La tua Assicurazione svizzera

Helvetia Nuova Omnia Decrescente – Versione Unico

Tariffa 514 Fumatore
Tariffa 515 Non-Fumatore

Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, di tipo temporaneo in caso di morte, a capitale annualmente decrescente ed a premio unico

Il presente **Set informativo** (Mod. C-SI-OD-1 Ed. 06/2026) è composto da:

- **Dip Vita** – Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativo;
- **Dip Aggiuntivo Vita** – Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativo;
- **Condizioni contrattuali** comprensive di **Glossario**. Le Condizioni contrattuali sono redatte a norma di quanto previsto dalle Linee Guida contratti chiari e comprensibili del Tavolo Tecnico dell'Associazione Nazionale Italiana Assicuratori (ANIA);
- **Fac-simile della Polizza**.

Il Set Informativo deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Polizza.

Helvetia Nuova Omnia Decrescente – Versione Unico è un prodotto di Helvetia Vita S.p.A. – Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.

Helvetia Vita S.p.A.
Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.
Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
Tel. 02 5351 1 – Fax 02 537289
PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it – www.helvetia.it

Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia – Capitale Sociale € 47.594.000 i.v. – Società con Socio Unico
N° iscrizione Reg. Imprese di Milano, C.F. e P.I. 03215010962 – R.E.A. n° 1882793
Imp. Autor. all'eser. delle ass. sulla Vita con Provv. ISVAP n° 1979 del 4/12/2001
(G.U. n° 288 del 12/12/2001)
Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n° 1.00142 - Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n° d'ordine 031

Assicurazione Temporanea in caso di 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 Nuova Omnia Decrescente – Versione Unico
(Tariffa 514 Fumatore e Tariffa 515 Non-Fumatore)

Data di aggiornamento: 03 Giugno 2026
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 Nuova Omnia Decrescente – Versione Unico è un'assicurazione sulla vita temporanea in caso di decesso a capitale decrescente e premio unico, che in caso di decesso dell'Assicurato, 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).

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Il prodotto prevede la seguente tipologia di prestazione:

✓ **Prestazione in caso di Decesso dell'Assicurato**
In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima della scadenza contrattuale, la Società corrisponde ai Beneficiari designati dal Contraente il capitale assicurato iniziale (indicato in polizza), diminuito di un importo costante per quanti sono gli anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza del contratto alla data del decesso.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto, non è prevista alcuna prestazione ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

Che cosa NON è assicurato?

Non è assicurabile:
- × la persona fisica che, in qualità di Assicurato, alla data di decorrenza abbia un'età inferiore a 18 anni compiuti o superiore ai 75 anni assicurativi e che, in ogni caso, superi gli 85 anni assicurativi alla scadenza contrattuale;
- × la persona fisica non residente in Italia;
- × il decesso che si sia verificato fuori dal periodo in cui la Garanzia è efficace.

Ci sono limiti di copertura?

Con riferimento alla Garanzia in caso di decesso è escluso 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.

Sono presenti, inoltre, periodi di carenza e ulteriori specifiche esclusioni.

	Si rinvia alla sezione "Ci sono limiti di copertura?" del Dip Aggiuntivo Vita per le informazioni di dettaglio.

Dove vale la copertura?

La prestazione assicurativa è garantita senza limiti territoriali, fermo quanto riportato nella sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP Aggiuntivo Vita.

Che obblighi ho?

Il Contraente è tenuto, unitamente all'Assicurato se persona diversa, a dare immediata comunicazione alla Società qualora nel corso della durata contrattuale:

- modifichi le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente;
- modifichi il proprio status tabagico iniziando a fumare (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro).

In tali casi la Società può, rispettivamente:

- **ridurre la prestazione assicurata in proporzione della differenza tra il premio unico versato e quello che sarebbe risultato dall'applicazione del sovrappremio previsto per ricomprendere tali attività nella copertura in caso di decesso. A tale somma viene poi applicata la decrescenza;**
- **annullare il contratto e restituire la riserva matematica accantonata, ferma la disponibilità di emettere un nuovo contratto con tariffa e parametri aggiornati.**

La richiesta di liquidazione dovrà essere consegnata all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il contratto, ovvero inviata alla Società in forma scritta – anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo allegato alle Condizioni contrattuali (Modulo di richiesta per liquidazione sinistro) – via e-mail a HVliquid@helvetia.it o a mezzo lettera raccomandata A/R corredata dai documenti richiesti, riportati anche all'interno del suddetto modulo.

Quando e come devo pagare?

Il prodotto prevede il pagamento di un premio unico determinato dalla Società 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 ed al capitale assicurato.

Il pagamento del premio viene effettuato presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite: assegno bancario/postale non trasferibile intestato all'Intermediario; bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario; bollettino postale sul conto corrente dell'Intermediario; carta di debito/credito presso l'Intermediario se accettata dall'Intermediario, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente applicabile; **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.**

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata del contratto (intesa come l'arco di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e quella di scadenza) può essere fissata, a scelta del Contraente, tra 1 e 30 anni, fermi i limiti massimi di età dell'Assicurato a scadenza.

Il contratto si intende concluso nel momento in cui vengono apposte sulla polizza le firme della Società e del Contraente (nonché dell'Assicurato - se persona diversa dal Contraente) e quest'ultimo provvede contestualmente al pagamento del premio unico.
A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto, le prestazioni assicurate sono operanti dalle ore 24:00 del giorno indicato sulla polizza quale data di decorrenza, fermi restando i periodi di carenza previsti.

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

Il diritto di revoca non è previsto.

Il Contraente può esercitare il recesso **entro 30 giorni** dalla conclusione del contratto.

Sono previsti riscatti o riduzioni? □ SI X NO

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

Assicurazione Temporanea in caso di morte

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

Helvetia Nuova Omnia Decrescente – Versione Unico

Data di aggiornamento: 03 Giugno 2026
Il presente DIP Aggiuntivo Vita rappresenta l'ultima versione disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni contrattuali prima della sottoscrizione del contratto.

Società

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 Provv. ISVAP n. 1979 del 4 Dicembre 2001 (G. U. del 12 Dicembre 2001 n. 288) ed è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n. 1.00142.

Con riferimento all'ultimo bilancio di esercizio approvato (bilancio al 31 dicembre 2025) il patrimonio netto della Società è pari a 300.463.884,43 Euro. Il risultato economico del periodo è invece pari a 2.594.864,74 Euro.

Con riferimento alla situazione di solvibilità, il valore dell'indice di solvibilità (Solvency Capital Ratio) al 31 dicembre 2025 è pari al 264,28%. La relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria della Società (SFCR) è disponibile sul sito internet della stessa ed è consultabile al seguente indirizzo: www.helvetia.it/solvencyII.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Ci sono limiti di copertura?

