

Assicurazione Temporanea Caso Morte

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-Protection

(Tariffa 1401 Non-Fumatore e Tariffa 1402 Fumatore)

Data di realizzazione: 30 Novembre 2020

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-Protection è un'assicurazione sulla vita temporanea in caso di decesso a capitale e premio annuo costanti che, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, riconosce ai Beneficiari designati il pagamento di un importo pari al capitale assicurato. È un'assicurazione di tipo modulare, che prevede condizioni tariffarie diverse e di conseguenza premi differenziati, in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato (stato tabagico).

Il prodotto prevede inoltre la possibilità di attivare, oltre alla Garanzia Principale, anche la Garanzia Complementare Facoltativa in caso di Decesso da Infortunio.

 Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?	 Che cosa NON è assicurato?
<p>Il prodotto prevede le seguenti tipologie di prestazione:</p> <p>✓ Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato (Garanzia Principale) In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza, la Compagnia corrisponde il capitale assicurato indicato in Polizza ai Beneficiari designati dal Contraente.</p> <p>In abbinamento alla Garanzia Principale è possibile attivare, pagando un premio aggiuntivo, anche la seguente Garanzia Complementare:</p> <p>✓ Prestazione in caso di Decesso da Infortunio dell'Assicurato (Garanzia Complementare Facoltativa) Prevede il pagamento di un ulteriore capitale nel caso in cui il decesso avvenga, nel corso della durata contrattuale, a causa di infortunio o di infortunio conseguente ad incidente stradale.</p> <p>Per questo prodotto il Contraente deve sempre coincidere con l'Assicurato.</p> <p>Se alla scadenza contrattuale l'Assicurato è in vita il contratto non riconosce alcuna prestazione ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia.</p>	<p>Non è assicurabile la persona fisica che, in qualità di Contraente/Assicurato, al momento della conclusione del contratto abbia un'età:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ inferiore ai 18 anni anagrafici;▪ superiore ai 65 anni assicurativi. <p>Non sono assicurabili importi di capitale assicurato inferiori o superiori ai limiti contrattualmente previsti.</p> <p>Non sono assicurabili i soggetti che non superano positivamente il Questionario Sanitario e Stile di Vita redatto online.</p>

 Dove vale la copertura?
Le prestazioni assicurative della Garanzia Principale e della Garanzia Complementare Facoltativa sono garantite senza limiti territoriali.

 Che obblighi ho?
Il Contraente/Assicurato è tenuto a dare immediata comunicazione alla Compagnia qualora nel corso della durata contrattuale modifichi le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente e/o modifichi il proprio status tabagico iniziando a fumare (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro). In tali casi la Compagnia può rideterminare il premio inizialmente pattuito o il capitale assicurato.



Quando e come devo pagare?

Il prodotto prevede il pagamento di un premio annuo costante, determinato alla conclusione del contratto, in relazione allo stato tabagico ed all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute ed alle attività professionali e/o sportive svolte, anche saltuariamente, alla durata del contratto, al capitale assicurato ed all'eventuale abbinamento alla Garanzia Principale della Garanzia Complementare Facoltativa.

Il pagamento del premio viene effettuato all'atto della conclusione del contratto e, per tutta la durata contrattuale, ad ogni ricorrenza annua della data di decorrenza, tramite **carta di debito illimity o carta di credito illimity**, fermo restando che **le relative spese gravano direttamente sul Contraente e sull'Intermediario rispettivamente per la parte di propria competenza, determinata in ragione dello strumento di pagamento prescelto e dei relativi accordi con i prestatori del servizio.**

In alternativa al pagamento del premio con periodicità annuale, il Contraente può scegliere una frequenza di pagamento mensile. In tal caso, fermo restando che il premio relativo al primo anno è sempre dovuto per intero, il pagamento del premio viene effettuato rispettivamente ad ogni ricorrenza mensile della data di decorrenza. Non sono previsti interessi di frazionamento in caso di pagamento con periodicità mensile.

Si segnala che una volta effettuata la scelta del frazionamento lo stesso non potrà più essere modificato nel corso della durata contrattuale.

Il premio relativo alla Garanzia Complementare Facoltativa, laddove prestata, viene corrisposto congiuntamente al premio della Garanzia Principale e con la medesima modalità e periodicità stabilita per quest'ultimo.

È escluso il pagamento dei premi in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Per durata del contratto si intende l'arco di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e quella di scadenza. La durata del contratto può essere fissata, a scelta del Contraente, da un minimo di 1 anno ad un massimo di 20 anni.

Il contratto si intende concluso nel momento in cui viene apposta sulla Polizza la firma della Compagnia ed il Contraente provvede al pagamento della prima rata di premio.

La Polizza e l'ulteriore documentazione ad essa allegata dovrà essere sottoscritta dal Contraente/Assicurato in tutti i campi che lo prevedono e restituita alla Compagnia nella copia di pertinenza della stessa tramite lettera raccomandata A/R al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Canale Banche, Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano.

In ogni caso 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.

A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto, la prestazione assicurata è operante dalle ore 24.00 del giorno di pagamento della prima rata di premio, quale data di decorrenza riportata all'interno del documento di Polizza, fermi i periodi di carenza previsti.

Si segnala che il Contraente può sottoscrivere una sola polizza E-Protection.



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

Non è prevista la revoca, in quanto il contratto viene emesso direttamente tramite la Polizza.

Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui il contratto stesso è concluso.

Il mancato pagamento del premio annuo previsto, trascorsi 12 mesi dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione, determina la risoluzione del contratto.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Il Contraente può riattivare il contratto in caso di interruzione del pagamento dei premi. Si rinvia alla sezione "Quali costi devo sostenere?" contenuta nel DIP Aggiuntivo Vita per le relative condizioni economiche.

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto dall'assicurazione e non riconosce un valore di riduzione.

Assicurazione Temporanea Caso Morte

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-Protection

(Tariffa 1401 Non-Fumatore e Tariffa 1402 Fumatore)

Data di realizzazione: 30 Novembre 2020

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 contrattuali 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; e-mail: direzione.vita@helvetia.it; PEC: 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, e-mail: direzione.vita@helvetia.it, PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it. La Compagnia è autorizzata all'esercizio sulle assicurazioni sulla vita con Prov. 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 206.025.375,30 Euro, di cui 47.594.000,00 Euro costituiscono la parte relativa al capitale sociale e 148.529.396,30 Euro si riferiscono alle riserve patrimoniali.

La relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria della Compagnia (SFCR) è disponibile sul sito internet della stessa ed è consultabile al seguente indirizzo: www.helvetia.it/solvencyII. Di seguito si dà evidenza dei requisiti patrimoniali e dei fondi ammissibili alla loro copertura, calcolati secondo la Formula Standard in vigore al 31.12.2019.

Informazioni relative al margine di solvibilità Solvency II	AI 31.12.2019
Solvency Capital Requirement (SCR)	145.067.777,89
Minimum Capital Requirement (MCR)	65.280.500,05
Fondi Propri ammissibili a copertura del SCR	184.568.338,36
Fondi Propri ammissibili a copertura del MCR	143.849.446,46
Solvency Capital Ratio*	127,23%

* Il "Solvency Capital Ratio" è il rapporto tra i Fondi Propri ammissibili dalla Compagnia 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?
Helvetia E-Protection è un'assicurazione sulla vita temporanea in caso di decesso a capitale e premio annuo costanti, che prevede le seguenti tipologie di prestazioni:
<p>✓ Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato (Garanzia Principale) In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Compagnia corrisponde il capitale assicurato indicato in Polizza ai Beneficiari designati dal Contraente. Resta inteso che, in ogni caso che:</p> <ul style="list-style-type: none">la prestazione assicurabile deve essere almeno pari a 50.000,00 Euro e non superiore a 150.000,00 Euro;ogni Contraente può sottoscrivere un solo contratto di Helvetia E-Protection;Contraente ed Assicurato devono coincidere e pertanto il prodotto può essere sottoscritto unicamente da soggetti persone fisiche residenti in Italia. <p>Il contratto è di tipo modulare e prevede condizioni tariffarie e di conseguenza premi differenziati, in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato (stato tabagico). Ai fini dell'applicazione delle suddette tariffe si definisce "Non-Fumatore" il soggetto Assicurato che non abbia mai fumato (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro) o che non fumi da almeno 3 anni dalla data di conclusione del contratto.</p> <p>Al momento della sottoscrizione del contratto, in abbinamento alla suddetta Garanzia Principale il Contraente può selezionare la seguente Garanzia Complementare Facoltativa:</p>



Prestazione in caso di Decesso da Infortunio dell'Assicurato (Garanzia Complementare Facoltativa)

Prevede il pagamento di un ulteriore capitale di ammontare pari a quello della Garanzia Principale nel caso in cui il decesso dell'Assicurato avvenga, nel corso della durata contrattuale, a causa di infortunio. Qualora il decesso sia causato da infortunio conseguente ad incidente stradale detto capitale aggiuntivo sarà pari al doppio del capitale della Garanzia Principale.

Agli effetti dell'assicurazione complementare decesso da infortunio, s'intende per:

- **infortunio**, un evento - avvenuto dopo la data di decorrenza - dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso dell'Assicurato;
- **infortunio conseguente ad incidente stradale**, quell'infortunio cagionato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione - esclusi quelli ferroviari - che avvenga, dopo la data di decorrenza, su strade d'uso pubblico o su aree a queste equiparate nonché su aree private in cui l'Assicurato rimane vittima, che produca all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza diretta la sua morte.

