o Stati Uniti). Analogo obbligo deve essere rispettato anche da quei soggetti che intervengono nel rapporto contrattuale con la sola qualifica di titolari effettivi.

In ogni caso, i soggetti di cui sopra sono tenuti ad avvisare tempestivamente la Compagnia in relazione ad ogni eventuale cambio della propria sede legale e/o residenza fiscale.



#### **Art. 13 – Altre assicurazioni**

La Compagnia non dà rilevanza ad altre assicurazioni contratte separatamente dal Contraente, presso diversi assicuratori, e pertanto quest'ultimo è liberato dall'obbligo di comunicazione verso la Compagnia di cui all'Art. 1910 Codice Civile.

##### **Riferimenti a norme di Legge**

**Articolo 1910 del Codice Civile "Assicurazione presso diversi assicuratori":** disciplina che se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito [www.gazzettaufficiale.it/anteprema/codici/codiceCivile](http://www.gazzettaufficiale.it/anteprema/codici/codiceCivile).



#### **Art. 14 – Rinuncia al diritto di surrogazione**

La Compagnia rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile nei confronti del responsabile dell'infortunio.

##### **Riferimenti a norme di Legge**

**Articolo 1916 del Codice Civile "Diritto di surrogazione dell'assicuratore":** disciplina che l'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare della stessa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Fa eccezione il caso di dolo per il quale la surrogazione non ha luogo se il danno è stato causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato che convivono stabilmente con lui o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Questo articolo trova applicazione anche per le assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito [www.gazzettaufficiale.it/anteprema/codici/codiceCivile](http://www.gazzettaufficiale.it/anteprema/codici/codiceCivile).



#### **Art. 15 – Foro competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie**

Qualora tra il Contraente, l'Assicurato e la Compagnia insorgano eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro dovuto a Infortunio o Malattia e sulla misura dell'indennizzabilità dell'Infortunio o della Malattia, la decisione della controversia può essere demandata, su richiesta del Contraente, ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia in materia di contratti assicurativi è tenuto inizialmente ad attivare il **procedimento di mediazione** previsto dalla Legge 09/08/2013, n. 98 e s.m.i. presso un Organismo di Mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia, che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia stessa.

Solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui alla sopra citata Legge, sarà possibile rivolgersi all'**Autorità Giudiziaria** competente, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto.

In ogni caso, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, è anche possibile esperire il **procedimento di negoziazione assistita** prevista ai sensi del D. L. 132/14, convertito con modifiche dalla L. 162/14, invitando l'altra parte a stipulare una convenzione di negoziazione tramite il proprio legale.

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

Tramite il sito della Compagnia ([www.helvetia.it](http://www.helvetia.it) – Reclami) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione delle suddette procedure.

#### **Riferimenti a norme di Legge**

**La Legge 9 agosto 2013, n. 98** contenente disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia, disciplina anche il procedimento di "mediazione civile", istituto stragiudiziale (ossia non si svolge in un'aula di tribunale) che mira alla risoluzione delle controversie in tempi brevi e con costi contenuti a fronte delle agevolazioni fiscali previste, il quale deve essere attivato obbligatoriamente in prima istanza nell'ambito di controversie su contratti bancari, assicurativi o finanziari.

**La Legge 10 novembre 2014, n. 162**, che ha convertito in Legge con modificazioni il Decreto Legge del 12 settembre 2014, n. 132 (c.d. "Decreto giustizia") disciplina anche il procedimento di "Negoziazione assistita", istituto stragiudiziale che mira alla risoluzione delle controversie in via amichevole, mediante invito a stipulare una convenzione in cui le parti si impegnano a risolvere bonariamente la controversia con l'assistenza dei rispettivi legali di fiducia.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito <https://www.gazzettaufficiale.it>



#### **Art. 16 – Comunicazioni**

Tutte le comunicazioni da parte del Contraente alla Compagnia, con riferimento alla presente Polizza, dovranno essere effettuate a scelta del Contraente stesso:

- per posta ordinaria scrivendo a Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Canale Banche, Via G. B. Cassinis 21 – 20139 Milano;

oppure

- via E-mail all'indirizzo [operationbanche@helvetia.it](mailto:operationbanche@helvetia.it).

Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia al Contraente saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto o all'ultimo indirizzo E-mail conosciuto del Contraente stesso.

La Compagnia comunica al Contraente eventuali variazioni rilevanti, rispetto alle informazioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione, intervenute per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.



#### **Art. 17 – Cessione dei diritti, riscatto e prestiti**

##### **Cos'è la cessione?**

La cessione consiste nel trasferimento dei diritti e doveri del contratto, dal Contraente ad un'altra persona che accetta di assumere, a partire da un determinato momento, il ruolo di Contraente del contratto stesso.

##### **Cos'è il vincolo?**

Il vincolo di una Polizza è una particolare condizione contrattuale che assegna al vincolatario (soggetto in favore del quale è stato istituito il vincolo) privilegi e priorità nell'ottenimento delle prestazioni previste dal contratto rispetto ad altri Beneficiari. A titolo di esempio, se il contratto risulta soggetto a vincolo e si verifica il decesso dell'Assicurato, la Compagnia privilegerà il vincolatario nel pagamento della relativa prestazione, fermi i limiti di spettanza di quest'ultimo e di capienza del contratto.

Il Contraente non potrà in alcun modo cedere, trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalla copertura di cui alla presente Polizza, salvo diverso accordo con la Compagnia.

**Il contratto non prevede, inoltre, né la possibilità di riscatto né la possibilità di concedere prestiti.**



#### **Art. 18 – Legge applicabile al contratto**

Il presente contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.



#### **Art. 19 – Prescrizione**

Con riferimento alle coperture vita si ricorda che il Codice Civile (Art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal presente contratto si estinguono dopo dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (prescrizione). Qualora gli aventi diritto non richiedano gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, come previsto in materia di rapporti dormienti dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

##### **Cos'è la prescrizione?**

È l'estinzione di un diritto nel caso in cui il relativo titolare non lo eserciti nei tempi stabiliti dalla Legge.

**Articolo 2952 del Codice Civile "Prescrizione in materia assicurativa":** disciplina i diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito [www.gazzettaufficiale.it/anteprema/codici/codiceCivile](http://www.gazzettaufficiale.it/anteprema/codici/codiceCivile).

**La Legge 23 dicembre 2005, n. 266** ("Legge finanziaria 2006") all'Art.1, comma 345, disciplina che il Fondo per le vittime delle frodi bancarie, di cui al comma 343 della medesima Legge, è alimentato dall'importo dei conti correnti e dei rapporti bancari definiti come dormienti all'interno del sistema bancario nonché del comparto assicurativo e finanziario.

I rapporti dormienti del comparto assicurativo sono polizze le cui prestazioni non sono state rimosse dai Beneficiari e che giacciono presso le imprese in attesa che ne venga richiesta la liquidazione dagli aventi diritto o, in caso contrario, della

prescrizione.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito <https://www.gazzettaufficiale.it>.



#### **Art. 20 – Dovere del Contraente**

**Per tutti i contratti in forma collettiva non può esserci alcun rapporto diretto tra gli Assicurati e la Compagnia.** In tal senso il Contraente e la Compagnia assumono formale impegno.



#### **Art. 21 – Modifiche alla Convenzione, alle Condizioni di Assicurazione e/o alla Polizza**

Modifiche alla Convenzione rese necessarie da fatti oggettivi, estranei alla volontà delle Parti, che dovessero intervenire in qualsiasi momento e che rendano parzialmente inapplicabili le condizioni concordate, saranno oggetto di un'ulteriore negoziazione.

Resta inteso che eventuali modifiche alle presenti Condizioni, stabilite dai Competenti Organi di Controllo, saranno applicate alla Polizza e alla relativa Convenzione fin dalla sua prima ricorrenza annuale successiva alla data delle modifiche, salva diversa disposizione da parte dei suddetti Organi di Controllo.

Le eventuali modifiche alla presente Polizza o a ciascuna delle garanzie devono essere provate per iscritto e avranno effetto solo per le garanzie aventi data iniziale successiva alla data delle modifiche.



#### **Art. 22 – Trasferimento di Intermediario e operazioni societarie straordinarie**

Nei casi di cessazione dell'Intermediario o assegnazione di portafoglio ad un nuovo Intermediario o in caso di modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale, la Compagnia renderà al Contraente entro 10 giorni lavorativi dalla data di efficacia delle suddette operazioni, un'informativa di dettaglio.

In caso di trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso l'impresa che avrà acquisito il contratto fornirà al Contraente apposita informativa entro 10 giorni lavorativi dalla data di pubblicazione del provvedimento o dell'avviso dell'IVASS. In tal caso, la comunicazione scritta fornirà informazioni in merito alla nuova denominazione sociale ed alla sede dell'impresa che ha acquisito il contratto, fermo restando la validità della Convenzione e quanto in essa previsto.

Le suddette informazioni saranno, altresì, rese disponibili per un periodo di almeno sei mesi nella home page del sito internet dell'impresa che acquisisce il contratto. In caso di trasferimento di portafoglio, di fusione o scissione dello stesso inoltre anche l'impresa cedente, incorporata o scissa, rende disponibile per almeno sei mesi nella home page del proprio sito internet la notizia dell'operazione con l'inserimento di un link che rimanda alla home page del sito internet dell'impresa che ha acquisito il contratto.

**! Il Contraente è tenuto, a sua volta, a comunicare tali variazioni ad ogni Assicurato inserito nella Polizza.**

## Copertura in caso di decesso



### **Art. 23 – Prestazioni Assicurate**

In base al presente contratto la Compagnia si impegna ad erogare, in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima della scadenza contrattuale, un importo, all'Azienda Contraente, pari al Capitale Assicurato in vigore alla data di decesso dell'Assicurato stesso, qualora:

- il decesso si sia verificato durante il periodo in cui la garanzia è efficace, ai sensi del precedente Art. 4 – Conclusione, Decorrenza e Durata;
- il decesso non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 25 – Esclusioni.

Il Capitale Assicurato Iniziale decresce, nel corso della durata contrattuale, secondo un piano di ammortamento di tipo francese.

Ai fini della documentazione da produrre per la liquidazione del Capitale Assicurato si rimanda al successivo Art. 34 – Pagamenti delle prestazioni.