! **Ulteriori esclusioni della Garanzia in caso di decesso dell'Assicurato**

! **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 idrosci 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.

La Società può tuttavia valutare le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente, dall'Assicurato e dichiarate prima della conclusione del contratto:

- **includendo le medesime nella copertura, a fronte di una eventuale applicazione di uno specifico sovrappremio aggiuntivo, risultante da specifica clausola riportata in polizza o in apposita appendice; o, in alternativa,**
- **escludendo dalla copertura il decesso causato dalla pratica di tali attività, risultante da specifica clausola riportata in polizza o in apposita appendice.**

In tutti i casi di esclusione, ad eccezione del caso di decesso dell'Assicurato causato da dolo del Contraente e/o dei Beneficiari, la Società 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.

! **Periodi di carenza della prestazione in caso di Decesso in caso di polizze senza visita medica**

! **Clausola di carenza generale**

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto, il capitale assicurato non sarà pagato ed al suo posto verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata alla data del decesso.

La Società 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 corporale 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 conclusione del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato ed al suo posto verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.

! **Clausola di carenza ridotta** (per il caso in cui l'Assicurato fornisca alla Società test HIV con esito negativo)
Vale quanto indicato al precedente paragrafo "Clausola di carenza generale", ad eccezione dell'ultimo capoverso che viene omesso.

! **Periodi di carenza della prestazione in caso di Decesso in caso di polizze con visita medica**

! **Clausola di carenza settennale per decesso dovuto ad infezione da HIV** (per il caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, ma non abbia fornito alla Società test HIV con esito negativo).
Considerato che l'Assicurato non ha fornito alla Società test HIV con esito negativo, rimane convenuto che qualora il decesso dello stesso avvenga entro i primi 7 anni dalla data di decorrenza del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la prestazione assicurata non sarà pagata ed al suo posto verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.

A chi è rivolto questo prodotto?

Target Market Positivo: Il prodotto è rivolto ad un pubblico indistinto di soggetti così definito al momento della sottoscrizione:
A) investitori persone fisiche residenti in Italia:
- Contraenti: di età almeno pari a 18 anni compiuti;
- Assicurati: di età almeno pari a 18 anni compiuti e non superiori a 85 anni assicurativi;

B) investitori Persone Giuridiche aventi sede legale in Italia;
interessati ad una copertura sulla vita che permetta di garantire, ai beneficiari designati, un tenore di vita pari a quello condotto durante la vita dell'Assicurato qualora si verifichi il decesso dello stesso nel corso della durata contrattuale.
Il cliente in target desidera assicurare una prestazione che decresce annualmente di un importo costante e che si costituisce mediante il pagamento di un premio unico.

Target Market Negativo: Il prodotto non è destinato ad una tipologia di clientela che intenda riscattare il capitale nel corso della durata e/o che si attenda la corresponsione di un capitale alla scadenza del contratto.

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 indipendentemente dall'età e dal sesso dell'Assicurato, dalla durata contrattuale, dall'importo e relativo frazionamento)	**Tariffa 514 Fumatore**	20,00%
	Tariffa 515 Non-Fumatore	20,00%

Le spese per accertamenti sanitari, anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, sono a carico dell'Assicurato ed il relativo costo non è quantificabile a priori, in quanto dipende dalle tariffe applicate dalla struttura medica liberamente scelta dall'Assicurato.
Per capitali assicurati superiori ad Euro 500.000, invece, le relative spese sono a carico della Società, a condizione che gli stessi vengano svolti presso centri medici convenzionati.

Tabella sui costi per riscatto: non presenti perché il riscatto non è possibile.
Tabella sui costi per l'erogazione della rendita: non presenti perché rendita non prevista.
Costi per l'esercizio delle opzioni: non presenti, perché non vi sono opzioni previste.
Costi di intermediazione: la quota parte retrocessa agli Intermediari con riferimento **all'intero flusso commissionale** relativo al prodotto è **pari al 49,99%**.
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	Il Cliente può inoltrare il reclamo per iscritto alla Società, per contestazioni relative al contratto e alla sua esecuzione, nonché per quanto riguarda il comportamento tenuto dagli Agenti (e relativi dipendenti e collaboratori di cui la stessa si avvale), scrivendo a: Helvetia Vita S.p.A., Ufficio Reclami, via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano, e-mail: reclami@helvetia.it, e-mail PEC: reclami.helvetiavita@actaliscertymail.it. Se il reclamo riguarda il comportamento tenuto dall'Agente, è anche possibile inviarlo direttamente all'Agente stesso. In questi casi, la Compagnia fornisce riscontro entro il termine di 45 giorni dal ricevimento del reclamo, eventualmente sospeso, per massimo 15 giorni, per integrazioni da parte dall'Agente. I reclami relativi al comportamento di Broker devono essere inoltrati, per iscritto, direttamente ai recapiti indicati nei siti internet degli stessi. Per maggiori dettagli sulle modalità di presentazione dei reclami si rimanda al sito della Società www.helvetia.it nonché al sito dei Broker.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, Fax 06.42133206, PEC: **ivass@pec.ivass.it**, info su: **www.ivass.it**, anche con il modello ivi disponibile.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'**Arbitro Assicurativo** tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it** (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita (facoltativa)	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione elle controversie (facoltativa)	**Procedura FIN-NET:** per la risoluzione delle liti transfrontaliere di cui sia parte, il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/fin-net_en, chiedendo l'attivazione della Procedura. Tramite il sito internet della Società (www.helvetia.it – Reclami) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione della suddetta procedura.

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 per i premi relativi alla Garanzia in caso di Decesso dell'Assicurato. **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, 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. Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, laddove persona diversa dal Contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo. Qualora il Contraente sia una Persona Giuridica vale quanto disciplinato dalle norme di legge. **Tassazione delle prestazioni assicurate** Le somme dovute dalla Società in dipendenza del contratto sono esenti da imposizione fiscale, laddove corrisposte a persona fisica. Se corrisposte a soggetti che esercitano attività di impresa, costituiscono reddito di impresa e la Società non applica alcuna ritenuta. Le somme liquidate in caso di decesso dell'Assicurato sono inoltre esenti dall'imposta sulle successioni.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

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

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 Nuova Omnia Decrescente – Versione Unico

Tariffa 514 Fumatore e Tariffa 515 Non-Fumatore

Assicurazione temporanea in caso di morte

Condizioni contrattuali
Mod. C-SI-OD-1 Ed. 06/2026

Le presenti Condizioni contrattuali sono aggiornate al 03 Giugno 2026, data dell'ultima revisione dei dati in esse inclusi.