Nei casi in cui, alla scadenza contrattuale, l'Assicurato sia in vita non è prevista alcuna prestazione ed i premi pagati restano acquisiti 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 Garanzia Principale in caso di Decesso

a) È escluso dalla garanzia il decesso causato da:

- dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di decorrenza del contratto o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;
- patologie derivanti da abuso d'alcool;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

b) È inoltre escluso dalla garanzia il decesso causato dalla:

- pratica di una delle seguenti attività sportive: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idroscio e sport estremi in genere;
- pratica di una delle seguenti attività professionali: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto alle forze armate se impiegato in missioni all'estero;

In tutti i suddetti casi, ad eccezione del caso di decesso dell'Assicurato causato da dolo del Contraente e/o dei Beneficiari, la Compagnia si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso al posto del capitale assicurato.

! Esclusioni Garanzia Complementare Facoltativa in caso di Decesso da Infortunio

È escluso dalla Garanzia l'infortunio mortale che dipenda, direttamente o indirettamente, da:

- dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- atti temerari intrapresi dall'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- stati di ubriachezza dell'Assicurato nel caso questi rimanga vittima come conducente di veicoli o natanti a motore;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

In tutti i suddetti casi non è prevista la liquidazione di alcuna prestazione.

È inoltre escluso anche l'infortunio mortale che derivi dalla pratica delle professioni o delle attività sportive indicate al precedente punto b) delle esclusioni relative alla Garanzia Principale in caso di Decesso.

Periodi di carenza della Garanzia Principale in caso di Decesso

Clausola di carenza generale

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto e quest'ultimo sia in regola con il pagamento del premio, il capitale assicurato non sarà pagato ed in suo luogo verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata alla data del decesso.

La Compagnia non applicherà entro i primi 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto la limitazione sopra indicata e pertanto la prestazione dovuta sarà pari al capitale assicurato indicato in Polizza, qualora il decesso sia conseguenza diretta di:

- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite postvaccinica;
- shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza del contratto;
- infortunio - intendendosi per tale l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso - avvenuto dopo la data di decorrenza.

Rimane inoltre convenuto che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla data di conclusione del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato ed in suo luogo verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.

L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute sostenendone direttamente i costi, al fine di eliminare le carenze sopra riportate.

Nel caso in cui il Contraente/Assicurato abbia richiesto di eliminare la carenza ma abbia fornito alla Compagnia unicamente il test HIV con esito negativo, rimarrà in essere unicamente la **carenza dei 6 mesi** sopra riportata.

Laddove invece l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica con esito positivo (e si sia sottoposto agli eventuali accertamenti sanitari richiesti), ma non abbia fornito alla Compagnia il Test HIV con esito negativo, rimarrà in essere unicamente la **carenza dei 5 anni** sopra riportata.

Qualora il Contraente/Assicurato si sia sottoposto a visita medica con esito positivo (e si sia sottoposto agli eventuali accertamenti sanitari richiesti) e abbia fornito alla Compagnia anche il test HIV con esito negativo, entrambe le carenze non saranno applicabili.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?	Denuncia di sinistro: essendo previsto apposito modulo prestampato denominato "Modulo di richiesta per liquidazione sinistro", contenente l'elenco dei documenti da consegnare per l'erogazione delle prestazioni, si rimanda a tale Modulo contenuto nella sezione "Cosa fare per richiedere la liquidazione delle prestazioni" delle Condizioni contrattuali.
	Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione in caso di decesso dell'Assicurato si estinguono dopo dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. 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.
	Liquidazione della prestazione: verificata l'esistenza dell'obbligo al pagamento, Helvetia Vita S.p.A. esegue i pagamenti in favore degli aventi diritto entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta completa di tutta la documentazione prevista. Trascorsi tali termini sono dovuti gli interessi di mora a favore degli aventi diritto.
Dichiarazioni inesatte e reticenti	Le dichiarazioni del Contraente/Assicurato devono essere esatte, veritiere e complete. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle prestazioni assicurate. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio ovvero, in caso di assicurazione in nome o per conto di terzi, qualora il terzo sia a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la cessazione dell'assicurazione.



Quando e come devo pagare?

Premio	Il pagamento del premio viene effettuato all'atto della conclusione del contratto e, per tutta la durata contrattuale, ad ogni ricorrenza annua della data di decorrenza tramite: <ul style="list-style-type: none">▪ carta di debito illimity;▪ carta di credito illimity;
---------------	--

	<p>fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente e sull'Intermediario rispettivamente per la parte di propria competenza determinata in ragione dello strumento di pagamento prescelto e dei relativi accordi con i prestatori del servizio.</p> <p>Il pagamento avverrà all'interno del processo di emissione del prodotto, disponibile direttamente dalla Home Banking del Contraente.</p> <p>In alternativa al pagamento del premio con periodicità annuale, il Contraente può scegliere una frequenza di pagamento mensile. In tal caso, fermo restando che il premio relativo al primo anno è sempre dovuto per intero, il pagamento del premio viene effettuato rispettivamente ad ogni ricorrenza mensile della data di decorrenza. Non sono previsti interessi di frazionamento in caso di pagamento con periodicità mensile.</p> <p>Si segnala che una volta effettuata la scelta del frazionamento lo stesso non potrà più essere modificato nel corso della durata contrattuale.</p> <p>In caso di cessazione del rapporto del Contraente con la Banca presso cui è stato stipulato il contratto, i successivi premi andranno versati tramite SEPA Direct Debit Core a favore di Helvetia Vita S.p.A. sul conto corrente che sarà comunicato dalla Compagnia contestualmente all'invio del modulo di attivazione del SEPA.</p> <p>Il premio della Garanzia Complementare Facoltativa, laddove prestata, è comprensivo dell'eventuale imposta e viene corrisposto congiuntamente al premio della Garanzia Principale e con la medesima modalità e periodicità stabilita per quest'ultimo.</p> <p>I premi relativi sia alla Garanzia Principale sia alla Garanzia Complementare Facoltativa non sono più dovuti al verificarsi del decesso dell'Assicurato.</p> <p>È escluso il pagamento dei premi in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.</p>
Rimborso	Il Contraente può chiedere il rimborso del premio in caso di esercizio del diritto di recesso , secondo le modalità riportate alla successiva sezione "Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?"
Sconti	Non sono previsti sconti.

	Quando comincia la copertura e quando finisce?
Durata	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quanto riportato nel DIP Vita.
Sospensione	Il contratto non prevede la possibilità di sospendere le Garanzie.

	Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?
Revoca	Non prevista.
Recesso	Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto stesso, dandone comunicazione alla Compagnia mediante richiesta scritta inviata direttamente alla Compagnia, con lettera raccomandata A/R indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia). La Compagnia, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso completa di tutta la documentazione richiesta, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto, pari ad Euro 25,00, con il limite del premio versato. La Compagnia può inoltre trattenere la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.
Risoluzione	Il Contraente può risolvere il contratto interrompendo il pagamento del premio relativo alla Garanzia Principale unitamente al premio della Garanzia Complementare Facoltativa, laddove prestata. In particolare, trascorsi 12 mesi dalla data in cui il pagamento avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione, il contratto si risolve, i premi già pagati restano acquisiti dalla Compagnia e nulla è dovuto da parte della stessa.

	Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
Valori di riscatto e riduzione	<p>La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto dall'assicurazione e non riconosce un valore di riduzione.</p> <p>In caso di mancato pagamento del premio, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, si determina la sospensione della prestazione assicurata.</p> <p>A seguito dell'interruzione del pagamento del premio relativo alla Garanzia Principale ed all'eventuale Garanzia Complementare Facoltativa, il Contraente ha facoltà di riattivare il contratto. In particolare, entro i primi 6 mesi dalla scadenza della prima rata di premio rimasta insoluta il Contraente ha la facoltà di riattivare il contratto previo pagamento in un'unica soluzione di tutte le rate di premio arretrate – comprese quelle relative alla Garanzia Complementare Facoltativa laddove attivata.</p>

	<p>Negli ulteriori 6 mesi la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda presentata per iscritto dal Contraente alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata A/R (invia al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano) ovvero al seguente indirizzo e-mail: operationbanche@helvetia.it, e previa accettazione, a proprio insindacabile giudizio di quest'ultima, che può richiedere all'Assicurato di sottoporsi a visita medica e/o ad eventuali accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito. La Compagnia informerà il Contraente circa l'esito della valutazione della riattivazione e indicherà la somma dei premi da versare in unica soluzione – compresi quelli relativi alla Garanzia Complementare Facoltativa laddove attivata.</p> <p>La riattivazione del contratto, effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina la prestazione assicurata con effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.</p> <p>Trascorsi 12 mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il contratto non può più essere riattivato. In assenza di riattivazione il contratto è risolto e nulla è dovuto da parte della Compagnia.</p>
Richiesta di informazioni	La richiesta di informazioni non è possibile in quanto la presente forma assicurativa non prevede la possibilità di riscatto e riduzione.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto ad una clientela retail persona fisica caratterizzata da un adeguato livello di user experience, che predilige la sottoscrizione di soluzioni assicurative tramite canali diretti (web e/o contact center), titolare di un conto corrente con il distributore, interessata ad una soluzione assicurativa che tuteli economicamente i Beneficiari designati dalle conseguenze negative e destabilizzanti, in termini di perdita di reddito, che possono derivare da un evento imprevisto come il decesso. La clientela è inoltre disposta a sopportare la presenza di esclusioni, carenze e/o limitazioni di polizza.

Il prodotto è sottoscrivibile a condizione che l'Assicurato alla decorrenza del contratto abbia un'età compresa tra i 18 anni (compiuti) ed i 65 anni (assicurativi).

Il prodotto non è destinato ad una tipologia di persone giuridiche o persone fisiche non titolari di un conto corrente presso la Banca distributrice. Inoltre non è destinato a clienti retail che intendano riscattare il capitale nel corso della durata contrattuale e/o che abbiano superato i limiti di età alla data di decorrenza.



Quali costi devo sostenere?