**! In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della Polizza, questa si intenderà estinta ed il relativo premio acquisito dalla Compagnia.**

La presente garanzia assicurata viene prestata a fronte del pagamento di un premio unico ed anticipato, il cui ammontare viene determinato in funzione del Capitale Assicurato Iniziale e della durata del contratto.

**! In caso di assicurazione con più Assicurati pro-quota, l'importo della Prestazione si intende sempre come equamente ripartita pro-quota tra tutti gli Assicurati.**

#### **Esempio di calcolo**

Debito Residuo Totale: 500.000,00 Euro

N. Teste Assicurate: 2

Decesso di 1 dei 2 Assicurati

Prestazione Liquidabile dalla Compagnia: 250.000,00 Euro

**! Nel caso in cui dal Questionario Assuntivo o dagli eventuali accertamenti sanitari emergano patologie di rilievo, Helvetia Vita S.p.A. si riserva la facoltà di rifiutare l'assunzione del rischio.**



### **Art. 24 – Capitale Assicurato**

Il Capitale Assicurato ad una data epoca corrisponde al debito residuo in conto capitale risultante dal Piano di Ammortamento Iniziale del Finanziamento inteso come il piano di ammortamento in essere alla data di erogazione del Finanziamento fermi i limiti indicati al precedente Art. 2 – Oggetto delle coperture e massimali assicurabili.

Le informazioni necessarie al calcolo saranno comunicate ad Helvetia Vita S.p.A. dalla Banca presso cui è stato acceso il Finanziamento.

Il computo della somma delle quote capitale residue, al momento del decesso, viene effettuato sulla base del tasso nominale di interesse applicato dalla Banca all'epoca di erogazione del Finanziamento.

**! Nel computo del Debito Residuo in conto capitale non verranno incluse eventuali rate di debito di competenza di un'epoca antecedente a quella del decesso dell'Assicurato, che risultino insolute alla data del calcolo, nonché i relativi interessi di mora e spese accessorie. Da Helvetia Vita S.p.A. non verranno, in alcun caso, corrisposte quote interessi.**

In relazione ai Finanziamenti di durata flessibile, Helvetia Vita S.p.A. non assicura il Debito Residuo eventualmente presente per effetto dell'estensione della durata iniziale del Finanziamento in epoche successive alla data di scadenza del Finanziamento inizialmente fissata.

In caso di estinzione anticipata, di trasferimento o rinegoziazione del Finanziamento – qualora richiesto dal Contraente – il contratto resterà in vigore per un Capitale Assicurato pari al debito residuo quale risultante dal Piano di Ammortamento Iniziale, come sopra definito, senza tener conto delle predette operazioni.

La Compagnia invia al Contraente, entro 60 giorni dalla chiusura di ogni anno solare, il Documento Unico di Rendicontazione della propria posizione assicurativa.

## Esclusioni della copertura in caso di decesso



### Art. 25 – Esclusioni

#### **Cosa sono le esclusioni?**

Le clausole di esclusione sono condizioni che limitano o escludono la copertura del rischio e la relativa liquidazione della prestazione in caso si verifichi l'evento assicurato.

- ! Fermo quanto previsto al precedente Art. 24 – Capitale Assicurato e sempreché ogni Assicurato ed il Contraente abbiano reso dichiarazioni complete, corrette e veritiere, consentendo alla Compagnia di valutare correttamente il rischio che si assume, le prestazioni assicurate relative al caso di decesso dell'Assicurato, di cui al precedente Art. 23 – Prestazioni Assicurate, sono garantite senza limiti territoriali, indipendentemente dai cambiamenti di professione dell'Assicurato e qualunque possa essere la causa del decesso, salvo quanto di seguito indicato.
- ! È escluso dalla garanzia il decesso causato da:
  - dolo del Contraente e dell'Assicurato;
  - suicidio dell'Assicurato nei primi 12 mesi di decorrenza della Polizza;
  - atti di autolesionismo dell'Assicurato;
  - pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);
  - uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
  - pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
    - sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
    - i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
  - partecipazione attiva dell'Assicurato a risse in cui l'Assicurato partecipi attivamente, con esclusione della finalità di legittima difesa, dell'assistenza alle persone in pericolo o dell'adempimento del dovere professionale;
  - rischi derivanti da viaggio aereo, salvo che l'Assicurato sia un passeggero che paga regolare tariffa di viaggio, oppure sia un membro dell'equipaggio, su un tragitto regolare gestito da una compagnia aerea autorizzata;
  - partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
  - effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
  - guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
  - atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
  - conseguenze di atti di natura terroristica commessi con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

#### **Misure restrittive (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)**

La Compagnia non fornisce alcuna copertura o altra prestazione nella misura in cui la copertura o la prestazione stessa possa esporre la Compagnia 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.

## Copertura in caso di invalidità totale e permanente da infortunio o malattia



### **Art. 26 – Definizione di invalidità totale e permanente**

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale, definitiva e irrimediabile (permanente) della capacità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa (capacità lavorativa generica), indipendentemente da quella effettivamente svolta dall'Assicurato, sempreché il **grado di invalidità risulti pari o superiore al 60%**.

L'invalidità totale e permanente deve essere stata causata, indipendentemente dalla volontà dell'Assicurato, da una malattia organica o da un infortunio che risultino oggettivamente accertabili e che si siano verificati successivamente alla data di effetto del contratto.



### **Art. 27 – Prestazioni Assicurate**

Nel caso in cui il verificarsi di un infortunio o di una malattia abbiano comportato un'invalidità totale e permanente dell'Assicurato – come definita al precedente articolo – prima della scadenza della Polizza, in base al presente contratto, la Compagnia si impegna ad erogare un Indennizzo – all'Azienda Contraente – pari al Debito Residuo in linea capitale al momento della malattia o dell'infortunio secondo l'originario Piano di Ammortamento del Finanziamento.

Il grado percentuale di invalidità totale e permanente dell'Assicurato (in caso di infortunio è determinato secondo quanto previsto dall'Allegato 1 "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA" del D.P.R. 30.6.1965 n. 1124) è quello accertato dall'Ente ufficiale preposto all'accertamento dell'invalidità (INAIL, INPS, o altro ente preposto).

- ! **In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della Polizza, senza che si sia manifestato alcun infortunio o malattia che abbia comportato un'invalidità totale e permanente non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia ed il premio resta acquisito dalla Compagnia stessa.**
- ! **Nel computo del Debito Residuo in conto capitale non verranno incluse eventuali rate di debito di competenza di un'epoca antecedente a quella dell'invalidità dell'Assicurato, che risultino insolite alla data del calcolo, nonché i relativi interessi di mora e spese accessorie. Da Helvetia Vita S.p.A. non verranno, in alcun caso, corrisposte quote interessi. Sono altresì escluse dal calcolo del Debito Residuo le Rate eventualmente già indennizzate per il caso di Inabilità totale temporanea (laddove attivata) da infortunio o malattia relative al medesimo periodo temporale.**

La presente garanzia assicurata viene prestata a fronte del pagamento di un premio unico ed anticipato, il cui ammontare viene determinato in funzione del Capitale Assicurato Iniziale e della durata del contratto.

- ! **In caso di assicurazione con più Assicurati pro-quota, l'importo dell'Indennizzo si intende sempre come equamente ripartito pro-quota tra tutti gli Assicurati.**

#### **Esempio di calcolo**

Debito Residuo Totale: 500.000,00 Euro

N. Teste Assicurate: 2

Invalidità Totale e Permanente accertata per 1 dei 2 Assicurati

Indennizzo Liquidabile dalla Compagnia: 250.000,00 Euro



### **Art. 28 – Non cumulabilità degli indennizzi**

Gli indennizzi per Decesso e per Invalidità Totale e Permanente non potranno in alcun caso cumularsi tra di loro.

## Esclusioni della copertura in caso di invalidità totale e permanente



### Art. 29 – Esclusioni

- L'assicurazione non opera nei seguenti casi:
- dolo o colpa grave del Contraente e dell'Assicurato;
  - infortuni già verificatisi prima della data di decorrenza dell'assicurazione e Malattie già diagnosticate prima della data di decorrenza dell'assicurazione;
  - atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio;
  - pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);
  - uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
  - pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
    - sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
    - i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
  - abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti;
  - esposizione deliberata da parte dell'Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);
  - partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
  - effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
  - guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
  - atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
  - conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

#### Misure restrittive (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)

La Compagnia non fornisce alcuna copertura o altra prestazione nella misura in cui la copertura o la prestazione stessa possa esporre la Compagnia 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.

## Copertura in caso di inabilità totale temporanea da infortunio o malattia



### Art. 30 – Definizione di inabilità totale temporanea

Per Inabilità Totale Temporanea dell'Assicurato si intende la perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria professione o attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.

! **Si precisa che gli stati di inabilità causati da radiculopatie, lombalgie, dolori alle spalle e al collo, sciatiche, neuropatie femorali, neuralgie cervicobrachiali, protrusioni del disco, ernie del disco, coccidinie, sono coperti solo qualora comprovati da esami radiologici o clinici.**



### Art. 31 – Prestazioni Assicurate

In caso di sinistro per Inabilità Totale Temporanea, la Compagnia indennizza al Beneficiario (Azienda Contraente) – nei limiti dei massimali di seguito riportati – una Rata del Finanziamento **per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata dello stato di inabilità**, fatto salvo un **Periodo di Franchigia Relativa di 60 giorni**, decorrente dalla data del Sinistro che non dà diritto ad alcun Indennizzo.

Pertanto, in caso di sinistro:

1. il primo Indennizzo, pari a due Rate, è corrisposto al termine del Periodo di Franchigia Relativa, cioè decorsi almeno 60 giorni consecutivi di inabilità dalla data di Sinistro;
2. i successivi Indennizzi, pari ad una Rata ciascuno, saranno corrisposti al termine di ciascun eventuale ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di inabilità. Periodi di inabilità inferiori a 30 giorni non saranno mai indennizzabili.

#### **Cos'è il Periodo di Franchigia Relativa di 60 giorni?**

*Significa che se l'Assicurato, verificatosi il Sinistro, resta inabile per un periodo inferiore a 60 giorni (Franchigia Relativa), non ha diritto ad alcun indennizzo.*

*Se l'Assicurato resta invece inabile per almeno 60 giorni:*

- ha diritto ad un primo indennizzo, pari a 2 Rate del Finanziamento;
- ha diritto ad un ulteriore indennizzo, pari ad 1 Rata del Finanziamento, se resta inabile per ulteriori 30 giorni consecutivi. E così via sino a quando cessa lo stato di inabilità o viene raggiunto il massimale.