Le Condizioni contrattuali sono redatte secondo quanto previsto dalle Linee Guida contratti chiari e comprensibili del Tavolo Tecnico dell'Associazione Nazionale Italiana Assicuratori (ANIA)

Helvetia Vita S.p.A.
Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.
Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
Tel. 02 5351 1 – Fax 02 537289
PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it – www.helvetia.it

Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA,
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia – Capitale Sociale € 47.594.000 i.v. – Società con Socio Unico
N° iscrizione Reg. Imprese di Milano, C.F. e P.I. 03215010962 – R.E.A. n° 1882793
Imp. Autor. all'eser. delle ass. sulla Vita con Provv. ISVAP n° 1979 del 4/12/2001
(G.U. n° 288 del 12/12/2001)
Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n° 1.00142 - Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n° d'ordine 031

GUIDA ALLA CONSULTAZIONE DEL DOCUMENTO

1. All'interno delle Condizioni contrattuali sono presenti i riquadri, di seguito riportati, differenziati per colore e stile del bordo per facilitare la comprensione del testo e del funzionamento del prodotto.

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

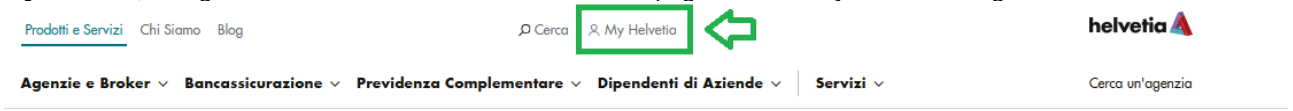
Questi riquadri contengono i riferimenti alle norme di Legge.

Questi riquadri contengono un esempio dei calcoli matematici previsti nel contratto.

2. Le **clausole contrattuale** che prevedono oneri e obblighi 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.
3. Il **Glossario** riporta le definizioni di tutti i termini tecnici contenuti nell'intero Set Informativo.

AREA RISERVATA – "MY HELVETIA"

Dopo la sottoscrizione del contratto puoi registrarti gratuitamente all'Area Riservata (c.d. Home Insurance) denominata **My Helvetia**, collegandoti al sito www.helvetia.it. Nella home page clicca su My Helvetia e segui le istruzioni indicate.



All'interno di My Helvetia potrai consultare le tue polizze, scaricare i Set Informativi e richiedere una serie di operazioni come, ad esempio, la modifica dei tuoi dati personali o dei beneficiari o il cambio dei beneficiari.

CONTATTI UTILI

☎ Numero Verde 800.909650

Attivo dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 18:00
(coerentemente con il calendario delle festività nazionali e chiusure della Società)

Cosa devi fare?	Come farlo e a chi puoi rivolgerti
Recedere dal contratto	Devi mandare una comunicazione di recesso con raccomandata A/R a Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali – Via G. B. Cassinis 21 – 20139 Milano
Chiedere informazioni sul contratto	✓ Puoi rivolgerti al tuo Intermediario di fiducia ✓ Puoi chiamare il numero verde
Chiedere la liquidazione del capitale in caso di decesso/invalidità totale e permanente/malattia grave	✓ Puoi rivolgerti al tuo Intermediario di fiducia ✓ Puoi mandare la richiesta, completa della documentazione via e-mail all'indirizzo HVliquid@helvetia.it ✓ Puoi mandare una raccomandata A/R con il modulo/richiesta e tutta la documentazione del caso a Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa Canali Tradizionali – Via G. B. Cassinis 21 – 20139 Milano
Avere informazioni e/o esercitare i tuoi diritti in tema di privacy	✓ Puoi spedire una richiesta a Helvetia Vita S.p.A., Via G. B. Cassinis 21- 20139 Milano ✓ Puoi mandare una e-mail a privacy@helvetia.it

VUOI PRESENTARE UN RECLAMO?

Puoi presentare un reclamo per iscritto a Helvetia Vita S.p.A. per contestazioni relative al contratto e alla sua esecuzione, nonché per quanto riguarda il comportamento tenuto dall'intermediario (e relativi dipendenti e collaboratori) di cui la stessa si avvale, scrivendo a: Helvetia Vita S.p.A., Ufficio Reclami, via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano, e-mail: reclami@helvetia.it, e-mail PEC: reclami.helvetiavita@actaliscertymail.it. Se il reclamo riguarda il comportamento tenuto da un Agente, puoi inviarlo direttamente all'Agente stesso.
La Compagnia fornisce riscontro entro il termine di 45 giorni dal ricevimento del reclamo, eventualmente sospeso per massimo 15 giorni, per integrazioni da parte dall'Agente.
I reclami relativi al comportamento di Broker devono essere inoltrati, per iscritto, direttamente agli stessi.
Nel caso in cui tu non sia soddisfatto dell'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro nel termine di cui sopra, puoi rivolgerti all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) seguendo le istruzioni e utilizzando il modello disponibile sul sito internet dell'IVASS.
Per reperire ulteriori informazioni e il modello da utilizzare per la presentazione dei reclami all'IVASS, puoi consultare la Sezione Reclami del sito della Società www.helvetia.it.

Indice

Modalità assuntive **4**
Art. 1 – Modalità assuntive 4
Art. 2 – Stato tabagico 4
Garanzia in caso di decesso **5**
Art. 3 – Prestazione Assicurata 5
Art. 4 – Premio 5
Art. 5 – Conclusione e decorrenza del contratto 6
Art. 6 – Diritto di Revoca e di Recesso 6
Art. 7 – Durata, limiti di età dell'Assicurato, costi e informativa della Società 7
Art. 8 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato 7
Art. 9 – Risoluzione del contratto 8
Art. 10– Cessione, pegno e vincolo 8
Art. 11 – Beneficiari e Referente Terzo 9
Art. 12 – Tasse e imposte 9
Art. 13 – Legge applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente 9
Art. 14 – Non pignorabilità e non sequestrabilità delle prestazioni assicurate 10
Esclusioni e carenze della Garanzia in caso di decesso **11**
Art. 15 – Esclusioni 11
Art. 16 – Clausola di carenza generale – polizza senza visita medica (valida se richiamata in polizza) 12
Art. 17 – Clausola di carenza ridotta – polizza senza visita medica (valida se richiamata in polizza) 12
Art. 18 – Clausola di carenza settennale per decesso dovuto ad infezione da HIV – polizza con visita medica (valida se richiamata in polizza) 12
Cosa fare per richiedere la liquidazione della prestazione **13**
Art. 19 – Pagamento della Società 13
Modulo di richiesta per liquidazione sinistro **15**
Glossario **17**
Allegato 1: Tabella delle patologie riduzione termini diritto oblio oncologico **20**