Tabella dei costi gravanti sul premio

Spese di emissione	25,00 Euro (trattenute solo in caso di recesso)
Caricamento in % del premio (fisso ed indipendente dall'età e dal sesso dell'Assicurato, dalla durata contrattuale, dall'importo e relativo frazionamento)	35,00%

Laddove l'Assicurato voglia eliminare le carenze previste dal contratto, dovrà sottoporsi ad accertamenti sanitari le cui spese saranno suo carico e non quantificabili a priori.

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

La quota parte retrocessa agli **Intermediari** con riferimento **all'intero flusso commissionale** relativo al prodotto è **pari al 62,86%**. Tale valore si riferisce alle provvigioni stimate sulla base delle convenzioni di collocamento.

Costi dei PPI

Non previsti in quanto la presente tipologia contrattuale non rientra nella categoria PPI.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto a Helvetia Vita S.p.A. –Ufficio Reclami – Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano Fax: 02 5351.794 – Email: reclami@helvetia.it .
	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.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, Fax: 06.42133206, Pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita (facoltativa)	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie (facoltativa)	<p>Procedura FIN-NET: per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/fin-net_en, chiedendo l'attivazione della Procedura.</p> <p>Tramite il sito internet della Compagnia (www.helvetia.it – Reclami) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione della suddetta procedura.</p>

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Regime fiscale sui premi I premi delle assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni. Ciò vale, in particolare, per i premi relativi alla Garanzia Principale in caso di Decesso dell'Assicurato. Per quanto concerne invece i premi relativi alla Garanzia Complementare Facoltativa in caso di Decesso da Infortunio, laddove prestata, si applica un'imposta nella misura del 2,50%.
	Detraibilità fiscale dei premi Sui premi pagati 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, viene annualmente riconosciuta al Contraente una detrazione d'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge. Le suddette parti di premio vengono riportate in Polizza.
	Tassazione delle prestazioni assicurate Le somme dovute dalla Compagnia in dipendenza del contratto sono esenti da imposizione fiscale. Le somme liquidate in caso di decesso dell'Assicurato sono inoltre esenti dall'imposta sulle successioni.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO 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-Protection

Tariffa 1401 Non-Fumatore e

Tariffa 1402 Fumatore

Prodotto assicurativo vita, diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, di tipo temporaneo in caso di decesso a capitale e premio annuo costanti con Garanzia Complementare Facoltativa abbinabile

Condizioni contrattuali

Mod. 318 - Ed. 11/2020

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

Indice

Condizioni contrattuali	4
Modalità assuntive	4
 Art. 1 – Modalità assuntive	4
 Art. 2 – Stato tabagico	4
Garanzia Principale in caso di Decesso	6
 Art. 3 – Prestazione assicurata	6
 Art. 4 – Premio	6
 Art. 5 – Conclusione, decorrenza, durata e limiti di età del contratto	6
 Art. 6 – Costi	7
 Art. 7 – Recesso	7
 Art. 8 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	7
 Art. 9 – Mancato pagamento del premio	8
 Art. 10 – Ripresa del pagamento del premio: riattivazione	8
 Art. 11 – Cessione, pegno e vincolo	9
 Art. 12 – Beneficiari e Referente Terzo	9
 Art. 13 – Valuta	10
 Art. 14 – Tasse e imposte	10
 Art. 15 – Foro competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	10
 Art. 16 – Non pignorabilità e non sequestrabilità delle prestazioni assicurate	11
 Art. 17 – Informativa	11
Esclusioni e carenze della Garanzia Principale in caso di Decesso	12
 Art. 18 – Esclusioni	12
 Art. 19 – Clausola di carenza generale	12
Garanzia Complementare Facoltativa in caso di decesso da Infortunio	14
 Art. 20 – Prestazioni assicurate	14
 Art. 21 – Definizione di infortunio	14
 Art. 22 – Premio e costi	14
 Art. 23 – Mancato pagamento del premio e riattivazione	15
 Art. 24 – Rinuncia al diritto di surroga	15
 Art. 25 – Estinzione della Garanzia	15
 Art. 26 – Rinvio	15
Esclusioni della Garanzia Complementare Facoltativa in caso di decesso da Infortunio	16
 Art. 27 – Esclusioni	16
Cosa fare per richiedere la liquidazione delle prestazioni	17
 Art. 28 – Pagamento della Compagnia in caso di decesso dell'Assicurato	17

	Art. 29 – Pagamenti della Compagnia in caso di decesso dell'Assicurato causato da infortunio	18
	Modulo di richiesta per liquidazione sinistro.....	20
	Glossario	22

AVVERTENZA: all'interno delle Condizioni contrattuali 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.

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.

Infine, le parole la cui definizione è riportata nel Glossario, la prima volta che vengono utilizzate nel testo, sono riportate in corsivo.

Condizioni contrattuali

Le presenti **Condizioni contrattuali** sono aggiornate al 30 novembre 2020, data dell'ultima revisione dei dati in esse inclusi.

Il presente *contratto* è disciplinato dalle:

- CONDIZIONI CONTRATTUALI 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.

Modalità assuntive



Art. 1 – Modalità assuntive

Helvetia E-Protection è un'assicurazione sulla vita, di tipo modulare, che prevede condizioni tariffarie diverse e di conseguenza premi differenziati, in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato (di seguito stato tabagico).

Helvetia E-Protection offre una *Garanzia Principale* consistente in una copertura temporanea per il caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima della scadenza contrattuale, a capitale e a premio annuo costanti (ciò significa che il capitale che verrà liquidato dalla *Compagnia* in caso si verifichi l'evento e il premio annuo previsto non cambiano nel corso della *durata contrattuale*).

Per la conclusione del contratto è necessario compilare il *Questionario Sanitario e Stile di Vita* dell'Assicurato (anche detto *Questionario Assuntivo*) mediante procedura online disponibile direttamente dalla Home Banking del Contraente senza l'obbligo di sottoposizione a visita medica.

- | In ogni caso, qualora dalla compilazione del *Questionario Sanitario e Stile di Vita* si rilevino patologie di rilievo, la *Compagnia* può assumere il rischio con l'applicazione di *sovrapremi* o escludere specifici rischi, nonché rifiutare il rischio.
- | Per il presente contratto il Contraente e l'Assicurato devono coincidere.
- | Il Contraente deve essere un correntista del Distributore e può sottoscrivere un'unica *Polizza Helvetia E-Protection*.

Al momento della sottoscrizione del contratto il Contraente può selezionare in abbinamento alla *Garanzia Principale* in caso di decesso, la *Garanzia Complementare Facoltativa* in caso di decesso da infortunio, pagando apposito premio.

Per maggiori dettagli in merito alla *Garanzia Complementare Facoltativa* si rinvia alle relative Condizioni contrattuali di seguito riportate (in particolare si vedano le sezioni: *Garanzia Complementare* in caso di Decesso da Infortunio, *Esclusioni* della *Garanzia Complementare* in caso di Decesso da Infortunio).



Art. 2 – Stato tabagico

Definizione dello stato di Non-fumatore dell'Assicurato ed eventuali modifiche dello stato tabagico

Ai fini del presente contratto si definisce Non-fumatore l'Assicurato che non abbia mai fumato (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro) o che non fumi da almeno tre anni dalla *data di conclusione* del contratto.

- | Lo stato di Non-fumatore dell'Assicurato deve essere formalizzato mediante apposita dichiarazione, riportata in *Polizza*, sottoscritta dall'Assicurato (ed in ogni caso ritenuta efficace in quanto resa espressamente e autonomamente all'interno del processo di emissione della *Polizza* effettuato online), poiché è uno degli elementi che incide sulla determinazione della tariffa comportando un premio inferiore rispetto a quello che sarebbe previsto in caso di Assicurato fumatore.
- | In caso di dichiarazione inesatta circa lo stato di Non-fumatore dell'Assicurato si applica quanto previsto al successivo Art. 8 – *Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato*.
- | Si segnala in proposito che, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, per la *liquidazione del capitale assicurato* la *Compagnia* può verificare l'effettiva permanenza dello stato di Non-fumatore dell'Assicurato, anche richiedendo la documentazione di carattere sanitario necessaria a tale verifica.
- | Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato dichiaratosi inizialmente Non-fumatore inizi o ricominci a fumare (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro), il Contraente/Assicurato, è tenuto a darne immediata comunicazione alla *Compagnia* a mezzo lettera raccomandata A/R inviata al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano.

In tal caso la *Compagnia* provvederà a rideterminare:

- il premio inizialmente pattuito
- o alternativamente
- il capitale assicurato.

Il nuovo premio, o il nuovo capitale assicurato, verrà calcolato applicando le corrispondenti condizioni tariffarie relative ad Assicurati Fumatori, in base all'età dell'Assicurato alla decorrenza e alla durata del contratto in essere.

In caso venga determinato un nuovo premio, questo sarà dovuto a partire dalla prima rata immediatamente successiva alla data di ricezione in Compagnia della comunicazione di modifica dello stato di Non-Fumatore dell'Assicurato. In caso di riproporzionamento di capitale, quest'ultimo sarà immediatamente efficace.

Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato dichiaratosi inizialmente Fumatore abbia smesso di fumare, trascorsi almeno 3 anni da tale data, il Contraente/Assicurato può darne comunicazione alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata A/R inviata all'indirizzo sopra riportato.

In tale caso la Compagnia provvederà a rideterminare il *premio annuo* e lo stesso sarà dovuto a partire dalla prima rata di premio immediatamente successiva alla data di ricezione della comunicazione di cambio di stato presso la Compagnia. La Compagnia stessa può verificare preventivamente l'effettivo stato di Non-Fumatore dell'Assicurato, anche a mezzo di accertamenti sanitari.

Garanzia Principale in caso di Decesso



Art. 3 – Prestazione assicurata

Prestazione assicurata della Garanzia Principale

In base al presente contratto, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Compagnia si impegna a liquidare, ai *Beneficiari* designati, un importo pari al capitale assicurato indicato nella Polizza.