L'Indennizzo è soggetto ai seguenti Massimali:

- massimo 3.500,00 Euro per ogni Rata indennizzata;
- massimo 12 Rate indennizzate per ciascun Sinistro;
- massimo 36 Rate indennizzate in totale nell'arco dell'intera durata del contratto, in caso di più Sinistri.

! In caso di erosione integrale del massimale cumulativo di 36 Rate di Finanziamento indennizzate di cui al precedente comma, la copertura per Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia cessa.

! Sono indennizzabili i periodi di inabilità che persistono nel corso della durata della copertura assicurativa.

! Se lo stato di inabilità persiste dopo la scadenza o la anticipata cessazione, per qualsiasi causa, dell'assicurazione, la Compagnia non è tenuta ad alcuna prestazione.

! In caso di assicurazione con più Assicurati pro-quota, l'importo dell'Indennizzo si intende sempre come equamente ripartito pro-quota tra tutti gli Assicurati.

#### **Esempio di calcolo**

Rata Mensile Assicurata Totale: 3.000,00 Euro

N. Teste Assicurate: 3

Inabilità Totale Temporanea per 1 dei 3 Assicurati

Indennizzo Liquidabile dalla Compagnia dopo 60 giorni:  $(3.000,00/3) \times 2 \text{ rate} = 1.000 \times 2 \text{ rate} = 2.000,00 \text{ Euro}$



### Art. 32 – Periodo di riqualificazione

È possibile denunciare, nel corso della durata del contratto, più Sinistri per Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia. Tuttavia, dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro, i Sinistri successivi saranno indennizzabili a condizione che sia trascorso un **Periodo di Riqualificazione pari a:**

- **30 giorni consecutivi** se il Sinistro successivo è dovuto a una causa diversa del precedente;
- **90 giorni consecutivi** se il Sinistro successivo è dovuto alla stessa causa del precedente.

Il Periodo di Riqualificazione decorre dal termine del Sinistro precedente, inteso come ultimo giorno di inabilità.

#### **Esempi di calcolo del periodo di riqualificazione:**

##### **CASO 1: Periodo di riqualificazione per inabilità dovuta a stessa causa**

Data prima inabilità per malattia: 01/11/2020

Denuncia inabilità: 01/11/2020

Durata inabilità: 4 mesi

Data fine inabilità per malattia: 01/03/2021

Data seconda inabilità per la **stessa malattia**: 01/05/2021

Denuncia inabilità: 01/05/2021

**La Compagnia rifiuta il secondo sinistro in quanto non sono trascorsi più di 90 giorni dalla cessazione del**

- **precedente stato di inabilità.**
- **CASO 2: Periodo di riqualificazione per inabilità dovuta a cause diverse**
- Data prima inabilità per malattia: 01/11/2020
- Denuncia inabilità: 01/11/2020
- Durata inabilità: 4 mesi
- Data fine inabilità per malattia: 01/03/2021
- Data seconda inabilità per **malattia diversa**: 01/05/2021
- Denuncia inabilità: 01/05/2021
- **La Compagnia indennizza il secondo sinistro in quanto sono trascorsi più di 30 giorni dalla cessazione del precedente stato di inabilità.**

## Esclusioni della copertura in caso di inabilità totale temporanea



### Art. 33 – Esclusioni

- L'assicurazione non opera nei seguenti casi:
- dolo o colpa grave del Contraente e dell'Assicurato;
  - infortuni già verificatisi prima della data di decorrenza dell'assicurazione e Malattie già diagnosticate prima della data di decorrenza dell'assicurazione;
  - atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio;
  - pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);
  - uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
  - pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
    - sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
    - i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
  - abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti;
  - esposizione deliberata da parte dell'Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);
  - partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
  - effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
  - interruzioni di lavoro dovute a parto, gravidanza, aborto terapeutico e complicazioni derivanti da tali eventi;
  - trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali (salvo che si tratti di interventi di chirurgia plastica a seguito di un Infortunio occorso durante il periodo di validità della copertura)
  - inabilità derivante da nevrosi, stress, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, a meno che l'Assicurato sia stato ricoverato in un ospedale per almeno 15 giorni o sia stato messo sotto tutela o curatela dalle autorità competenti;
  - guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
  - atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
  - conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

#### Misure restrittive (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)

La Compagnia non fornisce alcuna copertura o altra prestazione nella misura in cui la copertura o la prestazione stessa possa esporre la Compagnia 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.

## Cosa fare per richiedere la liquidazione delle prestazioni



### **Art. 34 – Pagamenti delle prestazioni**

Ogni richiesta di liquidazione dovrà essere inviata in forma scritta ed anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo allegato alle presenti Condizioni di Assicurazione ad AXA FRANCE VIE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia (Compagnia a cui è stata delegata la gestione dei sinistri relativi al prodotto) via E-mail ([clp.it.sinistri@partners.axa](mailto:clp.it.sinistri@partners.axa)) o per posta ordinaria (Gestione Sinistri AXA FRANCE VIE – Corso Como n. 17 – 20154 Milano) corredata dai documenti di seguito riportati.

Si precisa che il suddetto modulo viene messo a disposizione da parte della Compagnia al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela.

Ai fini dell'accertamento del diritto all'Indennizzo/Prestazione, la data del sinistro, per ciascuna garanzia, è individuata come segue:

- **Decesso:** la data di decesso dell'Assicurato;
  - **Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** la data di accadimento dell'Infortunio;
  - **Invalidità Totale Permanente da Malattia:** la data di presentazione della domanda di invalidità all'azienda sanitaria locale o altra autorità competente;
  - **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia:** la data coincidente con il giorno in cui l'Assicurato cessa di svolgere la propria attività lavorativa a causa dell'Inabilità Totale Temporanea.
- ! **Potrà essere richiesta ulteriore documentazione (anche medica) rispetto a quella di seguito riportata in specifiche ipotesi, in considerazione di particolari esigenze istruttorie;**
- ! **Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.**
- ! **In caso di sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico che esercita la professione in Italia.**
- ! **ATTENZIONE: le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.**

**In caso di decesso di ogni Assicurato la documentazione da fornire alla Compagnia è:**

- denuncia da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato;
- conferma dei dati dell'Azienda Contraente in quanto Beneficiaria della prestazione (denominazione, Banca e coordinate bancarie – codice IBAN). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dal Legale Rappresentante dell'Azienda;
- copia leggibile di un valido documento d'identità e del codice fiscale del Legale Rappresentante dell'Azienda Contraente;
- piano di ammortamento iniziale del Finanziamento da cui è possibile individuare esattamente il debito residuo al momento del decesso, nonché gli elementi necessari per la valutazione del debito residuo stesso;
- copia leggibile di un valido documento d'identità dell'Assicurato deceduto;
- certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico attestante la causa del decesso o Scheda di Morte ISTAT emessa dall'ASL;
- visura camerale e/o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni;
- relazione del medico curante attestante le cause del decesso redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Compagnia ovvero, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
- in casi di decesso conseguenti ad infortunio, omicidio o suicidio copia di un articolo di giornale (se disponibile) che riporti le circostanze dell'accaduto e – appena possibile – copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti;
- in caso di decesso dovuto ad infortunio eventuale relazione rilasciata dalle autorità competenti con l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora, delle cause e delle circostanze determinanti la morte.

**In caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato la documentazione da fornire alla Compagnia è:**

- denuncia da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificata l'invalidità totale e permanente;
- conferma dei dati dell'Azienda Contraente in quanto Beneficiaria della prestazione (denominazione, Banca e coordinate bancarie – codice IBAN). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dal Legale Rappresentante dell'Azienda;
- copia leggibile di un valido documento d'identità e del codice fiscale del Legale Rappresentante dell'Azienda Contraente;
- piano di ammortamento iniziale del Finanziamento da cui è possibile individuare esattamente il debito residuo al momento dell'invalidità totale e permanente, nonché gli elementi necessari per la valutazione del debito residuo stesso;
- copia leggibile di un valido documento d'identità dell'Assicurato interessato dall'invalidità totale e permanente;
- visura camerale e/o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni;
- certificazione di Ente Pubblico sulle cause ed il grado di invalidità totale e permanente ed eventuali precedenti patologici;
- relazione del medico curante redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Compagnia ovvero, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;

- in caso di invalidità totale e permanente dovuta ad infortunio e/o incidente stradale copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti e – se presente – relazione rilasciata dalle autorità competenti con l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora, delle cause e delle circostanze relative al sinistro.

**In caso di inabilità totale temporanea dell'Assicurato la documentazione da fornire alla Compagnia è:**

- piano di ammortamento iniziale del Finanziamento da cui è possibile individuare esattamente la quantificazione della prestazione, nonché gli elementi necessari per la valutazione della stessa;
- copia leggibile di un valido documento d'identità dell'Assicurato interessato dall'inabilità totale temporanea;
- visura camerale e/o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni;
- certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante la causa, la data di inizio e la data dell'eventuale fine del periodo di Inabilità Totale Temporanea al lavoro;
- in caso di inabilità da infortunio (compreso incidente stradale) verbale rilasciato dalle Autorità, qualora intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richiesti dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.

Qualora lo stato di inabilità si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo indennizzabile di inabilità, occorre inviare ad AXA FRANCE VIE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia un certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante la continuazione del periodo di inabilità.

Con riferimento ai documenti sopra riportati, a norma dell'Art. 8, comma 3 del Regolamento IVASS n. 41/2018, sarà cura della Compagnia e di AXA FRANCE VIE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e **sempreché risulti ancora in corso di validità**.

Per quanto riguarda il pagamento delle prestazioni, verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali **entro 30 giorni** dalla data di ricevimento – presso la Compagnia delegata alla gestione dei sinistri – della richiesta completa di tutta la documentazione sopra riportata per ciascun sinistro.

**Riferimenti a norme di Legge**

**Articolo 8, comma 3 del Regolamento IVASS n. 41/2018:** "Le imprese, al fine di ridurre gli oneri a carico dei contraenti, adottano modalità di gestione della documentazione idonee a evitare che venga richiesta, in fase di assunzione di nuovi contratti o gestione dei sinistri, documentazione non necessaria o di cui già dispongano, avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti con il medesimo contraente, e che risulti ancora in corso di validità".