Modalità assuntive

Art. 1 – Modalità assuntive

Helvetia Nuova Omnia Decrescente – Versione Unico (di seguito Helvetia Nuova Omnia Decrescente) è un'assicurazione sulla vita che prevede condizioni tariffarie diverse e di conseguenza un premio differenziato, in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato (di seguito stato tabagico). Il prodotto offre una garanzia consistente in una copertura temporanea in caso di decesso dell'Assicurato a capitale decrescente e a premio unico. Tale garanzia può essere prestata selezionando una delle due tariffe disponibili per la determinazione del premio della garanzia stessa, secondo le modalità assuntive indicate nella tabella di seguito riportata:

Fascia di età	**Capitale assicurato Tariffe 514: Fumatore 515: Non Fumatore**			
	Fino a 300.000,00 Euro	**Da 300.000,01 Euro a 500.000,00 Euro**	**Da 500.000,01 Euro a 1.000.000,00 Euro**	**Oltre 1.000.000,00 Euro**
Da 18 a 55 anni	▪ Questionario sanitario ▪ Questionario sullo stile di vita	▪ Questionario sanitario ▪ Questionario sullo stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Analisi completa urine ▪ Analisi completa del sangue	▪ Questionario sanitario ▪ Questionario sullo stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Analisi completa urine ▪ Analisi completa del sangue ▪ Ecg a riposo	▪ Questionario sanitario ▪ Questionario sullo stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Analisi completa urine ▪ Analisi completa del sangue ▪ Ecg a riposo ▪ Ecg sotto sforzo ▪ PSA (solo per maschi con età superiore a 50 anni)
Da 55 anni	▪ Questionario sanitario ▪ Questionario sullo stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Esame completo urine	▪ Questionario sanitario ▪ Questionario sullo stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Analisi completa urine ▪ Analisi completa del sangue ▪ Ecg a riposo	▪ Questionario sanitario ▪ Questionario sullo stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Analisi completa urine ▪ Analisi completa del sangue ▪ Ecg a riposo ▪ Ecg sotto sforzo ▪ PSA (solo per maschi con età superiore a 50 anni)	▪ Questionario sanitario ▪ Questionario sullo stile di vita ▪ Rapporto visita medica ▪ Analisi completa urine ▪ Analisi completa del sangue ▪ Ecg a riposo ▪ Ecg sotto sforzo ▪ PSA (solo per maschi con età superiore a 50 anni)

! **Per gli Assicurati con età compresa tra 18 e 55 anni che scelgono capitali assicurati fino a 300.000,00 Euro, in base agli esiti della compilazione dei Questionari (sanitario e stile di vita), la Società può richiedere comunque di sottoporsi a visita medica (con conseguente compilazione del Rapporto di Visita Medica) e ad eventuali accertamenti sanitari ritenuti necessari per una completa valutazione del rischio.**

! **In ogni caso, qualora dalla compilazione dei Questionari (sanitario e stile di vita) si rilevino patologie di rilievo** *(si precisa che non saranno invece considerate ai fini dell'esclusione, le patologie oncologiche da cui l'Assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo della patologia si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di decorrenza del contratto. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni. Si rimanda all'Allegato 1 "Tabella delle patologie" allegato alle presenti Condizioni contrattuali per i dettagli relativi alle patologie che prevedono termini ulteriormente ridotti per il maturarsi del diritto all'oblio oncologico)* **la Società può assumere il rischio con l'applicazione di sovrappremi o escludere specifici rischi, nonché rifiutare il rischio.**

! **Si precisa che, ai fini della determinazione del capitale assicurato, si deve considerare la somma dei capitali assicurati in capo allo stesso Assicurato con altre polizze aventi ad oggetto il rischio di decesso (temporanee, miste e vita intera), sottoscritte con la Società ed in vigore o in corso di emissione all'epoca della sottoscrizione del contratto.**

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

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 dal Contraente e dall'Assicurato, se persona diversa 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 Società 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 è tenuto, unitamente all'Assicurato se persona diversa, a darne immediata comunicazione alla Società** a mezzo lettera raccomandata A/R inviata al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano.
In tal caso la Società provvederà ad annullare il contratto dalla data di ricevimento, presso la stessa, della comunicazione di modifica dello stato di non-fumatore dell'Assicurato e restituirà la riserva matematica accantonata alla predetta data. Resta ferma la disponibilità della Società ad emettere una nuova polizza con tariffa per Assicurati fumatori e con parametri relativi all'età raggiunta dall'Assicurato e alla durata residua rispetto a quella inizialmente pattuita.

Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato dichiaratosi inizialmente fumatore abbia smesso di fumare, trascorsi almeno 3 anni da tale data, può darne comunicazione alla Società, unitamente al Contraente se persona diversa, a mezzo lettera raccomandata A/R inviata all'indirizzo sopra riportato.
In tale caso la Società provvederà a rimborsare al Contraente la quota parte del premio unico versato relativo alla durata residua del contratto e determinata applicando le corrispondenti condizioni tariffarie relative ad Assicurati non fumatori. La suddetta quota è calcolata dalla data di ricevimento della comunicazione di cambio di stato presso la Società, che può comunque verificare preventivamente l'effettivo stato di non-fumatore dell'Assicurato, anche a mezzo di accertamenti sanitari.

Garanzia in caso di decesso

Art. 3 – Prestazione Assicurata

In base al presente contratto la Società garantisce, in caso di decesso dell'Assicurato, prima della scadenza contrattuale, il pagamento ai Beneficiari designati di un importo pari al capitale assicurato indicato in polizza, diminuito di un importo costante per quanti sono gli anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza alla data di decesso.
Il suddetto importo costante si ottiene dividendo il capitale assicurato iniziale per il numero degli anni della durata contrattuale prescelta dal Contraente.

! **In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, non è prevista alcuna prestazione della Società, ed il premio pagato resta acquisito dalla Società stessa.**

Art. 4 – Premio

La prestazione assicurata in caso di decesso di cui all'Art. 3 – Prestazione Assicurata è garantita previo pagamento di un premio unico da parte del Contraente alla Società, da effettuarsi all'atto della conclusione del contratto.

Il premio viene determinato alla conclusione del contratto in relazione allo stato tabagico (mediante l'applicazione di due tariffe: 514 per Assicurati fumatori e 515 per Assicurati non-fumatori) ed all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute ed alle attività professionali e/o sportive svolte, anche saltuariamente, alla durata del contratto ed al capitale assicurato.

Il pagamento del premio avviene presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite:
- assegno bancario/postale non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario;
- bollettino postale sul conto corrente dell'Intermediario;
- carta di debito presso l'Intermediario;
- carta di credito se accettata dall'Intermediario, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente applicabile;

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.