A tale proposito si segnala che il contratto prevede un capitale assicurato, scelto liberamente dal Contraente e pari almeno a 50.000,00 Euro e non superiore a 150.000,00 Euro.

- | La prestazione sopra riportata può essere richiesta qualora il contratto sia in vigore ed in regola con il pagamento dei premi.
- | In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, non è prevista alcuna prestazione dalla Compagnia ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia stessa.



Art. 4 – Premio

Il contratto prevede la corresponsione di un premio annuo, costante per tutta la durata contrattuale ed il cui ammontare è indicato nella Polizza.

L'importo del premio annuo viene determinato alla conclusione del contratto, in relazione allo stato tabagico ed all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute ed alle attività professionali e/o sportive svolte, anche saltuariamente, alla durata contrattuale, al capitale assicurato ed all'eventuale abbinamento alla Garanzia Principale della Garanzia Complementare Facoltativa attivabile.

Il pagamento del premio viene effettuato all'atto della conclusione del contratto e per tutta la durata contrattuale ad ogni ricorrenza annuale della *data di decorrenza*.

Fermo restando che il premio relativo al primo anno è sempre dovuto per intero, in alternativa al pagamento del premio con periodicità annuale, il Contraente può scegliere una frequenza di pagamento *mensile*. In tal caso il pagamento del premio viene effettuato rispettivamente ad ogni ricorrenza mensile della data di decorrenza.

- | Non sono previsti *interessi di frazionamento* in caso di pagamento con periodicità mensile.
- | Si segnala che una volta effettuata la scelta del frazionamento lo stesso non potrà più essere modificato nel corso della durata contrattuale.

Non sono previsti importi minimi di premio.

Il pagamento dei premi deve essere effettuato dal Contraente mediante:

- carta di credito illimity;
- carta di debito illimity;

fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente e sul Distributore rispettivamente per la parte di propria competenza determinata in ragione dello strumento di pagamento prescelto e dei relativi accordi con i prestatori del servizio.

Il pagamento avverrà all'interno del processo di emissione del prodotto, disponibile direttamente dalla Home Banking del Contraente.

- | In caso di cessazione del rapporto del Contraente con la Banca presso cui è stato stipulato il contratto, i successivi premi annui andranno versati tramite SEPA Direct Debit Core a favore di Helvetia Vita S.p.A. sul conto corrente che sarà comunicato dalla Compagnia contestualmente all'invio del modulo di attivazione del SEPA.
- | È escluso il pagamento dei premi in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.
- | Resta inteso che un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di premio.
- | Nel caso in cui si verifichi il decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, non è più dovuto alcun premio.



Art. 5 – Conclusione, decorrenza, durata e limiti di età del contratto

Cosa si intende per conclusione?

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

Il contratto si intende concluso nel momento in cui viene apposta sulla Polizza la firma della Compagnia ed il Contraente provvede contestualmente al pagamento della prima rata di premio.

In ogni caso, il Contraente/Assicurato è tenuto a sottoscrivere 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 (ricevuta dalla Compagnia su supporto durevole all'indirizzo e-mail fornito dal Contraente stesso) al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Canale Banche, Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano a mezzo lettera raccomandata A/R.

- | In ogni caso 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.

Cosa si intende per decorrenza?

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

A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto, la prestazione assicurata di cui al precedente Art. 3 è operante dalle ore 24.00 del giorno di pagamento della prima rata di premio identificata quale data di decorrenza.

Durata

Per durata del contratto si intende l'arco di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e quella di scadenza.

La durata di questo contratto può essere fissata a scelta del Contraente - al momento della sottoscrizione - **da un minimo di 1 anno ad un massimo di 20 anni.**

La durata del contratto coincide con la durata del pagamento dei premi.

Limiti di età

L'età dell'Assicurato, **alla data di decorrenza** del contratto, deve essere almeno pari a **18 anni compiuti (età anagrafica) e comunque non superiore a 65 anni assicurativi.**

L'età assicurativa dell'Assicurato viene determinata come di seguito indicato: se dall'ultimo compleanno sono trascorsi meno di sei mesi o sei mesi esatti, l'età considerata è quella compiuta; se invece sono trascorsi più di sei mesi l'età considerata è quella prossima da compiere.

Esempi di calcolo dell'età assicurativa dell'Assicurato:

Se alla data di decorrenza della Polizza l'Assicurato ha un'età compiuta pari a 35 anni e sono trascorsi 5 mesi dalla data del suo ultimo compleanno, la sua età assicurativa a tale data è pari a 35 anni (= età compiuta).

Se alla data di decorrenza della Polizza l'Assicurato ha un'età compiuta pari a 35 anni e sono trascorsi 7 mesi dalla data del suo ultimo compleanno, la sua età assicurativa a tale data è pari a 36 anni (= età prossima da compiere).


Art. 6 – Costi
Costi gravanti sul premio

Spese di emissione	25,00 Euro (trattenute solo in caso di recesso)
Caricamento in % del premio (fisso ed indipendente dall'età e dal sesso dell'Assicurato, dalla durata contrattuale, dall'importo e relativo frazionamento)	35,00%

Laddove l'Assicurato voglia eliminare le carenze previste dal contratto, dovrà sottoporsi ad accertamenti sanitari le cui spese saranno a suo carico e non quantificabili a priori.


Art. 7 – 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 30 giorni dalla data di conclusione del contratto stesso.**

Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto stesso, dandone comunicazione alla Compagnia mediante richiesta scritta inviata direttamente alla Compagnia, con lettera raccomandata A/R indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia). La Compagnia, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto e pari ad **Euro 25,00**, con il limite del premio versato.

La comunicazione di recesso deve essere corredata dai seguenti documenti:

- coordinate bancarie del Contraente per le operazioni di accredito (Banca, codice IBAN del Contraente). **Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dal Contraente stesso;**
- in caso di polizza sottoposta a *pegno* o a *vincolo*, assenso scritto alla liquidazione da parte del creditore signoratizio/vincolatario.

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.

| **La Compagnia può inoltre trattenere la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.**


Art. 8 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

| **Le dichiarazioni del Contraente/Assicurato devono essere veritieri, esatte e complete, diversamente la Compagnia potrebbe sottovalutare il rischio che avrebbe accettato a condizioni di premio superiori o che avrebbe rifiutato.**

| **In caso di dichiarazioni inesatte o incomplete, la Compagnia può valutare se la verità sia stata alterata o taciuta per malafede, colpa grave o negligenza, applicando le conseguenti disposizioni di Legge (*Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile*).**

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 Compagnia 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.

Articolo 1894 del Codice Civile "Assicurazione in nome o per conto di terzi": disciplina che in tali tipologie di assicurazioni, se i terzi hanno conoscenza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, sono applicabili le disposizioni dei precedenti Articoli 1892 e 1893.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito www.gazzettaufficiale.it/anteprima/codici/codiceCivile.

In ogni caso, l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica della prestazione assicurata in base all'età reale.

Laddove nel corso della durata contrattuale il Contraente trasferisca la propria residenza 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 di nuova residenza).

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

Il Contraente è tenuto ad avvisare tempestivamente la Compagnia, laddove nel corso della durata contrattuale si verifichino modifiche alle circostanze che ne determinano la classificazione ai fini FATCA (cittadino statunitense o fiscalmente residente negli Stati Uniti) e/o CRS (cittadino avente ulteriore residenza fiscale in uno stato diverso da Italia e/o Stati Uniti). Analogi obblighi 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 residenza e/o residenza fiscale.

Il Contraente dovrà inoltre dichiarare alla Compagnia, per ogni singola operazione posta in essere sul contratto successiva al versamento della prima rata di premio, se la stessa sia effettuata per conto di titolari effettivi diversi da quelli indicati all'atto della sottoscrizione della Polizza e fornire tutti i dati necessari per la loro identificazione.



Art. 9 – Mancato pagamento del premio

Cosa si intende per risoluzione del contratto?

È il diritto di una delle parti a far cessare il contratto in caso di mancato rispetto, da parte dell'altro soggetto, degli obblighi contrattuali a suo carico (nel caso specifico la Compagnia scioglie il contratto a fronte del mancato pagamento del premio nei termini previsti per la riattivazione).

Il mancato pagamento del premio, trascorsi trenta giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la sospensione della prestazione assicurata di cui al precedente Art. 3.

Trascorsi dodici mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione (come definita al successivo Art. 10), il contratto è risolto. In tal caso nulla è dovuto da parte della Compagnia.



Art. 10 – Ripresa del pagamento del premio: riattivazione

A seguito dell'interruzione del pagamento del premio relativo alla Garanzia Principale ed all'eventuale Garanzia Complementare Facoltativa, il Contraente ha facoltà di riattivare il contratto. In particolare, entro i primi 6 mesi dalla

scadenza della prima rata di premio rimasta insoluta il Contraente ha la facoltà di riattivare il contratto previo pagamento in un'unica soluzione di tutte le rate di premio arretrate – comprese quelle relative alla Garanzia Complementare Facoltativa laddove attivata.

Negli ulteriori 6 mesi la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda presentata per iscritto dal Contraente alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata A/R (invia al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano) ovvero al seguente indirizzo e-mail: operationbanche@helvetia.it, e **previa accettazione, a proprio insindacabile giudizio di quest'ultima**, che può richiedere all'Assicurato di sottoporsi a visita medica e/o ad eventuali accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito. La Compagnia informerà il Contraente circa l'esito della valutazione della riattivazione e indicherà la somma dei premi da versare in unica soluzione – compresi quelli relativi alla Garanzia Complementare Facoltativa laddove attivata. **La riattivazione del contratto, effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina la prestazione assicurata con effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.**

- | Trascorsi dodici mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il contratto non può più essere riattivato.
- | In assenza di riattivazione il contratto è risolto e nulla è dovuto da parte della Compagnia.