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito: [https://www.ivass.it/normativa/nazionale/secondaria-ivass/regolamenti/2018/n41/Regolamento\\_IVASS\\_41\\_2018.pdf](https://www.ivass.it/normativa/nazionale/secondaria-ivass/regolamenti/2018/n41/Regolamento_IVASS_41_2018.pdf)



**Art. 35 – Arbitrato per Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Totale Temporanea**

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro per Invalidità Totale e Permanente da infortunio o malattia e/o per Inabilità Totale Temporanea, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

**! Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.**

## Allegato 1 – Modulo di denuncia sinistro

da inviare tramite posta ordinaria a: AXA FRANCE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia via E-mail a [clp.it.sinistri@partners.axa](mailto:clp.it.sinistri@partners.axa) o per posta ordinaria a: Gestione Sinistri AXA FRANCE VIE – Corso Como 17 – 20154 Milano unitamente alla documentazione richiesta

Il presente modulo viene messo a disposizione al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela.

**ATTENZIONE:** le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

### Helvetia E-Corporate Protection

Estremi del contratto di assicurazione di cui si richiede la liquidazione della prestazione in caso di decesso:

N. Polizza: \_\_\_\_\_ N. Finanziamento: \_\_\_\_\_  
Data Emissione: \_\_\_\_\_ Data Decorrenza: \_\_\_\_\_  
Assicurato 1: \_\_\_\_\_  
Assicurato 2: \_\_\_\_\_  
Assicurato 3: \_\_\_\_\_  
Assicurato 4: \_\_\_\_\_

Il/I sottoscritto/i: \_\_\_\_\_

Legale Rappresentante dell'Azienda \_\_\_\_\_

a seguito di  decesso  
 Invalidità totale e permanente da infortunio  
 Invalidità totale e permanente da malattia  
 Inabilità totale temporanea

dell'Assicurato N. \_\_\_\_\_ sopra indicato, avvenuto/a in data \_\_\_\_\_  
in qualità di Beneficiario della Polizza sopra riportata, chiede con la presente la liquidazione della prestazione assicurativa prevista.

Si prega di corrispondere gli importi spettanti a mezzo bonifico bancario sulle coordinate sotto indicate:

BENEFICIARIO	CODICE FISCALE/P.IVA	CODICE IBAN

**In caso di decesso si allegano i seguenti documenti:**

- denuncia da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato;
- conferma dei dati dell'Azienda Contraente in quanto Beneficiaria della prestazione (denominazione, Banca e coordinate bancarie – codice IBAN). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dal Legale Rappresentante dell'Azienda;
- copia leggibile di un valido documento d'identità e del codice fiscale del Legale Rappresentante dell'Azienda Contraente;
- piano di ammortamento iniziale del Finanziamento da cui è possibile individuare esattamente il debito residuo al momento del decesso, nonché gli elementi necessari per la valutazione del debito residuo stesso;
- copia leggibile di un valido documento d'identità dell'Assicurato deceduto;
- certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico attestante la causa del decesso o Scheda di Morte ISTAT emessa dall'ASL;
- visura camerale e/o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni;
- relazione del medico curante attestante le cause del decesso redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Compagnia ovvero, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
- in caso di decesso conseguenti ad infortunio, omicidio o suicidio copia di un articolo di giornale (se disponibile) che riporti le circostanze dell'accaduto e – appena possibile – copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti;
- in caso di decesso dovuto ad infortunio eventuale relazione rilasciata dalle autorità competenti con l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora, delle cause e delle circostanze determinanti la morte.

**In caso di invalidità totale e permanente si allegano i seguenti documenti:**

- denuncia da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificata l'invalidità totale e permanente;
- conferma dei dati dell'Azienda Contraente in quanto Beneficiaria della prestazione (denominazione, Banca e coordinate bancarie – codice IBAN). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dal Legale Rappresentante dell'Azienda;
- copia leggibile di un valido documento d'identità e del codice fiscale del Legale Rappresentante dell'Azienda Contraente;
- piano di ammortamento iniziale del Finanziamento da cui è possibile individuare esattamente il debito residuo al momento dell'invalidità totale e permanente, nonché gli elementi necessari per la valutazione del debito residuo stesso;
- copia leggibile di un valido documento d'identità dell'Assicurato interessato dall'invalidità totale e permanente;
- visura camerale e/o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni;
- certificazione di Ente Pubblico sulle cause ed il grado di invalidità totale e permanente ed eventuali precedenti

- patologici;
  - relazione del medico curante redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Compagnia ovvero, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
  - in caso di invalidità totale e permanente dovuta ad infortunio e/o incidente stradale copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti e – se presente – relazione rilasciata dalle autorità competenti con l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora, delle cause e delle circostanze relative al sinistro.
- In caso di inabilità totale temporanea dell'Assicurato la documentazione da fornire alla Compagnia è:**
- piano di ammortamento iniziale del Finanziamento da cui è possibile individuare esattamente la quantificazione della prestazione, nonché gli elementi necessari per la valutazione della stessa;
  - copia leggibile di un valido documento d'identità dell'Assicurato interessato dall'inabilità totale temporanea;
  - visura camerale e/o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni;
  - certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante la causa, la data di inizio e la data dell'eventuale fine del periodo di Inabilità Totale Temporanea al lavoro;
  - in caso di inabilità da infortunio (compreso incidente stradale) verbale rilasciato dalle Autorità, qualora intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richiesti dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.
- Qualora lo stato di inabilità si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo indennizzabile di inabilità, occorre inviare alla Compagnia un certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante la continuazione del periodo di inabilità.

Con riferimento ai documenti sopra riportati, a norma dell'articolo 8, comma 3 del Regolamento IVASS n. 41/2018, sarà cura della Compagnia e di AXA FRANCE VIE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e **sempreché risulti ancora in corso di validità.**

**AXA FRANCE VIE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.**

Il sottoscritto dichiara di sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e di consentire ad Helvetia Vita S.p.A. e ad AXA FRANCE VIE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia tutte le indagini e gli accertamenti che ritenga necessari al fine di adempiere agli obblighi contrattuali relativamente alla presente denuncia.

**Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.**

**Luogo e Data**

**Firma del Beneficiario (Legale Rappresentante)**

---

**PRIVACY**

**Per una lettura del testo dell'informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 si rimanda al testo riportato all'interno della Polizza.**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 6 E 9 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016**

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, ed in particolare *"i dati relativi alla salute"*:

dà     nega

il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità di cui al punto 3 dell'informativa, compresa la loro comunicazione come indicato nell'informativa.

**Data**

**Firma dell'Interessato**

**Data**

**Firma dell'Interessato**

**Avvertenza: negando o comunque non prestando il proprio consenso al trattamento dei dati non si consentirà l'esecuzione della richiesta.**

---

## Allegato 2 – Modulo richiesta estinzione Finanziamento

---

da inviare sottoscritto in originale tramite posta ordinaria a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G. B. Cassinis 21 – 20139 Milano oppure via E-mail a [operationbanche@helvetia.it](mailto:operationbanche@helvetia.it).

Nome Prodotto \_\_\_\_\_  
N. Polizza: \_\_\_\_\_  
Data decorrenza Polizza: \_\_\_\_\_  
N. Finanziamento: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

Rappresentante Legale dell'Azienda: \_\_\_\_\_

Contraente della Polizza sopra riportata informa Helvetia Vita S.p.A. di aver provveduto a:

**ESTINGUERE TOTALMENTE IL FINANZIAMENTO**

e pertanto chiede di:

mantenere in vigore le coperture assicurative relative alla Polizza di cui sopra secondo il piano di ammortamento originario

estinguere la Polizza e ricevere la quota parte di premio unico versato alla decorrenza e non goduto.

A tale proposito chiede che la liquidazione venga effettuata sulle seguenti coordinate bancarie:

Intestatario conto corrente: \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

**ESTINGUERE PARZIALMENTE IL FINANZIAMENTO**

e pertanto chiede di:

mantenere in vigore le coperture assicurative relative alla Polizza di cui sopra secondo il piano di ammortamento originario.

ricevere la quota parte di premio unico versato alla decorrenza e non goduto mantenendo in vigore la Polizza per le prestazioni assicurate residue.

A tale proposito chiede che la liquidazione venga effettuata sulle seguenti coordinate bancarie:

Intestatario conto corrente: \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

**Luogo e Data**

**Firma del Contraente (Rappresentante Legale)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Glossario

**Ammortamento di tipo francese a tasso fisso:** è l'ammortamento di tipo francese del Finanziamento erogato, in cui si assume che, determinata la successione delle quote capitale all'epoca di erogazione del Finanziamento, anche l'ammontare delle rate di ammortamento del debito stesso rimanga costante nel tempo.

**Anno (annuo):** periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile). In relazione agli anni riferiti al contratto di assicurazione (anno assicurativo) è il periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile) a partire dalla data di decorrenza del contratto stesso.

**Annuale (durata):** periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile).

**Appendice:** documento che viene emesso per modificare la disciplina del contratto e che costituisce parte integrante dello stesso.

**Assicurato:** in termini generali, l'Assicurato è il soggetto esposto al rischio. Nelle assicurazioni sulla vita, è la persona dal cui decesso o dalla cui sopravvivenza dipende l'obbligo per l'assicuratore di pagare un capitale o una rendita; nelle altre tipologie di assicurazione è la persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione. In questo caso è una persona fisica in possesso dei requisiti di assicurabilità e che ricopra, all'interno dell'Azienda Contraente un ruolo chiave (Key Man).

**Banca:** la Banca che ha erogato il Finanziamento al Contraente. In questo caso illimity Bank S.p.A..

**Beneficiario:** persona alla quale deve essere corrisposta la prestazione o l'indennizzo da parte dell'impresa di assicurazione qualora si verifichi il rischio assicurato. In questo caso l'Azienda Contraente.

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

**Capitale Assicurato Iniziale:** la somma, pari all'importo erogato con il nuovo Finanziamento al momento della sottoscrizione dell'assicurazione, sulla base della quale viene determinato il premio e la misura dell'indennizzo.

**Collettive:** le assicurazioni collettive sono forme contrattuali utilizzate per assicurare una pluralità di persone.

**Conflitto di interessi:** insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello del Contraente e/o dell'Assicurato.