Il pagamento del premio deve, invece, essere effettuato esclusivamente tramite bonifico direttamente a favore di Helvetia Vita S.p.A. sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT26F0306912711100000008137 e BIC BCITITMM (per i contratti distribuiti da Agenzie Helvetia Vita o da altri canali) o sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT27H0200809292V00960000004 e BIC UNCRITMM (per i contratti distribuiti da Broker):
- **per importi di premio superiori ad Euro 50.000** (inserendo come causale il numero di polizza con cognome e nome del Contraente ed il nome del prodotto);
- **in caso il prodotto sia collocato nell'ambito di contratti di appalto pubblico di servizi in base al Codice dei Contratti Pubblici** (D. Lgs. n. 36/2023 e s.m.i.), la Società assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'Art. 3 della Legge n. 136/2010 e successive modifiche e pertanto sarà necessario inserire – nella causale del bonifico in direzione – anche il numero di polizza, il cognome e nome del Contraente, il codice CIG, l'eventuale CUP e il nome del prodotto.

Riferimenti a norme di legge

Decreto Legislativo 31 marzo 2023, n. 36
Tale Decreto Legislativo disciplina i contratti di appalto e di concessione delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori aventi ad oggetto l'acquisizione di servizi, forniture, lavori e opere, nonché i concorsi pubblici di progettazione.

Legge 13 agosto 2010, n. 136
Tale Legge, contenente il "Piano straordinario contro le mafie", prevede importanti misure di contrasto alla criminalità organizzata e strumenti di prevenzione delle infiltrazioni criminali. In particolare, all'art. 3 "Tracciabilità dei flussi finanziari", disciplina un meccanismo che consente di seguire il flusso finanziario proveniente da un contratto di appalto, al fine di identificare il soggetto che percepisce il denaro pubblico con la finalità di evitare, mediante un meccanismo di trasparenza, che finisca nelle mani delle mafie.

Per consultare il testo integrale della suddetta normativa si rinvia al sito www.gazzettaufficiale.it.

- **È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle indicate.**
- **Nel caso in cui, prima della scadenza contrattuale, si verifichi il decesso dell'Assicurato, non è più dovuto alcun premio da parte del Contraente.**

Art. 5 – Conclusione e decorrenza del contratto

Conclusione 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 vengono apposte sulla polizza le firme della Società e del Contraente (nonché dell'Assicurato - se persona diversa dal Contraente) e quest'ultimo provvede contestualmente al pagamento del premio unico.

Cosa si intende per decorrenza?
È il momento a partire dal quale operano le coperture assicurative e le relative prestazioni.

A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto, la copertura assicurativa di cui all'Art. 3 – Prestazione Assicurata è operante dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza.
Il Contraente deve essere una persona fisica maggiorenne e residente in Italia o una persona giuridica con sede legale in Italia. L'Assicurato deve essere una persona fisica residente in Italia.

Art. 6 – Diritto di Revoca e di Recesso

Cos'è la revoca?
Mediante la revoca il Contraente chiede di annullare la Proposta sottoscritta, prima che il contratto sia concluso.

Il presente contratto non prevede la revoca della proposta in quanto la sottoscrizione della Polizza da parte della Società, del Contraente, nonché dell'Assicurato (se diverso dal Contraente) e il contestuale pagamento del premio unico da parte del Contraente stesso comportano la conclusione del contratto.

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 dalla data di conclusione del contratto stesso.
Da prassi consolidata i prodotti PPI o collegabili a mutui e/o finanziamenti prevedono come "best practices" il diritto di recesso entro 60 giorni dalla conclusione dello stesso.

Dopo la conclusione del contratto ed entro il termine di 60 giorni dalla stessa, il Contraente può esercitare il diritto di recesso dal contratto stesso.
Per l'esercizio del diritto di recesso il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società con lettera raccomandata A/R indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21 – 20139 Milano (Italia), contenente gli elementi identificativi del contratto (numero polizza, nome e cognome del Contraente, nome del prodotto).
Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione 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.
La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio unico 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 Società può inoltre trattenere:**
  - **la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto;**
  - **le spese effettivamente sostenute per la visita medica e gli ulteriori accertamenti sanitari, laddove previsti.**

Art. 7 – Durata, limiti di età dell'Assicurato, costi e informativa della Società

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 30 anni**, fermo il limite di età massima alla scadenza contrattuale di seguito riportato.

Limiti di età dell'Assicurato
L'età dell'Assicurato **alla data di decorrenza** del contratto deve essere almeno pari a **18 anni compiuti (età anagrafica), mentre alla scadenza contrattuale non deve superare gli 85 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).

Costi
Costi gravanti sul premio

Spese di emissione	25,00 Euro (trattenute solo in caso di recesso)	
Caricamento in % del premio (fisso e indipendentemente dall'età e dal sesso dell'Assicurato, dalla durata contrattuale, dall'importo e relativo frazionamento)	**Tariffa 514**	20,00%
	Tariffa 515	20,00%

Le spese per accertamenti sanitari, anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, sono a carico dell'Assicurato ed il relativo costo non è quantificabile a priori, in quanto dipende dalle tariffe applicate dalla struttura medica liberamente scelta dall'Assicurato.
Per capitali assicurati superiori ad Euro 500.000, invece, le relative spese sono a carico della Società, a condizione che gli stessi vengano svolti presso centri medici convenzionati.

Sconti
La Società può prevedere specifici sconti la cui misura e modalità di applicazione possono essere consultate presso gli Intermediari della Società.

Informativa della Società
La Società comunica al Contraente eventuali variazioni rilevanti, rispetto alle informazioni contenute nelle Condizioni contrattuali, intervenute per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.
La Società inoltre invia ad ogni Contraente, entro 60 giorni dalla chiusura di ogni anno solare, il *Documento Unico di rendicontazione* della propria posizione assicurativa.

Art. 8 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

- **Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete, diversamente la Società potrebbe sottovalutare il rischio che avrebbe accettato a condizioni di premio superiori o che avrebbe rifiutato.**
- **In caso di dichiarazioni inesatte o incomplete, la Società si riserva di 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 Società 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 Società entro 3 mesi dal giorno in cui la stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. In tale caso, la Società ha diritto ai premi relativi al periodo in corso al momento in cui ha richiesto l'annullamento ed in ogni caso, al premio versato per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine previsto per l'annullo del contratto, la stessa non è tenuta a pagare la somma assicurata.*

Articolo 1893 del Codice Civile "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave": *disciplina che la Società non può annullare il contratto per dichiarazioni inesatte e reticenze del Contraente, quando quest'ultimo ha agito senza dolo o colpa grave. La Società 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 Società 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.