Art. 11 – Cessione, pegno e vincolo

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 pegno?

Il Contraente può porre il contratto a garanzia di un impegno finanziario sottoscritto con una parte terza (una banca o una finanziaria) che diventa creditore pignoratizio, ossia soggetto a favore del quale è stato istituito il pegno. A titolo di esempio, se il contratto risulta essere stato dato in pegno e si verifica il decesso dell'Assicurato, la Compagnia privilegerà il creditore pignoratizio nel pagamento della relativa prestazione, fermi i limiti di spettanza di quest'ultimo e di capienza del contratto.

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 – in ragione delle caratteristiche del prodotto Helvetia E-Protection – non può cedere ad altri il contratto, può tuttavia darlo in pegno o vincolare le prestazioni assicurate.

- | Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui la Compagnia accetti tale variazione annotandola sul contratto o emettendo apposita appendice di variazione, che diviene parte integrante del contratto.
- | Nel caso di pegno o vincolo, eventuali liquidazioni necessiteranno l'assenso scritto del titolare del pegno o vincolo.



Art. 12 – Beneficiari e Referente Terzo

Ai sensi dell'*Art. 1920 del Codice Civile*, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Compagnia. Ciò significa che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Al momento della sottoscrizione della Polizza il Contraente designa, preferibilmente in forma nominativa, i Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato e può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tale designazione.

Ai sensi dell'*Art. 1921 del Codice Civile*, la designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo che, verificatosi il decesso dell'Assicurato, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

Nel primo caso, le operazioni di pegno o vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari. Sono comunque salve le previsioni di cui all'*Art. 1922 del Codice Civile*.

La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere effettuate mediante comunicazione scritta, sottoscritta in originale dal Contraente, alla Compagnia o mediante testamento. **Tali atti avranno efficacia nei confronti della Compagnia solo se a questa trasmessi al più tardi insieme alla documentazione utile all'avvio della procedura di liquidazione: in caso di mancata trasmissione entro tale termine, la designazione e le sue eventuali revoche o modifiche (in qualunque forma effettuata, anche testamentaria) non saranno opponibili alla Compagnia.**

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.

Articolo 1921 del Codice Civile "Revoca del beneficio": disciplina che la designazione del Beneficiario è revocabile con le forme con le quali può essere fatta a norma dell'articolo precedente. La revoca non può tuttavia farsi dagli eredi dopo la morte del Contraente, né dopo che, verificatosi l'evento, il Beneficiario ha dichiarato di voler profitare del beneficio.

Se il Contraente ha rinunciato per iscritto al potere di revoca, questa non ha effetto dopo che il Beneficiario ha dichiarato al Contraente di voler profitare del beneficio. La rinuncia del Contraente e la dichiarazione del Beneficiario devono essere comunicate per iscritto all'assicuratore.

Articolo 1922 del Codice Civile "Decadenza del beneficio": disciplina che la designazione del Beneficiario, anche se irrevocabile, non ha effetto qualora il Beneficiario attenti alla vita dell'assicurato. Se la designazione è irrevocabile ed è stata fatta a titolo di liberalità, essa può essere revocata nei casi previsti dall'Articolo 800 del Codice Civile.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito www.gazzettaufficiale.it/anteprima/codici/codiceCivile.

Nel caso di specifiche esigenze di riservatezza del Contraente, lo stesso – qualora abbia designato i Beneficiari in forma nominativa – può indicare un **Referente terzo**. Il Referente Terzo è un soggetto (diverso dai Beneficiari) che la Compagnia potrà contattare in caso di decesso dell'Assicurato per agevolare il pagamento delle prestazioni.

Art. 13 – Valuta

Gli impegni contrattuali, premi e prestazioni assicurate, sono regolati in Euro.

Art. 14 – Tasse e imposte

Le eventuali tasse ed imposte relative al contratto sono a carico del Contraente, dei Beneficiari o degli aventi diritto.

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

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 ricorrere al **procedimento di negoziazione assistita** prevista ai sensi del [D. L. 132/2014](#), convertito con modifiche dalla [L. 162/2014](#), 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 – *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](http://www.gazzettaufficiale.it).



Art. 16 – Non pignorabilità e non sequestrabilità delle prestazioni assicurate

Ai sensi dell'*Art. 1923 del Codice Civile*, le somme dovute dalla Compagnia in relazione ai contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili. Sono salve, rispetto al premio pagato, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (*Art. 1923, comma 2 del Codice Civile*).

Riferimenti a norme di Legge

Articolo 1923 del Codice Civile "Diritti dei creditori e degli eredi": le somme dovute dalla Compagnia al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare. Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni.



Art. 17 – Informativa

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

Le comunicazioni sono disponibili in forma digitale all'interno dell'area riservata del Prodotto, accessibile dalla Home Banking di illimity Bank S.p.A. del Contraente.

Inoltre, con le stesse modalità sopra indicate, entro 60 giorni dalla chiusura di ogni anno solare la Compagnia rende disponibile al Contraente *l'estratto conto annuale* della propria posizione assicurativa.

Esclusioni e carenze della Garanzia Principale in caso di Decesso



Art. 18 – 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.

I Sempreché l'Assicurato abbia reso dichiarazioni corrette e veritiere, e abbia quindi consentito alla Compagnia di valutare correttamente il rischio che si assume, il rischio di decesso è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo le esclusioni sotto riportate ed i periodi di carenza di cui al successivo Art. 19.

I È escluso dalla Garanzia il decesso causato da:

- dolo del Contraente e/o dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di decorrenza del contratto o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;
- patologie derivanti da abuso d'alcool;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

I È inoltre escluso dalla Garanzia il decesso causato da:

- pratica delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incidente o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto alle forze armate se impiegato in missioni all'estero;
- pratica delle seguenti attività sportive: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idroscio e sport estremi in genere.

I In tutti i suddetti casi, ad eccezione del caso di decesso dell'Assicurato causato da dolo del Contraente e/o dei Beneficiari, la Compagnia si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso al posto del capitale assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato causato da dolo del Contraente o dei Beneficiari non è prevista la liquidazione di alcuna prestazione.

I Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato inizi a svolgere una delle attività lavorative/sportive ricomprese negli elenchi sopra riportati, il Contraente è tenuto a darne immediata comunicazione alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata A/R inviata al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia). In tale caso il decesso causato da tali attività si dovrà intendere escluso dalla copertura.

I Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato smetta di svolgere una delle attività lavorative/sportive ricomprese negli elenchi sopra riportati, il Contraente è tenuto a darne immediata comunicazione alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata A/R inviata al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia). In tale caso si intenderà non più operante l'esclusione inizialmente prevista per lo svolgimento delle suddette attività.

I Se l'Assicurato al momento della sottoscrizione della Polizza non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dal contratto, non è prevista alcuna prestazione.



Art. 19 – Clausola di carenza generale

Cos'è la carenza?

È il periodo di tempo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto e l'effettiva decorrenza della garanzia. L'esistenza del periodo di carenza è giustificata dal fatto che la Compagnia intende tutelarsi dalla possibilità di dover pagare la prestazione prevista dalla garanzia a clienti che al momento della stipula del contratto siano già in situazioni di salute precaria o siano già a conoscenza di problematiche da affrontare.

- | Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto e quest'ultimo sia in regola con il pagamento dei premi, non sarà pagato il capitale assicurato di cui al precedente Art. 3 – Prestazione assicurata, ma verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.
- | La Compagnia non applicherà entro i primi 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto la limitazione sopra indicata e pertanto la prestazione assicurata dovuta sarà pari al capitale assicurato indicato in Polizza, qualora il decesso sia conseguenza diretta di:
 - una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
 - shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza;
 - infortunio - intendendosi per tale (fermo quanto disposto dall'Art. 18 – Esclusioni) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso - avvenuto dopo la data di decorrenza.
- | Inoltre qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla data di decorrenza del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, non sarà pagato il capitale assicurato di cui al precedente Art. 3 – Prestazione assicurata, ma verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.
- | Anche se non espressamente previsto dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il suo effettivo stato di salute (con onere a suo carico) ed eliminare il periodo di carenza sopra indicato.
- | Nel caso in cui il Contraente/Assicurato abbia richiesto di eliminare la carenza ma abbia fornito alla Compagnia unicamente il test HIV con esito negativo, rimarrà in essere unicamente la carenza dei 6 mesi sopra riportata.
- | Laddove invece l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica con esito positivo (e si sia sottoposto agli eventuali accertamenti sanitari richiesti), ma non abbia fornito alla Compagnia il Test HIV con esito negativo, la carenza dei 6 mesi non sarà applicabile, ma qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla data di decorrenza del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, non sarà pagato il capitale assicurato, ma verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.
- | Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica con esito positivo (e si sia sottoposto agli eventuali accertamenti sanitari richiesti) ed abbia consegnato alla Compagnia anche gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività con esito negativo (Test HIV con esito negativo), non sarà applicata alcuna carenza e pertanto in caso di decesso verrà liquidato il capitale assicurato.

Garanzia Complementare Facoltativa in caso di decesso da Infortunio



Art. 20 – Prestazioni assicurate

In abbinamento alla prestazione assicurata relativa alla Garanzia Principale è possibile attivare la Garanzia Complementare Facoltativa in caso di decesso da Infortunio.

- | **La Garanzia può essere attivata unicamente in fase di sottoscrizione del contratto e una volta selezionata non può più essere disattivata.**

Tale Garanzia prevede il pagamento ai Beneficiari di un ulteriore capitale che si aggiunge a quello previsto dalla Garanzia Principale, determinato come segue:

- in caso di decesso dell'Assicurato causato da infortunio, sarà liquidato un capitale aggiuntivo di importo pari a quello previsto dalla Garanzia Principale;
- in caso di decesso dell'Assicurato causato da infortunio conseguente ad incidente stradale, sarà liquidato un capitale aggiuntivo di importo pari al doppio del capitale della Garanzia Principale.