**Contraente:** soggetto che stipula il contratto di assicurazione con l'impresa di assicurazione e si obbliga a pagare il premio. Il Contraente può non coincidere con l'assicurato. Le due figure coincidono quando il Contraente assicura un interesse di cui è titolare (ad esempio, un bene di sua proprietà o la propria vita). In questo caso il Contraente è l'Azienda che ha richiesto ed ottenuto un Finanziamento dalla Banca.

**Contratto (di assicurazione):** è il documento emesso dalla Compagnia concernente le garanzie assicurative prestate e volto a disciplinare il rapporto giuridico tra le Parti.

**Costi:** oneri economici posti a carico del Contraente e dell'Assicurato.

**CRS (Common Reporting Standard o Scambio Automatico di Informazioni):** è il quadro di riferimento sviluppato dall'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e Sviluppo Economico) che individua una normativa basata su accordi multilaterali tra i Paesi partecipanti (Europei ed Extraeuropei), che ha lo scopo di combattere l'evasione fiscale internazionale attraverso lo scambio multilaterale di informazioni. In virtù di tale normativa, gli intermediari finanziari (banche, assicurazioni vita, ecc.) dei Paesi aderenti sono tenuti ad identificare i soggetti (contraenti, beneficiari, titolari effettivi) aventi una o più residenze fiscali diverse da quella italiana e/o statunitense.

**Decorrenza:** data in cui diventano efficaci le garanzie previste dal contratto.

**Detraibilità fiscale (del premio versato):** misura del premio versato per il contratto di assicurazione che secondo la normativa vigente il Contraente può portare in detrazione dalle imposte sui redditi.

**Dip vita:** documento informativo pre-contrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi. Fornisce le principali informazioni, diverse da quelle pubblicitarie, per consentire al contraente di valutare il prodotto e di compararlo con gli altri prodotti aventi caratteristiche analoghe.

**Dip aggiuntivo vita:** documento informativo pre-contrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi. Fornisce le informazioni integrative e complementari rispetto a quelle contenute nel dip vita, diverse da quelle pubblicitarie, necessarie affinché il contraente possa acquisire piena coscienza del prodotto.

**Documento Unico di Rendicontazione:** riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione.

**Durata contrattuale:** periodo durante il quale il contratto è efficace.

**Esclusioni:** rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dall'impresa di assicurazione.

**FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act):** normativa statunitense finalizzata a contrastare l'evasione fiscale da parte dei contribuenti americani detentori di investimenti all'estero. I Governi di Italia e Stati Uniti hanno sottoscritto un accordo bilaterale per l'applicazione della normativa FATCA in data 10.01.2014. In virtù di tale accordo, a partire dal 01.07.2014, gli intermediari finanziari stranieri (banche, assicurazioni vita, ecc.) saranno tenuti ad identificare e segnalare alla propria autorità fiscale i Clienti aventi residenza fiscale statunitense. Lo scambio di informazioni potrà avvenire automaticamente tra le rispettive autorità fiscali e riguarderà gli investimenti detenuti in Italia da cittadini e residenti americani e quelli detenuti negli Stati Uniti da soggetti residenti in Italia.

**Finanziamento** è un prestito monetario che un istituto o società di credito autorizzata concede a un privato, una società, associazione o ente pubblico, solitamente a fronte di una garanzia e di alcuni requisiti che variano a seconda delle tipologie di Finanziamento.

**Key-Man:** soggetto che ricopre, all'interno dell'Azienda Contraente sottoscrittrice del contratto di Finanziamento, uno dei seguenti ruoli: Legale Rappresentante, Azionista, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente, o dipendente dell'Azienda Contraente che svolga un ruolo chiave nell'organizzazione aziendale.

**Inabilità Temporanea Totale:** la perdita totale, in via temporanea e medicalmente accertata e documentata, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.

**Indennizzo:** la somma dovuta da Helvetia Vita S.p.A., in base alle coperture assicurative di cui alla presente Polizza, a seguito del verificarsi di un Sinistro. L'importo della somma assicurata è destinato alla riduzione o all'estinzione del debito residuo in linea capitale del Contratto.

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli Infortuni: l'asfissia non di origine morbosa; gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze nocive; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie.

**Intermediario:** illimity Bank S.p.A.

**Invalidità totale e permanente:** la perdita totale, definitiva e irreversibile da parte dell'Assicurato della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta, conseguenza di Infortunio o Malattia purchè indipendenti dalla propria volontà e oggettivamente accertabili. L'Invalidità Totale e permanente da infortunio o malattia sarà riconosciuta ai fini dell'assicurazione quando il grado percentuale della stessa sia pari o superiore al 60% (se da infortunio, secondo quanto previsto dalla Tabella INAIL del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124, denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA" – Allegato 1), e così come accertato dall'Ente ufficiale preposto all'accertamento dell'invalidità (INAIL, INPS o altro ente preposto).

**Istituto di Cura:** ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

**IVASS:** Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire l'adeguata protezione degli assicurati perseguendo la sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione e riassicurazione e la loro trasparenza e correttezza nei confronti della clientela.

**Liquidazione:** pagamento della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

**Malattia:** alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

**Malattie coesistenti:** malattie o invalidità presenti nel soggetto che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

**Malattie concorrenti:** malattie o invalidità presenti nel soggetto che determinano un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da esse causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale.

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

**Morte (o Decesso):** il decesso dell'Assicurato accaduto per qualsiasi causa.

**(Periodo di) Carezza:** periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza della Assicurazione, durante il quale l'Assicurazione non ha effetto. Se il sinistro si verifica in tale periodo la Compagnia non è tenuta al pagamento di alcuna prestazione o indennizzo.

**Periodo di Franchigia Relativa:** il Periodo di Franchigia Relativa è il periodo di tempo nel quale deve protrarsi il Sinistro per Inabilità Totale Temporanea, indennizzabile ai termini del contratto di assicurazione, affinché il Beneficiario abbia diritto al primo Indennizzo.

**Periodo di Riqualificazione:** condizione contrattuale che limita la possibilità di denunciare più Sinistri consecutivamente, prevedendo un periodo temporale minimo che deve intercorrere tra un sinistro e quello successivo per avere diritto anche alla liquidazione di quest'ultimo.

**Persone politicamente esposte:** ai sensi dell'art. 1 del d. Lgs. 90/2017 e s.m.i. E delle disposizioni regolamentari, emanate dall'autorità di vigilanza di settore, sono le persone fisiche residenti sul territorio nazionale, in altri stati comunitari o extra comunitari, che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari diretti e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

- 1) Per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono:
  - a) Presidente della repubblica, presidente del consiglio, ministro, vice-ministro e sottosegretario, presidente di regione, assessore regionale, sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in stati esteri;
  - b) Deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in stati esteri;
  - c) Membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;

- Giudice della corte costituzionale, magistrato della corte di cassazione o della corte dei conti, consigliere di stato e altri componenti del consiglio di giustizia amministrativa per la regione siciliana nonché cariche analoghe in stati esteri;
- d) Membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
  - e) Ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in stati esteri;
  - f) Componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo stato italiano o da uno stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
  - g) Direttore generale di asl e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
  - h) Direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
- 2) Per familiari diretti si intendono il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili, i genitori;
- 3) Ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al punto 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al punto 1; qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al punto 1;
- 4) Senza pregiudizio dell'applicazione, in funzione del rischio, di obblighi rafforzati di adeguata verifica della clientela, quando una persona ha cessato di occupare importanti cariche pubbliche da un periodo di almeno un anno, i soggetti destinatari del decreto non sono tenuti a considerare tale persona come politicamente esposta.

**Piano di ammortamento:** modello finanziario che riporta, per ogni periodo di rimborso, l'importo della rata dovuta, distinta tra quota capitale e quota interesse, il debito estinto ed il debito residuo.

**Polizza (o contratto):** documento comprovante l'esistenza ed il contenuto del contratto di assicurazione. La Polizza, sottoscritta da entrambe le parti, è emessa dall'assicuratore e consegnata al Contraente.

**Premio:** il premio rappresenta il prezzo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'assicuratore. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della garanzia. I premi possono essere: unici, periodici (o anche detti annui), unici ricorrenti. Il premio, sia esso unico o periodico, può essere rateizzato (o frazionato). Per il presente contratto il premio è unico anticipato.

**Prodotti di investimento assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi:** prodotti emessi da imprese di assicurazione nell'esercizio delle attività rientranti nei rami vita definiti dall'articolo 2, comma 1, del d. Lgs. 7/09/2005, n. 209, recante il codice delle assicurazioni private, qualora le prestazioni siano dovute soltanto in caso di decesso o per incapacità dovuta a lesione, malattia o infermità.

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

**Questionario Assuntivo:** è il documento che l'Assicurato deve compilare prima della stipula di un'assicurazione sulla vita del tipo caso morte o del tipo misto. Esso contiene una serie di domande a risposta SI/NO relative allo stato di salute e allo stile di vita dell'Assicurato stesso. Le informazioni fornite servono alla Compagnia per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

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

**Rapporto di Visita Medica:** modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato, che deve essere compilato e sottoscritto dal medico curante dell'Assicurato, atto alla valutazione di assumibilità del rischio da parte della Compagnia.

**Rata:** la rata mensile del Finanziamento, comprensiva di capitale e interessi, quale risulta dal piano di ammortamento originale oppure, in caso di estinzione parziale del Finanziamento con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro.

**Recesso:** diritto del Contraente di recedere dal contratto entro sessanta giorni dalla sua conclusione.

**Reclamo:** per reclamo si intende una dichiarazione di insoddisfazione, in forma scritta, nei confronti di un'impresa di assicurazione, di un intermediario assicurativo iscritto al registro unico degli intermediari (RUI) o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso al RUI e relativa ad un contratto o ad un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

**Riserva matematica:** principale riserva tecnica nelle assicurazioni sulla vita. Rappresenta il debito che l'impresa di assicurazione ha maturato nei confronti dei suoi assicurati. Essa è costituita dall'accantonamento di una quota dei premi di tariffa pagati dal contraente.

**Scadenza:** data in cui cessano gli effetti del contratto.

**Semestrale:** periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

**Set Informativo:** insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale Contraente, prima della sottoscrizione del contratto e pubblicata nel sito internet della Compagnia. Il Set Informativo è composto dal Dip Vita, dal DIP Aggiuntivo Vita, dalle Condizioni di assicurazione comprensive di Glossario e dalla Polizza in fac-simile.