- **L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, della prestazione assicurata.**
- **In particolare, il Contraente deve fornire a Helvetia Vita S.p.A. tutti i dati necessari per ottemperare alla normativa riguardante l'adeguata verifica della clientela.**
- **Laddove nel corso della durata contrattuale il Contraente trasferisca la propria residenza/sede legale in un altro Stato membro dell'Unione Europea, il Contraente stesso è tenuto a darne comunicazione alla Società tempestivamente e comunque entro il termine di 30 giorni dall'avvenuto trasferimento. Quanto sopra al fine di consentire alla Società 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 Società 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/sede legale).**
- **In ogni caso, il Contraente è tenuto ad avvisare tempestivamente la Società in relazione ad ogni eventuale cambio della propria residenza/sede legale.**
- **Il Contraente è tenuto ad avvisare tempestivamente la Società, 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). Analogo obbligo deve essere rispettato anche da quei soggetti che intervengono nel rapporto contrattuale con la sola qualifica di titolari effettivi.**
  In ogni caso, i soggetti di cui sopra sono tenuti ad avvisare tempestivamente la Società in relazione ad ogni eventuale cambio della propria residenza/sede legale e/o residenza fiscale.
- **Il Contraente dovrà inoltre dichiarare alla Società, per ogni singola operazione posta in essere sul contratto successiva al versamento di sottoscrizione, 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.**

Le comunicazioni di cui sopra devono essere consegnate in forma scritta all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il contratto o inviate direttamente alla Società al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano, a mezzo lettera raccomandata A/R**.**

Art. 9 – Risoluzione del contratto

Cosa si intende per risoluzione del contratto?
Nel caso specifico sono riportati di seguito i casi in cui la Società ha il diritto di far cessare il contratto.

Il contratto si estingue in caso di:
- scadenza contrattuale;
- decesso dell'Assicurato entro la data di scadenza contrattuale.

Art. 10– 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 prodotto 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 Società 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 Società privilegerà il vincolatario nel pagamento della relativa prestazione, fermi i limiti di spettanza di quest'ultimo e di capienza del contratto.

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare la prestazione assicurata. **Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui la Società ne faccia annotazione sul contratto o emetta 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. 11 – 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 Società. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario. 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.

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

- dopo che il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo il decesso del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

Nei primi due casi le operazioni di pegno o vincolo del contratto richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari. Sono comunque salve le previsioni di cui all'*Art. 1922 del Codice Civile*. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere effettuate mediante comunicazione scritta, sottoscritta in originale dal Contraente, alla Società o mediante testamento. **Tali atti avranno efficacia nei confronti della Società 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 Società.**

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 Società, 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 profittare del beneficio.*
Se il Contraente ha rinunziato per iscritto al potere di revoca, questa non ha effetto dopo che il Beneficiario ha dichiarato al Contraente di voler profittare 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 Società potrà contattare in caso di decesso dell'Assicurato per agevolare il pagamento delle prestazioni.

Art. 12 – Tasse e imposte

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

Art. 13 – Legge applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.
La legge applicabile al contratto è la legge italiana.

Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie
Per eventuali controversie inerenti al rapporto assicurativo, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, è possibile far ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie secondo le modalità qui descritte:

- **Arbitro Assicurativo** (D.M. del 06 novembre 2024 n. 215): **a seguito della presentazione di un reclamo alla Società e in caso di mancata o insoddisfacente risposta allo stesso**, è possibile presentare un ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org). Si rimanda a tale

sito per consultare tutti i requisiti di ammissibilità, le informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile;

- **Procedimento di Mediazione** (Legge 09/08/2013, n. 98 e s.m.i.): la domanda di Mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza innanzi ad un Organismo di Mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia, che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia stessa. L'attivazione del Procedimento di Mediazione è obbligatoria per chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi;
- **Negoziazione Assistita** (D.L. 132/2014, convertito con modifiche dalla L. 162/2014). La Convenzione di Negoziazione Assistita è un accordo mediante il quale le parti convengono di cooperare in buona fede e con lealtà per risolvere in via amichevole la controversia tramite l'assistenza di avvocati iscritti all'Albo. L'attivazione del procedimento di Negoziazione è facoltativa.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere 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 FIN-NET.

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

Foro competente
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 sede/residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto.**

Tramite il sito della Società (www.helvetia.it – Reclami) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.

Riferimenti a norme di Legge

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

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

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

Art. 14 – Non pignorabilità e non sequestrabilità delle prestazioni assicurate

Ai sensi dell'*Art. 1923 del Codice Civile*, le somme dovute dalla Società 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 Società 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.*

Esclusioni e carenze della Garanzia in caso di decesso

Art. 15 – Esclusioni

! **Qualora l'Assicurato abbia reso dichiarazioni corrette e veritiere, e abbia quindi consentito alla Società di valutare correttamente il rischio che si assume, il rischio di decesso è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo quanto di seguito indicato.**

! **È escluso dalla copertura 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;**
- **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.**

! **È inoltre escluso il decesso causato dalla:**
- **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-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;**
- **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 idrosci e sport estremi in genere.**

! **In tutti i casi sopra descritti, ad eccezione del caso di decesso dell'Assicurato causato da dolo del Contraente e/o dei Beneficiari, la Società 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 e/o dei Beneficiari non è prevista la liquidazione di alcuna prestazione.**

! **La Società può tuttavia valutare le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente, dall'Assicurato e dichiarate prima della conclusione del contratto:**
- **includendo le medesime nella copertura, a fronte di una eventuale applicazione di uno specifico sovrappremio aggiuntivo, risultante da specifica clausola riportata in polizza o in apposita appendice. In tale caso è prevista la liquidazione del capitale assicurato indicato in Polizza,**
  o, in alternativa,
- **escludendo dalla copertura il decesso causato dalla pratica di tali attività, risultante da specifica clausola riportata in polizza o in apposita appendice. In tal caso è prevista la liquidazione della riserva matematica calcolata al momento del decesso.**

! **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, unitamente all'Assicurato se persona diversa, a darne tempestiva comunicazione alla Società** a mezzo lettera raccomandata A/R inviata al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G.B. Cassinis 21 – 20139 Milano (Italia). **In tal caso la prestazione assicurata viene ridotta in proporzione della differenza tra il premio unico versato e quello che sarebbe risultato dall'applicazione del sovrappremio previsto per ricomprendere tali attività nella copertura in caso di decesso. A tale somma viene poi applicata la decrescenza, così come prevista al precedente Art. 3 – Prestazione Assicurata.**

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

! **La Società inoltre non fornisce alcuna copertura o altra prestazione nella misura in cui la copertura o la prestazione stessa possano esporre la Società al manifestarsi o al rischio di:**
- **violazione di divieto, erogazione di sanzione o applicazione di restrizione derivante da Risoluzioni delle Nazioni Unite;**
- **erogazione di sanzioni economiche o commerciali, derivanti dalla violazione di leggi o disposizioni dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera o degli Stati Uniti d'America.**

Art. 16 – Clausola di carenza generale – polizza senza visita medica (valida se richiamata in polizza)

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 Società 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 sei mesi dalla data di decorrenza del contratto, 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 Società non applicherà entro i primi sei 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 post-vaccinica;
  - di shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza;
  - di infortunio - intendendosi per tale (fermo quanto disposto dall'Art. 15 – 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.