Ad esempio: in presenza di un contratto con capitale assicurato della Garanzia Principale pari a 100.000,00 Euro sul quale è stata attivata la Garanzia Complementare Facoltativa Decesso da Infortunio, se il decesso dell'Assicurato avviene nel corso della durata contrattuale a causa di:

- infortunio, sarà liquidata una prestazione assicurata complessiva pari a 200.000,00 Euro (= 100.000,00 Euro della Garanzia Principale + 100.000,00 Euro della Garanzia Complementare Facoltativa Decesso da Infortunio);
- infortunio conseguente ad incidente stradale, sarà liquidata una prestazione assicurata complessiva pari a 300.000,00 Euro (= 100.000,00 Euro della Garanzia Principale + 200.000,00 Euro della Garanzia Complementare Facoltativa Decesso da Infortunio).

- | **La prestazione assicurata può essere richiesta qualora il contratto sia in vigore ed in regola con il pagamento dei premi.**
- | **In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, non è prevista alcuna prestazione da parte della Compagnia ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia stessa.**



Art. 21 – Definizione di infortunio

Agli effetti della Garanzia Complementare Facoltativa, s'intende per:

- **infortunio**, un evento - **avvenuto dopo la data di decorrenza** - dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constabili, che abbiano come conseguenza il decesso dell'Assicurato;
- **infortunio conseguente ad incidente stradale**, quell'infortunio cagionato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione - esclusi quelli ferroviari - che avvenga, **dopo la data di decorrenza**, su strade d'uso pubblico o su aree a queste equiparate nonché su aree private in cui l'Assicurato rimane vittima, che produca all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constabili e tali che abbiano come conseguenza diretta il suo decesso.
- | La presente Garanzia Complementare Facoltativa sarà efficace anche qualora il decesso non sia immediato rispetto all'infortunio, **purché avvenga entro dodici mesi dall'infortunio stesso e la causa del decesso sia provata anatomicopatologicamente.**

Sono compresi in Garanzia:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da inalazione, ingestione e assorbimento, per errore, di sostanze venefiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento, l'assideramento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le infezioni che siano diretta conseguenza di un infortunio;
- gli infortuni conseguenti a stati di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa nonché quelli sofferti dallo stesso - sempreché involontariamente coinvolto - in occasione di tumulti popolari, di aggressioni o di atti violenti, anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale;
- gli infortuni che colpiscono l'Assicurato durante voli effettuati in qualità di passeggero su aeromobili, compresi gli elicotteri, da trasporto pubblico di imprese di linee aeree regolari anche durante i viaggi straordinari e speciali.



Art. 22 – Premio e costi

Le prestazioni assicurate di cui al precedente Art. 20 sono garantite previo pagamento di un premio da parte del Contraente alla Compagnia, comprensivo delle imposte, da versarsi in via anticipata ed alle scadenze pattuite.

Il pagamento del premio viene effettuato:

- all'atto della conclusione del contratto, congiuntamente al pagamento del premio della Garanzia Principale in caso di Decesso;
- per tutta la durata contrattuale, con la medesima periodicità di pagamento stabilita per il premio relativo alla Garanzia Principale.

Il premio relativo al primo anno è dovuto per intero.

Nel caso in cui si verifichi il decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio prima della scadenza contrattuale, non è più dovuto alcun premio da parte del Contraente.

Per le informazioni relative al caricamento gravante sul premio, si rimanda al precedente Art. 6 – Costi della sezione Garanzia Principale in caso di decesso.



Art. 23 – Mancato pagamento del premio e riattivazione

Il mancato pagamento del premio relativo alla presente Garanzia Complementare Facoltativa, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la sospensione delle prestazioni assicurate di cui all'Art. 20. A tale proposito si ricorda che non è possibile sospendere il pagamento del solo premio relativo alla Garanzia Complementare Facoltativa.

A seguito dell'interruzione del pagamento del premio relativo alla Garanzia Principale ed all'eventuale Garanzia Complementare Facoltativa, il Contraente ha facoltà di riattivare il contratto. In particolare, **entro i primi 6 mesi** dalla scadenza della prima rata di premio rimasta insoluta il Contraente ha la facoltà di riattivare il contratto previo pagamento in un'unica soluzione di tutte le rate di premio arretrate – comprese quelle relative alla Garanzia Complementare Facoltativa laddove attivata.

Negli ulteriori 6 mesi la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda presentata per iscritto dal Contraente alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata A/R (invia al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano) ovvero al seguente indirizzo e-mail: operationbanche@helvetia.it, e previa accettazione, a proprio insindacabile giudizio di quest'ultima, che può richiedere all'Assicurato di sottoporsi a visita medica e/o ad eventuali accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito. La Compagnia informerà il Contraente circa l'esito della valutazione della riattivazione e indicherà la somma dei premi da versare in unica soluzione – compresi quelli relativi alla Garanzia Complementare Facoltativa laddove attivata.

La riattivazione del contratto, effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina la prestazione assicurata con effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

I Trascorsi 12 mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il contratto non può più essere riattivato. In assenza di riattivazione il contratto è risolto e nulla è dovuto da parte della Compagnia.



Art. 24 – Rinuncia al diritto di surroga

Cos'è la surrogazione?

Nel diritto assicurativo, per surrogazione si intende l'azione che la Compagnia svolge nei confronti di terzi responsabili di un sinistro, dopo avere pagato l'indennizzo ed in sostituzione del Contraente/Assicurato.

Per questo prodotto la Compagnia ha rinunciato al diritto di subentrare nei diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, di cui all'[Art. 1916 del Codice Civile](#), verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Riferimenti a norme di Legge

Articolo 1916 del Codice Civile "Diritto di surrogazione dell'assicuratore": disciplina che la Compagnia che ha pagato l'indennità è surrogata, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito www.gazzettaufficiale.it/anteprima/codici/codiceCivile.



Art. 25 – Estinzione della Garanzia

La presente Garanzia Complementare si estingue:

- alla scadenza contrattuale;
- in caso di mancato pagamento del premio, trascorsi dodici mesi senza che vi sia stata la ripresa del pagamento del premio stesso (unitamente a quello della Garanzia Principale);
- in caso di decesso dell'Assicurato.



Art. 26 – Rinvio

Per quanto concerne la disciplina di:

- conclusione del contratto, decorrenza, durata e limiti di età;
- recesso;
- dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato;
- beneficiari;
- tasse e imposte;
- foro competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie;

si rinvia al contenuto degli specifici articoli delle Condizioni contrattuali della Garanzia Principale in caso di Decesso, fermo restando che la designazione dei Beneficiari della Garanzia Principale è valida anche per la presente Garanzia Complementare Facoltativa.

Esclusioni della Garanzia Complementare Facoltativa in caso di decesso da Infortunio



Art. 27 – Esclusioni

- | La presente Garanzia Complementare Facoltativa non è operante quando l'infortunio mortale dipenda, direttamente o indirettamente, da:
 - dolo del Contraente o dei Beneficiari;
 - partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
 - atti temerari intrapresi dall'Assicurato;
 - partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
 - incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
 - stati di ubriachezza dell'Assicurato nel caso questi rimanga vittima come conducente di veicoli o natanti a motore;
 - uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
 - decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.
- | In tutti i suddetti casi non è prevista la liquidazione di alcuna prestazione.
- | È inoltre escluso dalla presente Garanzia Complementare Facoltativa anche l'infortunio mortale che deriva dalla pratica delle professioni o delle attività sportive indicate all'Art. 18 – Esclusioni.

Cosa fare per richiedere la liquidazione delle prestazioni



Art. 28 – Pagamento della Compagnia in caso di decesso dell'Assicurato

La richiesta di liquidazione dovrà essere inviata direttamente alla Compagnia al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo allegato alle presenti Condizioni contrattuali), a mezzo lettera raccomandata A/R 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.

In particolare, i documenti da presentare per la liquidazione del capitale assicurato in caso di decesso sono:

- denuncia di sinistro, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato;
 - consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto in caso di decesso (Reg. UE 679/2016);
 - dati anagrafico fiscale degli aventi diritto e loro coordinate bancarie per le operazioni di accredito (nome, cognome, codice fiscale, Banca e coordinate bancarie - codice IBAN - di ciascun avente diritto). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale da ciascun avente diritto;
 - copia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale di ciascun avente diritto;
 - 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 emesso dall'ASL;
 - documentazione attestante la designazione dei Beneficiari quale:
 - **in caso di designazione effettuata facendo riferimento alla qualità di eredi legittimi o testamentari**, atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicato:
 - se il Contraente ha lasciato o meno testamento. In caso di esistenza di testamento, deve esserne inviata copia autenticata e l'atto di notorietà deve riportarne gli estremi precisando che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
 - quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire.
 - Potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;
 - **in caso di designazione effettuata con riferimento a un soggetto specificamente individuato**:
 - se è presente un testamento:
 - copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà;
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria piena responsabilità:
 1. quali sono i Beneficiari;
 2. che il Beneficiario ha effettuato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico;
 3. o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido;
 4. che non sono state mosse contestazioni relative al testamento o ai testamenti;
 5. che oltre ai Beneficiari menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri;
 6. che nel testamento non sono presenti revoche o modifiche della designazione dei Beneficiari;
 7. quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
 - se non è presente un testamento:
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria piena responsabilità:
 1. che il Beneficiario ha effettuato ogni tentativo ed ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie;
 2. l'indicazione di tutte le persone nominate come Beneficiari;
 3. quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
 - qualora gli aventi diritto risultino minorenni o incapaci, Decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo al Legale Rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Compagnia da ogni responsabilità relativa al pagamento nonché all'eventuale reimpegno della somma stessa;
 - in caso di polizza a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario;
 - relazione del medico curante redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Compagnia e, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
 - 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 conseguente ad infortunio, omicidio o suicidio.
- ! La Compagnia potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.
- ! Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.
- ! ATTENZIONE: le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

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

Verificata la sussistenza dell'obbligo al pagamento, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta completa di tutta la documentazione sopra riportata.