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

**Società/Compagnia di Assicurazione:** società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula la Polizza. Per questo contratto la Compagnia è Helvetia Vita S.p.A..

**Titolare effettivo:** ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 90/2017 e s.m.i. E delle disposizioni regolamentari emanate dall'autorità di vigilanza di settore, si intende:

- 1) In caso di società:
  - a) La persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllino un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica (tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale sia superiore al 25% di partecipazione al capitale sociale). Qualora l'applicazione dei criteri suddetti non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione dell'entità giuridica;
- 2) In caso di entità giuridiche quali le fondazioni e di istituti giuridici quali i trust e le società fiduciarie, che amministrano e distribuiscono fondi, sono cumulativamente individuati come titolari effettivi:
  - a) I fondatori, ove in vita;
  - b) I beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
  - c) Se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;
  - d) I titolari di funzioni di direzione e amministrazione.

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

**Polizza**

**Helvetia E-Corporate Protection (Tariffa 1411)**

Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi di tipo PPI (Payment Protection Insurance), in forma collettiva.

**Polizza N.**

La presente Polizza è stata aggiornata al 05 Maggio 2022, data dell'ultima revisione dei dati in essa inclusi.

La presente Polizza è riferita alla Convenzione Helvetia E-Corporate Protection N. CNV\_1411\_01 stipulata tra illimity Bank S.p.A. ed Helvetia Vita S.p.A.

**CONTRAENTE**

Ragione Sociale:  
Sede legale:  
Nazionalità: Codice fiscale/Partita IVA:  
Indirizzo di posta elettronica: Telefono:  
Recapito per la corrispondenza:

**DELEGATO AD OPERARE (LEGALE RAPPRESENTANTE)**

Cognome e Nome:  
Residenza:  
Sesso: Nato il: a:  
Nazionalità:  
Codice fiscale:  
E-mail: Telefono:  
Documento identificativo: Numero:  
Data rilascio: Data scadenza:  
Ente e luogo di rilascio:

**ASSICURATI**

**Numero Teste Assicurate:** (relative alla presente Polizza Collettiva)  
Nome Cognome Assicurato N.1:  
Nome Cognome Assicurato N.2:  
Nome Cognome Assicurato N.3:  
Nome Cognome Assicurato N.4:

**DATI DEL FINANZIAMENTO**

N° Finanziamento: Data stipula Finanziamento:  
Data scadenza Finanziamento: Durata Finanziamento:  
Importo richiesto: Importo erogato:  
TAN: Natura Finanziamento:  
Rateazione Finanziamento: Importo Rata Finanziamento:

**CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO**

Tariffa: Intermediario:  
Data di conclusione del contratto: le ore 24.00 del  
Data di decorrenza delle coperture assicurative: le ore 24.00 del Durata contrattuale: mesi  
Data di scadenza del contratto: le ore 24.00 del

Pacchetto selezionato:

**1. Garanzia in caso di Decesso dell'Assicurato da tutte le cause: ATTIVA**

Capitale Assicurato Iniziale Totale: Euro  
(Capitale Assicurato Iniziale complessivo risultante dalla somma dei capitali relativi a tutti i singoli Assicurati della presente Polizza Collettiva)

**2. Garanzia in caso di Invalidità totale e permanente dell'Assicurato da infortunio o malattia: ATTIVA**

Capitale Assicurato Iniziale Totale: Euro  
(Capitale Assicurato Iniziale complessivo risultante dalla somma dei capitali relativi a tutti i singoli Assicurati della presente Polizza Collettiva)

**3. Garanzia in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro dell'Assicurato da infortunio o malattia: ATTIVA/NON ATTIVA**

Rata Assicurata Mensile Totale: Euro  
(Rata Assicurata Mensile complessiva risultante dalla somma delle rate relative a tutti i singoli Assicurati della presente Polizza Collettiva)  
Si ricorda che è previsto un periodo di Carenza ed una Franchigia per i cui dettagli si rimanda alle Condizioni di Assicurazione.

**Polizza  
Helvetia E-Corporate Protection (Tariffa 1411)**

Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi di tipo PPI (Payment Protection Insurance), in forma collettiva.

**Polizza N.**

**PREMIO**

**Premio Lordo Unico Totale:** di cui imposte: **Premio Finanziato:**  
(Premio Lordo Unico complessivo risultante dalla somma dei premi dovuti per le coperture assicurative di ciascun Assicurato della presente Polizza Collettiva)

**Garanzia 1.: decesso dell'Assicurato**

Premio Lordo Unico Totale:  
Costi a carico del Contraente: di cui importo percepito dall'Intermediario:

**Garanzia 2.: invalidità totale e permanente dell'Assicurato**

Premio Lordo Unico Totale:  
Costi a carico del Contraente: di cui importo percepito dall'Intermediario:

**Garanzia 3.: inabilità temporanea totale al lavoro dell'Assicurato**

Premio Lordo Unico Totale:  
Costi a carico del Contraente: di cui importo percepito dall'Intermediario:

La parte di premio afferente alla copertura caso morte e a quella di invalidità totale e permanente è pari ad Euro (maggiori dettagli al riguardo sono contenuti nella sezione "Regime fiscale" del DIP Aggiuntivo Vita)

**DIRITTO DI REVOCA DEL CONTRAENTE**

Il diritto di revoca non è previsto in quanto la sottoscrizione della Polizza da parte del Contraente e dell'Assicurato comporta la conclusione contestuale del contratto, a condizione che il Contraente abbia provveduto al pagamento del premio pattuito.

**DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE**

Il Contraente ha diritto di recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di sua conclusione, dandone comunicazione scritta direttamente alla Compagnia, mediante invio di E-Mail PEC all'indirizzo [helvetiavita@actaliscertymail.it](mailto:helvetiavita@actaliscertymail.it) ovvero di lettera raccomandata A/R indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Canale Banche, Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano, contenente gli elementi identificativi del contratto (N. di Polizza, Ragione Sociale del Contraente). La notifica di recesso libera le parti da qualunque obbligazione futura derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24:00 del giorno di invio della comunicazione. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso completa di tutta la documentazione richiesta dalle Condizioni di Assicurazione, la Compagnia rimborserà al Contraente il Premio Unico Lordo Totale da questi corrisposto, al netto delle eventuali imposte.

**MEZZI E MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il Contraente della presente Polizza N. \_\_\_\_\_, autorizza illimity Bank S.p.A. a trattenere l'importo del Premio Lordo Unico Totale mediante addebito sul conto corrente del Contraente stesso avente codice IBAN \_\_\_\_\_ e, per il tramite dell'Intermediario, bonifico sul conto corrente della Compagnia avente codice IBAN \_\_\_\_\_, alla data valuta dell'erogazione del Finanziamento stesso.

**E' escluso il pagamento del Premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.**

Data

Firma del Contraente (o del Delegato)

**BENEFICIARI**

- 1) **Garanzia in caso di decesso:** L'Azienda Contraente
- 2) **Garanzia in caso di invalidità totale e permanente:** L'Azienda Contraente
- 3) **Garanzia in caso di inabilità totale temporanea:** L'Azienda Contraente

**Polizza**  
**Helvetia E-Corporate Protection (Tariffa 1411)**

Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi di tipo PPI (Payment Protection Insurance), in forma collettiva.

**Polizza N.**

**DICHIARAZIONI**

Dopo attenta verifica, il sottoscritto Contraente:

- **dichiara** di essere al corrente che non sono ammessi mezzi e modalità di pagamento del premio diversi da quelli riportati nell'omonima sezione precedente;
- **dichiara** di accettare integralmente il contenuto delle Condizioni di Assicurazione, nonché le clausole contenute nel presente documento e che lo stesso non contiene cancellature e di non averne ricevuti altri ad integrazione dello stesso;
- **è consapevole**, ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Compagnia, che le notizie e i dati di ordine sanitario ed informativo forniti dagli Assicurati costituiscono elemento fondamentale per la stipula della Polizza e pertanto **dichiara** di essere consapevole che laddove uno o più degli Assicurati dovessero aver risposto al Questionario Assuntivo in maniera incompleta, inesatta e/o non veritiera potrebbe essere compromesso il proprio diritto all'ottenimento delle prestazioni assicurate;
- **dichiara** che la sottoscrizione del presente contratto non viene posta come condizione obbligatoria all'ottenimento di un mutuo immobiliare o altro credito al consumo;
- **è consapevole** che è **escluso dalla copertura il decesso, l'invalidità totale e permanente e l'inabilità totale temporanea causato/a dalla pratica** - da parte dell'Assicurato - **dei seguenti sport estremi o attività sportive** (e relative prove) **esposte a particolari rischi**:
  - sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
  - sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
  - pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi).
- **è consapevole** che, con riferimento alla **garanzia inabilità totale temporanea**, in caso di sinistro è previsto un periodo di **Franchigia Relativa di 60 giorni**.

Il sottoscritto inoltre dichiara di aver scelto di ricevere il Set Informativo composto da: **DIP Vita Mod. 323 – Ed. 05/2022, DIP Aggiuntivo Vita Mod. 323 – Ed. 05/2022 e Condizioni contrattuali comprensive di Glossario Mod. 323 – Ed. 05/2022** tramite download del file dalla piattaforma Internet sulla quale ha effettuato l'emissione della Polizza e di aver preso visione del relativo contenuto.

Il sottoscritto **dichiara** inoltre di disporre delle nozioni e degli strumenti tecnici (Acrobat e Reader 3.0 e versioni successive) necessari alla consultazione ed alla gestione di documenti in formato file elettronico PDF ricevuti.

La suddetta documentazione è comunque disponibile anche sul sito internet di Helvetia Vita S.p.A. ([www.helvetia.it](http://www.helvetia.it)) e può essere richiesta in qualsiasi momento in formato cartaceo presso gli Intermediari della Compagnia.

Il Contraente, infine, dichiara che il contratto rientra/non rientra tra le tipologie di cui al Codice dei Contratti Pubblici (D. Lgs. 50/2016 e s.m.i.) per le quali è previsto l'obbligo di richiedere il codice identificativo di gara (CIG) all'AVCP nonché l'assoggettamento alle disposizioni in materia di tracciabilità dei flussi finanziari (L. 136/2010 e s.m.i.). Pertanto segnala il seguente CIG ed il CUP .