- **Anche se non espressamente previsto dalla Società, 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.**

- **Inoltre, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dalla data di conclusione 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.**

Art. 17 – Clausola di carenza ridotta – polizza senza visita medica (valida se richiamata in polizza)

- Nel caso in cui l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica ma **abbia fornito alla Società test HIV con esito negativo, il testo della clausola è analogo a quello di cui al precedente Art. 16 - Clausola di carenza generale, fatta eccezione per l'ultimo capoverso, che viene omesso e risulta pertanto non applicabile.**

Art. 18 – Clausola di carenza settennale per decesso dovuto ad infezione da HIV – polizza con visita medica (valida se richiamata in polizza)

- Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica:
  - senza effettuare gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e di conseguenza non abbia fornito alla Società il test HIV con esito negativo,
    o
  - abbia effettuato il suddetto accertamento, senza però consegnare alla Società il test HIV con esito negativo,

  qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sette anni dalla data di conclusione 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.

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed **abbia consegnato alla Società anche gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività con esito negativo**, non sarà applicata alcuna carenza e pertanto in caso di decesso verrà liquidato il capitale assicurato.

Cosa fare per richiedere la liquidazione della prestazione

Art. 19 – Pagamento della Società

La richiesta di liquidazione dovrà essere consegnata all'Intermediario presso cui è stato sottoscritto il contratto o inviata direttamente alla Società via e-mail a HVliquid@helvetia.it oppure al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, 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 Società al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela.

In particolare, i documenti da presentare sono:

- denuncia, tramite lettera raccomandata A/R, 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 fiscali 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 emessa dall'ASL;
- atto notorio o equivalente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (di seguito dichiarazione sostitutiva) redatta in Tribunale, dal Notaio o dal Sindaco (o da un suo incaricato a ricoprire il ruolo di pubblico ufficiale), purché riportante l'indicazione che il Contraente abbia lasciato o meno testamento (solo qualora il Contraente stesso coincida con l'Assicurato):
  - ✓ **in caso di esistenza di testamento**, deve esserne inviata copia autenticata e l'atto di notorietà/la dichiarazione sostitutiva deve riportarne gli estremi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di agire;
  - ✓ **in caso di assenza di testamento e laddove i beneficiari indicati in polizza siano gli eredi legittimi**: nell'atto di notorietà/nella dichiarazione sostitutiva dovrà risultare la non esistenza di disposizioni testamentarie e quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
  - ✓ **in caso di assenza di testamento e laddove i beneficiari in polizza siano indicati con designazione specifica**: nell'atto di notorietà/nella dichiarazione sostitutiva dovrà risultare la non esistenza di disposizioni testamentarie;
- 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 Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
- in caso di polizza sottoposta a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario;
- visura camerale o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni (solo in caso di Contraente persona giuridica);
- relazione del medico curante redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Società 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 Società 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'*articolo 8, comma 3 del Regolamento IVASS n. 41/2018*, sarà cura della Società 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 Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta completa di tutta la documentazione sopra riportata (ovvero alla data di ricevimento presso l'Intermediario interessato, se anteriore). Decorso tale termine 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 Società o l'Intermediario è entrata/o 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 gli aventi diritto non richiedano gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie, istituito presso il Ministero dell'Economia e

delle Finanze, come previsto in materia di rapporti dormienti dalla *legge n. 266/2005* e successive modifiche ed integrazioni.

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

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 aventi diritto o, in caso contrario, della prescrizione.

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

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 - Canali Tradizionali
Via G.B: Cassinis 21
20139 Milano (MI)

Polizza n.: _____ Helvetia Nuova Omnia Decrescente – V. Unico

Intermediario: _____ Codice: _____

Contraente: _____

Con la presente si chiede il pagamento della prestazione assicurata sulla assicurazione in oggetto per decesso dell'assicurato.

❑ bonifico sul conto corrente n° _____ intestato a: _____

presso: _____ IBAN: _____

BIC: _____

❑ assegno di traenza intestato agli aventi diritto

❑ altro (specificare) _____

Si allegano i documenti di cui all'Art. 19 delle Condizioni Contrattuali:

- Dati anagrafico fiscali degli aventi diritto (nome, cognome e 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 emessa dall'ASL
- 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
- In caso di aventi diritto 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 Società da ogni responsabilità relativa al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa
- Denuncia, tramite lettera raccomandata, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato
- Visura camerale o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni (solo in caso di Contraente persona giuridica)
- Atto di notorietà (ovvero dichiarazione sostitutiva a norma di quanto previsto all'Art. 19 delle Condizioni contrattuali) per l'individuazione degli aventi diritto (da cui risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento) o testamento dell'Assicurato
- Relazione del medico curante dell'Assicurato circa le cause del decesso ed eventuali precedenti patologici
- Copia integrale della cartella clinica relativa ad eventuali ricoveri dell'Assicurato presso Ospedali e/o Case di Cura
- Copia integrale degli atti della Polizia Giudiziaria intervenuta se il decesso è connesso a causa violenta
- In caso di polizza sottoposta a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario

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

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

La Società 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

_____ _____
Firma dell'Intermediario Firme degli aventi diritto
(per autenticità delle 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 Polizza.