Decorsi i termini sopra riportati sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aenti diritto. Gli interessi sono calcolati, nella misura degli interessi legali in vigore, a partire dal giorno in cui la Compagnia è entrata in possesso della documentazione completa.

- | Si ricorda che il *Codice Civile (Art. 2952)* dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si estinguono dopo dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (prescrizione). Qualora i Beneficiari 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.

Riferimenti a norme di Legge

Il Regolamento UE 679/2016: contiene le norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Per consultare il testo integrale della normativa si rinvia al sito: <https://www.garanteprivacy.it/il-testo-del-regolamento>.

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

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/anteprima/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 riscosse dai Beneficiari e che giacciono presso le imprese in attesa che ne venga richiesta la liquidazione dagli aenti diritto o, in caso contrario, della prescrizione.

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

**Art. 29 – Pagamenti della Compagnia in caso di decesso dell'Assicurato causato da infortunio**

La richiesta di liquidazione dovrà essere inviata direttamente alla Compagnia al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo allegato alle presenti Condizioni contrattuali), a mezzo lettera raccomandata A/R 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.

In particolare devono essere consegnati sia i documenti previsti in riferimento alla liquidazione della prestazione della Garanzia Principale, indicati al precedente Art. 28 – Pagamento della Compagnia in caso di decesso dell'Assicurato, sia quelli di seguito indicati:

- documento contenente le seguenti informazioni: luogo, giorno e ora dell'infortunio, nonché cause, circostanze ed eventuali testimoni dell'infortunio stesso al fine di comprovare che il decesso è conseguente a quel infortunio;
 - certificazione medica (copia di esami specialistici, copia integrale di tutte le cartelle cliniche relative agli eventuali ricoveri subiti, ecc.) relativa alla natura, decorso, conseguenze dell'infortunio che attestino che il decesso sia conseguenza diretta all'infortunio stesso.
- | Qualora l'esame della suddetta documentazione dovesse evidenziare situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aenti diritto, la Compagnia può richiedere tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie che sarà individuata e comunicata caso per caso dalla stessa.
- | Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aenti diritto.
- | Gli aenti diritto dovranno consentire alla Compagnia lo svolgimento delle indagini ed autorizzare i medici, intervenuti dopo l'infortunio, a dare le informazioni che fossero richieste.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento della presente Garanzia Complementare Facoltativa, la Compagnia provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro un termine di trenta giorni dalla data di ricevimento della richiesta completa di tutta la documentazione sopra indicata. Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto. Gli interessi sono calcolati, nella misura degli interessi legali in vigore, a partire dal giorno in cui la Compagnia è entrata in possesso della documentazione completa.

Modulo di richiesta per liquidazione sinistro

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

Spedire a: Helvetia Vita S.p.A.
 Gestione Operativa - Canale Banche
 Via G.B: Cassinis 21
 20139 Milano (MI)

Polizza n.: _____

Helvetia E-Protection

Istituto Bancario: _____

Contraente: _____

Modalità di pagamento

Bonifico sul conto corrente n° _____ intestato a: _____

presso: _____ IBAN: _____

BIC: _____

**A. Con la presente si chiede il pagamento della prestazione assicurata relativa alla polizza in oggetto per:
 barrare la casella prescelta**

DECESSO DELL'ASSICURATO

DECESSO CAUSATO DA INFORTUNIO

Si allegano i documenti (necessari quelli per i quali, in base al tipo di prestazione richiesta, è riportata nel prospetto la voce "SI", che deve essere barrata per ogni documento che viene allegato) di cui agli Artt. 28 e 29 delle Condizioni contrattuali	Decesso*	Decesso da infortunio*
Dati anagrafico fiscali degli aventi diritto (nome, cognome e codice fiscale di ciascun avente diritto)	SI	SI
Certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice	SI	SI
Certificato medico attestante la causa del decesso o Scheda di Morte ISTAT emessa dall'ASL	SI	SI
Copia leggibile del codice fiscale e di un valido documento di identità degli aventi diritto e consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto	SI	SI
In caso di aventi diritto minorenni o incapaci, copia autenticata del Decreto del Giudice Tutelare contenente l'autorizzazione in capo al legale rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Compagnia da ogni responsabilità relativa al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa	SI	SI
Denuncia, tramite lettera raccomandata, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato o, con riferimento alle coperture complementari ITP e malattia grave, entro 15 giorni dall'epoca di insorgenza della malattia o di accadimento dell'infarto o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità	SI	SI
Atto di notorietà (ovvero dichiarazione sostitutiva a norma di quanto previsto dalle Condizioni contrattuali) per l'individuazione degli aventi diritto (da cui risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento) o testamento dell'Assicurato	SI	SI
Relazione del medico curante dell'Assicurato circa le cause del decesso ed eventuali precedenti patologici	SI	SI
Copia integrale cartella clinica relativa ad eventuali ricoveri dell'Assicurato presso Ospedali e/o Case di Cura	SI	SI
Copia integrale degli atti della Polizia Giudiziaria intervenuta se il decesso è connesso a causa violenta	SI	SI
Certificazione medica (copia di esami specialistici, copia integrale di tutte le cartelle cliniche relative agli eventuali ricoveri subiti, ecc.) relativa alla natura, decorso, conseguenze dell'infarto ai fini dell'accertamento del decesso dovuto all'infarto stesso		SI
Luogo, giorno e ora dell'infarto, nonché cause, circostanze ed eventuali testimoni dell'infarto stesso al fine di comprovare che il decesso è conseguente a quel infarto		SI
In caso di polizza a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario	SI	SI

* Con riferimento ai documenti sopra riportati sarà cura della Compagnia non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e sempreché risultati ancora in corso di validità.

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

La Compagnia potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

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

Luogo e data

Firme degli aventi diritto

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 Proposta-Polizza.

CONSENTO 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 all'informativa, compresa la loro comunicazione.

Data _____

Firma di ogni Interessato

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

Glossario

Anno/i (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 forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia ed il Contraente.

Assicurato/i: persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che per questo prodotto deve coincidere con il Contraente.

Beneficiario/i: persona fisica o giuridica, designata nel contratto o con successiva dichiarazione scritta comunicata alla Compagnia o per testamento (art. 1920 c.c.) e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

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

Capitale assicurato: somma che sarà liquidata al/i Beneficiario/i in caso si verifichi l'evento assicurato previsto dalle singole Garanzie prestate nel corso della durata contrattuale.

Carenza: è il periodo durante il quale non sono efficaci le coperture assicurative. Il periodo di carenza decorre dal momento di decorrenza delle coperture assicurative stesse.

Cessione, Pegno e Vincolo: condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario. Per questo prodotto la cessione non è ammessa.

Compagnia: società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione. Per questo contratto la Compagnia è Helvetia Vita S.p.A.

Condizioni contrattuali (o di assicurazione): insieme delle norme e delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi: insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello del Contraente.

Conto corrente (del Contraente): è il conto corrente di cui è titolare o contitolare il Contraente.

Contraente: persona fisica che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

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 (o spese): oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati.

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.

Data di conclusione del contratto: è la data di perfezionamento del contratto assicurativo.

Data di decorrenza (del contratto): è la data a partire dalla quale sono efficaci le coperture assicurative previste e le relative prestazioni.

Dichiarazioni (precontrattuali): informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

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.

Distributore: qualsiasi intermediario assicurativo, intermediario assicurativo a titolo accessorio e impresa di assicurazione o riassicurazione.

Durata contrattuale: è il periodo durante il quale le coperture assicurative hanno efficacia.

Durata pagamento premi: è il periodo durante il quale il Contraente deve versare il premio pattuito. La durata pagamento premi coincide con la durata contrattuale.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Estratto conto annuale: riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione.

Età assicurativa: è l'età (dell'Assicurato) ad una data epoca calcolata maggiorando di un anno l'età compiuta in anni interi se la frazione di anno trascorsa dall'ultimo compleanno all'epoca di computo è almeno pari ai sei mesi. In caso contrario è pari all'età esatta all'epoca di computo stessa.

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.

Garanzia/e Complementare/i: sono le garanzie che possono essere abbinate, facoltativamente, alla Garanzia Principale, per il presente contratto è la Garanzia Complementare Facoltativa in caso di decesso da Infortunio.

Garanzia Principale: garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurata ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato; ad essa possono essere abbinate altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari.

Interessi di frazionamento: in caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata. Per questo contratto non sono previsti interessi di frazionamento.

Intermediario: qualsiasi persona fisica o giuridica, diversa da un'impresa di assicurazione o riassicurazione o da un dipendente della stessa e diversa da un intermediario assicurativo a titolo accessorio, che avvii o svolga a titolo oneroso l'attività di distribuzione assicurativa.

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 perseguitando la sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione e riassicurazione e la loro trasparenza e correttezza nei confronti della clientela.

Limiti territoriali: spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

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

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

Non pignorabilità e non sequestrabilità: principio secondo cui le somme dovute dalla Compagnia al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Pegno: vedi: "Cessione, Pegno e Vincolo".

Persone Politicamente Esposte: ai sensi dell'art.1 del D. Lgs. n. 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;
 - d) 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;
 - e) membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
 - f) ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
 - g) 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;
 - h) direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
 - i) 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.

Polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio annuo: importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.

Premio di rata o frazionato: parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni mese. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale la Compagnia può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.

Prestazione/i assicurata/e: somma/e pagabile/i sotto forma di capitale che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Prodotti 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.

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

Questionario Sanitario e Stile di Vita (Questionario Assuntivo): moduli costituiti da domande sullo stato di salute e/o sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Recesso (o ripensamento): diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

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.

Ricorrenza annuale: l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Rischio demografico: rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita; infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurata.

Riserva matematica: importo che deve essere accantonato dalla Compagnia per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle Compagnie particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Semestre (semestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

SEPA Direct Debit Core: disposizione automatica di addebito in Euro dei premi sul conto corrente del Contraente, attivata dalla Compagnia (credитore) in virtù di un mandato sottoscritto dal Contraente stesso (debitore).

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 contrattuali comprensive di Glossario e dalla Proposta di Assicurazione in facsimile.

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

Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Sovrappremio: maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrapremio sanitario), nel caso in cui l'Assicurato adotti abitudini/pratiche che possano incidere significativamente sul rischio (sovrapremio stile di vita), oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrapremio professionale o sportivo).

Titolare effettivo: ai sensi dell'Art. 20 del D. Lgs. n. 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, possiedano 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.

Valuta (di denominazione): valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

Vincolo: vedi "Cessione e Pegno".

Polizza Helvetia E-Protection (Tariffa1400)

Prodotto assicurativo vita, diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, di tipo temporaneo in caso di decesso a capitale e a premio annuo costanti con Garanzia Complementare Facoltativa abbinabile

La Polizza è stata aggiornata al 30 Novembre 2020, data dell'ultima revisione dei dati in essa inclusi.

N. Polizza

CONTRAENTE

Nome e Cognome:
Residenza:
Sesso: Nato il: a:
Nazionalità: Codice fiscale:
Documento identificativo:
Data rilascio:
Ente e luogo rilascio:
Indirizzo di posta elettronica:
Recapito per la corrispondenza:

ASSICURATO

Nome e Cognome:
Residenza:
Sesso: Nato il: a:
Nazionalità: Codice fiscale:

CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

Tariffa: - Assicurato Non Fumatore/Fumatore
Data di conclusione del contratto: le ore 24.00 del
Data di decorrenza delle coperture assicurative: le ore 24.00 del
Durata contrattuale: anni
Durata pagamento premi: anni
Data di scadenza del contratto: le ore 24.00 del

GARANZIE E CAPITALE ASICURATO

Garanzia Principale in caso di Decesso dell'Assicurato
Capitale assicurato in caso di decesso: Euro

Clausola di carenza applicabile

Garanzia Complementare operante

Garanzia Complementare non operante

PREMIO

Premio annuo costante: Euro

Da pagarsi in rate di Euro con periodicità fino al

Frazionamento:

Premio di rata: Euro

di cui:

Premio per la Garanzia Principale in caso di Decesso dell'Assicurato: Euro

Fermo restando l'importo massimo di detrazione su base annua fissato dalla normativa in vigore, la componente del premio rilevante ai fini della detraibilità fiscale IRPEF è pari a Euro:

(maggiori dettagli al riguardo sono contenuti nella sezione "Regime fiscale" del DIP Aggiuntivo Vita)

Polizza Helvetia E-Protection (Tariffa1400)

Prodotto assicurativo vita, diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, di tipo temporaneo in caso di decesso a capitale e a premio annuo costanti con Garanzia Complementare Facoltativa abbinabile

N. Polizza

DIRITTO DI REVOCA DEL CONTRAENTE

Non previsto.

DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE

Il Contraente ha diritto di recedere entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, dandone comunicazione scritta direttamente in Compagnia, mediante 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 (numero di Polizza, nome e cognome 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 spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso completa di tutta la documentazione richiesta all'Art. 7 delle Condizioni contrattuali, la Compagnia rimborserà al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle spese di emissione, forfettariamente quantificate in **25 Euro**. La Compagnia può inoltre trattenere la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

MEZZI DI PAGAMENTO

Il pagamento dei premi deve essere effettuato dal Contraente tramite:

- carta di debito illimity;
- carta di credito illimity;

fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente e sull'Intermediario rispettivamente per la parte di propria competenza determinata in ragione dello strumento di pagamento prescelto e dei relativi accordi con i prestatori del servizio.

In caso di cessazione del rapporto del Contraente con la Banca presso cui è stato stipulato il contratto, i successivi premi andranno versati tramite SEPA Direct Debit Core sul conto corrente che sarà comunicato dalla Compagnia contestualmente all'invio del modulo di attivazione del SEPA.

È escluso il pagamento dei premi in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.

COPIA PER

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il sottoscritto _____ Contraente della presente Polizza N._____ autorizza il pagamento del premio di perfezionamento della stessa per un importo di Euro _____ con valuta del _____ a favore di Helvetia Vita S.p.A..

Il sottoscritto autorizza inoltre il pagamento delle rate di premio successive, previste nel piano dei versamenti sopra riportato, utilizzando la medesima modalità di versamento selezionata per la prima rata.

_____ Firma del Contraente

DESIGNAZIONE BENEFICIARIA

In caso di decesso o in caso di decesso dovuto ad infortunio dell'Assicurato:

1) % Nome e Cognome/Ragione Sociale:

Data di nascita:

Codice Fiscale/P.IVA:

Indirizzo recapito:

Tel:

Città:

Prov.:

Nazione:

Avvertenza: in caso di mancata compilazione dei campi relativi ai Beneficiari designati in forma nominativa la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari. La modifica e la revoca di questi ultimi deve essere comunicata alla Compagnia.

REFERENTE TERZO (da compilare in caso di particolari esigenze di riservatezza del Contraente)

Cognome e Nome:

Codice Fiscale:

Indirizzo recapito:

Tel. Fisso:

Cell.:

E-mail:

Polizza Helvetia E-Protection (Tariffa1400)

Prodotto assicurativo vita, diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, di tipo temporaneo in caso di decesso a capitale e a premio annuo costanti con Garanzia Complementare Facoltativa abbinabile

N. Polizza

DICHIARAZIONI

Dopo attenta verifica, il sottoscritto Contraente/Assicurato:

- **dichiara** di essere al corrente che non sono ammessi mezzi e modalità di pagamento diversi da quelli previsti;
- **dichiara** di accettare integralmente il contenuto delle Condizioni contrattuali, 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 costituiscono elemento fondamentale per la stipula della polizza e pertanto **dichiara**, ad ogni effetto di legge, di aver risposto con esattezza e veridicità, di non aver tacito o alterato alcuna circostanza in relazione alle domande del Questionario Assuntivo, assumendosi quindi ogni responsabilità in merito agli stessi;
- **libera** dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni si è ricorso o dovesse ricorrere, prima e dopo la sottoscrizione della presente Polizza, nonché gli ospedali, le case di cura, le cliniche, gli enti e istituti in genere, pubblici e privati, in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino e ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Compagnia e/o gli aenti diritto ritenessero opportuno rivolgersi, autorizzandoli espressamente a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione;
- **dichiara** che la sottoscrizione del presente contratto non viene posta come condizione obbligatoria all'ottenimento di un mutuo immobiliare o altro credito al consumo.

Il sottoscritto esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'Art. 1919 del Codice Civile, e dichiara di aver scelto di ricevere il Set Informativo composto da: DIP Vita Mod. 318 – Ed. 11/2020, DIP Aggiuntivo Vita Mod. 318 – Ed. 11/2020 e Condizioni contrattuali comprensive di Glossario Mod. 318 – Ed. 11/2020 tramite e-mail all'indirizzo _____, di averlo ricevuto e di aver preso visione del relativo contenuto.

COPIA PER

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) e può comunque essere richiesta anche in formato cartaceo.

Il sottoscritto inoltre prende atto che:

- le dichiarazioni non veritiero, inesatte o reticenti richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del contratto, deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni relative al suo stato di salute e stile di vita, riportate nel documento denominato "Questionario Assuntivo" allegato alla presente Polizza;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, successivamente alla sottoscrizione del contratto, può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute sostenendone direttamente i costi, non quantificabili a priori in quanto dipendenti dalla tariffa applicata e dalla struttura medica liberamente scelta.

Firma del Contraente

Io sottoscritto Contraente dichiaro di approvare specificatamente, ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, gli articoli delle sopraindicate Condizioni contrattuali di seguito riportati:

- Condizioni contrattuali della Garanzia Principale in caso di Decesso e Modalità assuntive: Art. 2 - Stato tabagico, Art. 3 - Prestazione Assicurata, Art. 8 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato, Art. 18 - Esclusioni, Art. 19 - Clausola di carenza generale;
- Condizioni contrattuali della Garanzia Complementare Facoltativa in caso decesso da Infortunio: Art. 27 - Esclusioni.

Milano, il

Firma del Contraente

Polizza Helvetia E-Protection (Tariffa1400)

Prodotto assicurativo vita, diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, di tipo temporaneo in caso di decesso a capitale e a premio annuo costanti con Garanzia Complementare Facoltativa abbinabile

N. Polizza

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.

Milano, il

_____ Firma dell'Interessato/ Contraente

Consenso al trattamento di 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 all'informativa, compresa la loro comunicazione.

Milano, il

_____ Firma dell'Interessato/ Contraente

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

Si ricorda che la presente Polizza, il Questionario di Coerenza, il Questionario Assuntivo ed il Modulo Antiriciclaggio, inviati dalla Compagnia su supporto durevole (all'indirizzo e-mail fornito dal Contraente), dovranno essere sottoscritti dal Contraente/Assicurato in tutti i campi che lo prevedono e restituiti alla Compagnia stessa tramite lettera raccomandata A/R al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano.

In ogni caso 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.