Data

Firma del Contraente (o del Delegato)

Il sottoscritto Contraente dichiara di approvare specificatamente, ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, gli articoli delle sopraindicate Condizioni di Assicurazione di seguito indicati:

- **Norme che regolano il contratto in generale:** Art. 2 - Oggetto delle coperture e massimali assicurabili, Art. 3 - Sfera di applicazione e requisiti di assicurabilità, Art. 9 - Beneficiari e Art. 12 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio;
- **Copertura in caso di decesso:** Art. 23 - Prestazioni Assicurate e Art. 25 – Esclusioni;
- **Copertura in caso di invalidità totale e permanente:** Art. 27 - Prestazioni Assicurate, Art. 28 - Non cumulabilità degli indennizzi e Art. 29 – Esclusioni;
- **Cosa fare per richiedere la liquidazione delle prestazioni:** Art. 34 - Pagamenti delle prestazioni e Art. 35 - Arbitrato per Invalidità totale e permanente e Inabilità totale temporanea;
- **Copertura in caso di inabilità totale temporanea:** Art. 31 - Prestazioni Assicurate, Art. 32 - Periodo di Riqualficazione e Art. 33 – Esclusioni.

Data

Firma del Contraente (o del Delegato)

Pagina 3 di 3

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

**Privacy - Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016**

Helvetia Vita S.p.A. rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali, forniamo di seguito le informazioni essenziali relative al trattamento e le modalità per esercitare agevolmente ed in modo consapevole i diritti previsti dalla vigente normativa.

**1. Titolare del trattamento dei dati**

Titolare del trattamento è Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano, Telefono: 02 53.51.1; Email Pec: [helvetiavita@actaliscertymail.it](mailto:helvetiavita@actaliscertymail.it).

**2. Dati di contratto del Responsabile per la Protezione dei Dati**

Per qualsiasi informazione o per l'esercizio dei Suoi diritti potrà rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati, inviando una comunicazione scritta all'indirizzo della Compagnia: via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano, o tramite mail al recapito: [privacy@helvetia.it](mailto:privacy@helvetia.it).

**3. Finalità del trattamento dei dati**

Il Titolare tratta<sup>1</sup> i Suoi dati personali - inclusi quelli appartenenti alle "categorie particolari", come i dati relativi alla salute - che Lei comunica direttamente (es. tramite siti internet, portali, social media) o raccolti tramite la rete di intermediari, **per svolgere le attività necessarie alla gestione del Suo rapporto assicurativo (finalità assicurativa)**.

Rientrano tra le finalità assicurative: la preventivazione dei premi, la stipula di polizze assicurative, la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni, la riassicurazione, la coassicurazione.

Il Titolare tratterà i Suoi dati personali altresì per adempiere a specifici **obblighi di legge**, quali a titolo esemplificativo: prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; prevenzione del riciclaggio di denaro e finanziamento del terrorismo; prevenzione e individuazione delle frodi fiscali - garantendo l'adempimento degli obblighi di comunicazione alle autorità fiscali.

**4. Base del trattamento**

La base giuridica del trattamento è:

- l'adempimento di **obblighi precontrattuali e contrattuali** (e di legge<sup>2</sup>, ove previsti);
- **il consenso esplicito**, nel trattamento delle "categorie particolari" di dati personali.

**5. Modalità d'uso dei dati personali**

I Suoi dati personali sono trattati dal Titolare mediante operazioni - manuali o anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati - strettamente necessari per fornirLe le prestazioni, i servizi e i prodotti assicurativi richiesti.

**6. Destinatari dei dati**

Per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nell'informativa i Suoi dati sono trattati e/o possono essere comunicati a:

- dipendenti e collaboratori del Titolare nell'ambito delle rispettive funzioni;
- soggetti (o categorie di soggetti) a titolo esemplificativo di seguito elencati (c.d. catena assicurativa<sup>3</sup>):
  - soggetti del settore assicurativo (assicuratori, coassicuratori e riassicuratori);
  - intermediari di vendita (agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione); banche e SIM;
  - fornitori terzi (legali, medici legali, cliniche; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri, il recupero dei crediti, il controllo delle frodi, le indagini sul grado di soddisfazione della clientela, nonché società di servizi informatici, di factoring, di revisione contabile e certificazione del bilancio, di archiviazione o di imbustamento e/o smistamento della corrispondenza);
  - organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dello sviluppo economico, MEF, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, CONSOB, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, INPS, INAIL ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario centrale infortuni, Ministero delle Infrastrutture – Motorizzazione Civile);
- altre Società del gruppo Helvetia che, in qualità di autonomi titolari, hanno un interesse legittimo a trattare i Suoi dati personali per finalità amministrative.

Una lista completa ed aggiornata dei terzi destinatari dei dati può essere da Lei ottenuta inviando una mail a [privacy@helvetia.it](mailto:privacy@helvetia.it)

In ogni caso, i Suoi dati personali NON saranno diffusi.

<sup>1</sup> *Trattamento: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con, o senza, l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali, o a insieme di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.*

<sup>2</sup> *A titolo esemplificativo, la normativa antiriciclaggio e la normativa IDD (dati necessari per la valutazione delle esigenze e dei bisogni del cliente-interessato, nonché dell'adeguatezza o appropriatezza del prodotto).*

<sup>3</sup> *La c.d. catena assicurativa è il complesso tessuto di rapporti contrattuali tra le imprese di assicurazione e numerosi soggetti (persone fisiche e giuridiche, operanti in Italia e all'estero), che cooperano nel gestire un medesimo rischio assicurativo. Tale pluralità di rapporti è peculiare dell'attività assicurativa e necessaria per la fornitura dei servizi assicurativi. Si articola in una pluralità di fasi (dalla c.d. fase assuntiva a quella liquidativa), che possono interessare più soggetti, i quali devono necessariamente trattare i dati personali di diversi interessati (ad esempio contraente, assicurato, beneficiario e, a certe condizioni, terzo danneggiato).*

### 7. Trasferimento dei dati verso paesi terzi

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi terzi che garantiscono un adeguato livello di protezione sostanzialmente equivalente a quello assicurato all'interno dell'Unione, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea.

### 8. Periodo di conservazione dei dati

I dati personali vengono conservati per il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato (di regola non oltre i 20 anni dalla cessazione del rapporto contrattuale), fatti salvi eventuali obblighi di conservazione previsti dalla legge o da specifici termini prescrizionali.

### 9. Diritti dell'interessato

Il Regolamento Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di chiedere al Titolare del trattamento:

- la conferma che sia in corso un trattamento di Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso), ex art. 15 del Regolamento;
- la rettifica dei dati personali inesatti, o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica), ex art. 16 del Regolamento;
- la cancellazione dei dati stessi, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento (diritto all'oblio), ex art. 17 del Regolamento;
- la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione), ex art. 18 del Regolamento;
- di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali da Lei forniti al Titolare e di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità), ex art. 20 del Regolamento.

Lei ha, inoltre, il diritto di revocare il consenso al trattamento dei Suoi dati, in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca ex art. 21 del Regolamento.

La revoca del consenso prestato, comporta l'inevitabile blocco del trattamento da parte della Compagnia, con i conseguenti effetti sulla normale esecuzione del contratto.

Potrà, inoltre, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale.

### 10. Comunicazione dei dati e conseguenze del rifiuto

La comunicazione dei Suoi dati personali al Titolare è strettamente necessaria allo svolgimento delle attività descritte nell'informativa. L'eventuale Suo rifiuto di fornire i dati personali comporta l'impossibilità di concludere il contratto, adempiere, prima della conclusione del contratto, a Sue specifiche richieste, concludere nuovi contratti di assicurazione, eseguire i relativi obblighi e gestire e liquidare gli eventuali sinistri.

#### Impegno a fornire l'informativa

L'Interessato si impegna a fornire, in nome e per conto del Titolare e conformemente al testo ricevuto, l'informativa prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, agli eventuali altri Interessati di cui lo stesso abbia comunicato o comunicherà al Titolare i dati personali.

Data

Firma del Contraente (o del Delegato)

Polizza  
**Helvetia E- Corporate Protection (Tar. 1411)**

**Polizza N.**

**Identificazione ai fini della normativa antiriciclaggio e dell'Accordo FATCA e delle Disposizioni CRS**

**CONTRAENTE**

Ragione Sociale:

Recapito per la corrispondenza:

Sottogruppo Attività Economica:

ATECO:

Il Contraente dichiara di U.S. Person soggetta a FATCA  
Il Contraente dichiara di ulteriori domicili fiscali ai fini CRS

Origine dei fondi utilizzati per il pagamento dei premi relativi al contratto:

Reddito/Fatturato del Contraente:

Disponibilità finanziaria ai fini del pagamento dei premi relativi al contratto (*Capacità di risparmio annuo per Premi Annui, Patrimonio disponibile all'investimento per Premi Unici*):

**DELEGATO**

Cognome e Nome:

Cittadinanza:

Il Delegato dichiara di U.S. Person soggetta a FATCA  
Il Delegato dichiara di ulteriori domicili fiscali ai fini CRS

Il Delegato dichiara di Persona Politicamente Esposta

**TITOLARE EFFETTIVO**

Cognome e Nome:

Residente (*Via, Numero, CAP, Città, Provincia, Nazione*):

Sesso: Nato il: a:

Nazionalità: Codice fiscale:

Cittadinanza: Documento identificativo: Numero:

Data rilascio: Data scadenza: Ente e luogo di rilascio:  
Il Titolare effettivo dichiara di U.S. Person soggetta alla normativa FATCA

Il Titolare effettivo dichiara di ulteriori domicili fiscali ai fini CRS

Il Titolare effettivo dichiara di Persona Politicamente Esposta

Presenza di Fiducianti tra i Titolari effettivi:

*Nota: in caso di presenza di Fiducianti tra i Titolari Effettivi del Contratto, i dati necessari per consentire lo svolgimento degli adempimenti disposti dalla normativa antiriciclaggio sono rilevati separatamente tramite documentazione cartacea.*

Polizza  
**Helvetia E- Corporate Protection (Tar. 1411)**

Polizza N.

**DESIGNAZIONE BENEFICIARIA**

Di seguito si riporta il legame dei beneficiari con il Contraente

<b>In caso di Decesso dell'Assicurato</b>	<b>Legame con il Contraente</b>
L'Azienda Contraente	L'Azienda Contraente
<b>In caso di Invalidità Totale e Permanente</b>	<b>Legame con il Contraente</b>
L'Azienda Contraente	L'Azienda Contraente
<b>In caso di Inabilità Totale Temporanea</b>	<b>Legame con il Contraente</b>
L'Azienda Contraente	L'Azienda Contraente

**DICHIARAZIONI**

Il Contraente, sotto la propria responsabilità, dichiara la veridicità dei dati sopra riportati rilevanti ai seguenti fini: normativa vigente in materia di antiriciclaggio (D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), Accordo FATCA sottoscritto in data 10/01/2014 tra Italia e Stati Uniti, Disposizioni CRS (Common Reporting Standard per lo scambio automatico di informazioni aventi valenza fiscale tra i Paesi aderenti all'accordo OCSE) in vigore dall'01.01.2016.

Data:

Firma del Contraente (o del Delegato)



## Questionario Assuntivo

Nome Cognome Assicurando:

Nome prodotto: Helvetia E-Corporate Protection - Tariffa:

Capitale Assicurato: Euro Rendita Assicurata: Euro

Durata contratto: mesi

**A. Ha ricevuto negli ultimi 5 anni una diagnosi o prescrizione di esami, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici o assunto farmaci in merito alle seguenti patologie?**

1. Ipertensione arteriosa (pressione superiore a 145/90)
2. Ictus, attacco ischemico transitorio (mini-ictus), emorragia cerebrale
3. Infarto, cardiopatia ischemica/coronarica, arteriosclerosi
4. Qualsiasi patologia delle valvole cardiache, aritmia cardiaca tale da richiedere un trattamento farmacologico e/o controlli periodici
5. Qualsiasi forma di neoplasia maligna, inclusi cancro alla pelle (melanoma), leucemie, linfomi, mieloma, tumore del midollo osseo ed inoltre meningioma, nonché cisti o crescita benigna delle meningi all'interno del cervello o della spina dorsale
6. Sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson e tutte le malattie neurogenerative
7. Discopatia grave o cronica ostruttiva, osteoartrite o artrite infiammatoria estesa ad una o più articolazioni
8. Broncopneumopatia cronica ostruttiva, l'asma, la sarcoidosi e l'enfisema. Si prega di non considerare l'asma lieve, se richiede solo l'uso intermittente di broncodilatatore ad azione rapida
9. Insufficienza renale acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, pancreatite cronica
10. Diabete, tale da richiedere trattamento farmacologico
11. Cirrosi da qualsiasi causa, epatite B e C e steatosi epatica o qualsiasi epatopatia. Patologie infettive: immunodeficienza acquisita (AIDS) e qualsiasi altra immunopatologia
12. Malattie o malformazioni congenite/ereditarie tali da richiedere un trattamento continuativo e/o periodico
13. Nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare

**B. E' a conoscenza di essere affetto da una delle malattia di cui al punto A, o di una loro possibile insorgenza, di essere in attesa di risultati di consulti medici, esami medici o ricoveri ospedalieri (o in istituti di cura) sempre in riferimento alle patologie elencate al punto A?**

**C. E' titolare di una pensione di invalidità o inabilità (parziale o totale) o ha in corso pratiche per il relativo riconoscimento?**

Data

Firma dell'Assicurato

**Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi degli Artt. 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016**

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole, che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, e nello specifico "i dati relativi ad eventuali infezioni da HIV, all'uso di sostanze stupefacenti, psicotrope e/o di alcool":

dà  nega

il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi ad eventuali infezioni da HIV, all'uso di sostanze stupefacenti, psicotrope e/o di alcool, per le finalità di cui all'informativa, compresa la loro comunicazione.

Data

Firma dell'Assicurato

**Privacy - Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016**

Helvetia Vita S.p.A. rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali, forniamo di seguito le informazioni essenziali relative al trattamento e le modalità per esercitare agevolmente ed in modo consapevole i diritti previsti dalla vigente normativa.

**1. Titolare del trattamento dei dati**

Titolare del trattamento è Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano, Telefono: 02 53.51.1; Email Pec: [helvetiavita@actaliscertymail.it](mailto:helvetiavita@actaliscertymail.it).

**2. Dati di contratto del Responsabile per la Protezione dei Dati**

Per qualsiasi informazione o per l'esercizio dei Suoi diritti potrà rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati, inviando una comunicazione scritta all'indirizzo della Compagnia: via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano, o tramite mail al recapito: [privacy@helvetia.it](mailto:privacy@helvetia.it).

**3. Finalità del trattamento dei dati**

Il Titolare tratta<sup>1</sup> i Suoi dati personali - inclusi quelli appartenenti alle "categorie particolari", come i dati relativi alla salute - che Lei comunica direttamente (es. tramite siti internet, portali, social media) o raccolti tramite la rete di intermediari, **per svolgere le attività necessarie alla gestione del Suo rapporto assicurativo (finalità assicurativa)**.

Rientrano tra le finalità assicurative: la preventivazione dei premi, la stipula di polizze assicurative, la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni, la riassicurazione, la coassicurazione.

Il Titolare tratterà i Suoi dati personali altresì per adempiere a specifici **obblighi di legge**, quali a titolo esemplificativo: prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; prevenzione del riciclaggio di denaro e finanziamento del terrorismo; prevenzione e individuazione delle frodi fiscali - garantendo l'adempimento degli obblighi di comunicazione alle autorità fiscali.

**4. Base del trattamento**

La base giuridica del trattamento è:

- l'adempimento di **obblighi precontrattuali e contrattuali** (e di legge<sup>2</sup>, ove previsti);
- **il consenso esplicito**, nel trattamento delle "categorie particolari" di dati personali.

**5. Modalità d'uso dei dati personali**

I Suoi dati personali sono trattati dal Titolare mediante operazioni - manuali o anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati - strettamente necessari per fornirLe le prestazioni, i servizi e i prodotti assicurativi richiesti.

**6. Destinatari dei dati**

Per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nell'informativa i Suoi dati sono trattati e/o possono essere comunicati a:

- dipendenti e collaboratori del Titolare nell'ambito delle rispettive funzioni;
- soggetti (o categorie di soggetti) a titolo esemplificativo di seguito elencati (c.d. catena assicurativa<sup>3</sup>):
  - soggetti del settore assicurativo (assicuratori, coassicuratori e riassicuratori);
  - intermediari di vendita (agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione); banche e SIM;
  - fornitori terzi (legali, medici legali, cliniche; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri, il recupero dei crediti, il controllo delle frodi, le indagini sul grado di soddisfazione della clientela, nonché società di servizi informatici, di factoring, di revisione contabile e certificazione del bilancio, di archiviazione o di imbustamento e/o smistamento della corrispondenza);
  - organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dello sviluppo economico, MEF, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, CONSOB, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, INPS, INAIL ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario centrale infortuni, Ministero delle Infrastrutture – Motorizzazione Civile);
- altre Società del gruppo Helvetia che, in qualità di autonomi titolari, hanno un interesse legittimo a trattare i Suoi dati personali per finalità amministrative.

Una lista completa ed aggiornata dei terzi destinatari dei dati può essere da Lei ottenuta inviando una mail a [privacy@helvetia.it](mailto:privacy@helvetia.it)

In ogni caso, i Suoi dati personali NON saranno diffusi.

<sup>1</sup> *Trattamento: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con, o senza, l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali, o a insieme di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.*

<sup>2</sup> *A titolo esemplificativo, la normativa antiriciclaggio e la normativa IDD (dati necessari per la valutazione delle esigenze e dei bisogni del cliente-interessato, nonché dell'adeguatezza o appropriatezza del prodotto).*

<sup>3</sup> *La c.d. catena assicurativa è il complesso tessuto di rapporti contrattuali tra le imprese di assicurazione e numerosi soggetti (persone fisiche e giuridiche, operanti in Italia e all'estero), che cooperano nel gestire un medesimo rischio assicurativo. Tale pluralità di rapporti è peculiare dell'attività assicurativa e necessaria per la fornitura dei servizi assicurativi. Si articola in una pluralità di fasi (dalla c.d. fase assuntiva a quella liquidativa), che possono interessare più soggetti, i quali devono necessariamente trattare i dati personali di diversi interessati (ad esempio contraente, assicurato, beneficiario e, a certe condizioni, terzo danneggiato).*

### 7. Trasferimento dei dati verso paesi terzi

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi terzi che garantiscono un adeguato livello di protezione sostanzialmente equivalente a quello assicurato all'interno dell'Unione, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea.

### 8. Periodo di conservazione dei dati

I dati personali vengono conservati per il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato (di regola non oltre i 20 anni dalla cessazione del rapporto contrattuale), fatti salvi eventuali obblighi di conservazione previsti dalla legge o da specifici termini prescrizionali.

### 9. Diritti dell'interessato

Il Regolamento Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di chiedere al Titolare del trattamento:

- 1) la conferma che sia in corso un trattamento di Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso), ex art. 15 del Regolamento;
- 2) la rettifica dei dati personali inesatti, o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica), ex art. 16 del Regolamento;
- 3) la cancellazione dei dati stessi, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento (diritto all'oblio), ex art. 17 del Regolamento;
- 4) la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione), ex art. 18 del Regolamento;
- 5) di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali da Lei forniti al Titolare e di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità), ex art. 20 del Regolamento.

Lei ha, inoltre, il diritto di revocare il consenso al trattamento dei Suoi dati, in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca ex art. 21 del Regolamento.

La revoca del consenso prestato, comporta l'inevitabile blocco del trattamento da parte della Compagnia, con i conseguenti effetti sulla normale esecuzione del contratto.

Potrà, inoltre, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale.

### 10. Comunicazione dei dati e conseguenze del rifiuto

La comunicazione dei Suoi dati personali al Titolare è strettamente necessaria allo svolgimento delle attività descritte nell'informativa. L'eventuale Suo rifiuto di fornire i dati personali comporta l'impossibilità di concludere il contratto, adempiere, prima della conclusione del contratto, a Sue specifiche richieste, concludere nuovi contratti di assicurazione, eseguire i relativi obblighi e gestire e liquidare gli eventuali sinistri.

#### Consenso al trattamento di dati personali ai sensi degli Ar tt. 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, ed in particolare "i dati relativi alla salute":

dà  nega

il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità di cui all'informativa, compresa la loro comunicazione.

Data

Firma dell'Assicurato

**Avvertenza: negando o comunque non prestando il proprio consenso al trattamento dei dati non si consentirà l'esecuzione del contratto.**