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

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

❏ dà ❏ nega

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

_____
Luogo e 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 (annuo): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile). In relazione agli anni riferiti al contratto di assicurazione (anno assicurativo) è il periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile) a partire dalla data di decorrenza del contratto stesso.
Annuale (durata): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile).
Appendice: documento che viene emesso per modificare la disciplina del contratto e che costituisce parte integrante dello stesso.
Assicurato: persona dalla cui morte o sopravvivenza dipende l'obbligo per l'impresa di assicurazione di pagare un capitale o una rendita.
Beneficiario: persona alla quale deve essere corrisposta la prestazione da parte dell'impresa di assicurazione qualora si verifichi il rischio 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 dal contratto nel corso della durata contrattuale.
Carenza (periodo di): periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'impresa di assicurazione diviene concretamente efficace.
Caricamenti: parte del premio versato dal contraente che è destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della società.
Conclusione del contratto: momento in cui sia l'impresa di assicurazione sia il contraente (e l'assicurato se persona diversa da quest'ultimo) hanno evidenza della manifestazione di volontà, espressa dall'altra parte, di concludere il contratto di assicurazione.
Conclusione trattamento attivo della patologia: data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico in mancanza di recidive.
Condizioni contrattuali: insieme delle clausole che disciplinano in via generale il contratto di assicurazione.
Contraente: soggetto che stipula il contratto di assicurazione con l'impresa di assicurazione e si obbliga a pagare il premio. Il contraente può non coincidere con l'assicurato. Le due figure coincidono quando il contraente assicura un interesse di cui è titolare (ad esempio, un bene di sua proprietà o la propria vita).
Contratto (di assicurazione): contratto con il quale l'impresa di assicurazione, a fronte del pagamento del premio, si impegna a indennizzare l'assicurato dei danni prodotti da un sinistro oppure a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente la vita umana. Il contratto di assicurazione è dunque uno strumento con il quale l'assicurato trasferisce all'impresa di assicurazione un rischio al quale egli è esposto.
Costi: oneri economici posti a carico del contraente.
CRS (Common Reporting Standard o Scambio Automatico di Informazioni): è il quadro di riferimento sviluppato dall'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e Sviluppo Economico) che individua una normativa basata su accordi multilaterali tra i Paesi partecipanti (Europei ed Extraeuropei), che ha lo scopo di combattere l'evasione fiscale internazionale attraverso lo scambio multilaterale di informazioni. In virtù di tale normativa, gli intermediari finanziari (banche, assicurazioni vita, ecc.) dei Paesi aderenti sono tenuti ad identificare i soggetti (contraenti, beneficiari, titolari effettivi) aventi una o più residenze fiscali diverse da quella italiana e/o statunitense.
Decorrenza: data in cui diventano efficaci le garanzie previste dal contratto.
Detraibilità fiscale (del premio versato): misura del premio versato per il contratto di assicurazione che secondo la normativa vigente il contraente può portare in detrazione dalle imposte sui redditi.
DIP Vita: documento informativo pre-contrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi. Fornisce le principali informazioni, diverse da quelle pubblicitarie, per consentire al Contraente di valutare il prodotto e di compararlo con gli altri prodotti aventi caratteristiche analoghe.
DIP Aggiuntivo Vita: documento informativo pre-contrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi. Fornisce le informazioni integrative e complementari rispetto a quelle contenute nel DIP Vita, diverse da quelle pubblicitarie, necessarie affinché il contraente possa acquisire piena coscienza del prodotto.
Diritto all'oblio oncologico: il diritto, previsto dall'articolo 2 della Legge 7 dicembre 2023, n. 193 in relazione alla stipulazione o al rinnovo di contratti assicurativi, delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini, ivi incluse visite mediche di controllo e accertamenti sanitari, in merito alla pregressa condizione patologica da cui siano state precedentemente affette ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni dalla data della richiesta. Tale periodo è ridotto a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato I, del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'oblio oncologico, in deroga ai termini previsti dall'articolo 2, comma 1, della legge 7 dicembre 2023, n. 193, matura nei termini indicati nello stesso Allegato.
Documento Unico di Rendicontazione: riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione.
Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto è efficace.
Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dall'impresa di assicurazione.
Età computabile (o assicurativa): età in anni interi determinata trascurando le frazioni d'anno fino a sei mesi ed arrotondando ad un anno intero le frazioni d'anno superiori a sei mesi.
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: garanzia prestata dall'impresa di assicurazione a copertura del rischio di decesso dell'Assicurato.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso dell'Assicurato.

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

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

Non – fumatore: l'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.

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

1) per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono:
   a) Presidente della repubblica, presidente del consiglio, ministro, vice-ministro e sottosegretario, presidente di regione, assessore regionale, sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in stati esteri;
   b) deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in stati esteri;
   c) membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
   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 comprovante l'esistenza ed il contenuto di un contratto di assicurazione. La polizza, sottoscritta da entrambe le parti, viene emessa dall'assicuratore e consegnata al contraente.

Premio: il premio rappresenta il prezzo che il Contraente paga per acquistare la prestazione offerta dall'assicuratore. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della prestazione. I premi possono essere: unici, periodici (o anche detti annui), unici ricorrenti. I premi unici ricorrenti e periodici possono essere rateizzati (o frazionati). Per il presente prodotto il premio è unico, ossia il Contraente si impegna a corrisponderlo in un'unica soluzione all'atto della conclusione del contratto.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti nascenti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di dieci anni.

Prestazione assicurata: somma che l'impresa di assicurazione paga sotto forma di capitale al beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

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

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

Questionario sanitario: è il documento che il contraente deve compilare prima della stipulazione di un'assicurazione sulla vita del tipo caso morte o del tipo misto. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o infortuni dell'assicurato. Le informazioni fornite dal contraente servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Questionario sullo stile di vita: è il documento che il contraente deve compilare prima della stipulazione di un'assicurazione sulla vita del tipo caso morte o del tipo misto. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stile di vita ed alle professioni/sport praticati dall'assicurato. Le informazioni fornite dal contraente servono alla società per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.
Quinquennio (quinquennale): periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo).
Recesso: diritto del contraente di recedere dal contratto (entro trenta giorni dalla sua conclusione) 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.
Riserva matematica: principale riserva tecnica nelle assicurazioni sulla vita. Rappresenta il debito che l'impresa di assicurazione ha maturato nei confronti dei suoi assicurati. Essa è costituita dall'accantonamento di una quota dei premi di tariffa pagati dal contraente.
Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.
Semestrale: periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Set Informativo: insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale Contraente, prima della sottoscrizione del contratto e pubblicata nel sito internet della Società. Il Set Informativo è composto dal DIP Vita, dal DIP Aggiuntivo Vita, dalle Condizioni contrattuali comprensive di Glossario e dalla Proposta-polizza in fac-simile.
Settimana (settimanale): periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.
Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto (decesso dell'assicurato) e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.
Società: compagnia autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione. Per questo contratto la Società è Helvetia Vita S.p.A.
Sovrappremio: maggiorazione di premio richiesta dalla Società 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 (sovrappremio sanitario), nel caso in cui l'Assicurato adotti abitudini/pratiche che possano incidere significativamente sul rischio (sovrappremio stile di vita), oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).
Stato tabagico: condizione di abitudine o dipendenza dal fumo di tabacco dell'assicurato.
Titolare effettivo: ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 90/2017 e s.m.i. e delle disposizioni regolamentari emanate dall'autorità di vigilanza di settore, si intende:

1) in caso di società:
   a) la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, 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 titolati 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.

Allegato 1: Tabella delle patologie riduzione termini diritto oblio oncologico

Si riporta di seguito l'elenco delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico.

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni – Uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

Polizza N.

Helvetia Nuova Omnia Decrescente - Versione Unico

La polizza vita per i tuoi cari

Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, di tipo temporaneo in caso di decesso, a capitale annualmente decrescente ed a premio unico.

La presente Polizza è stata aggiornata al 03 Giugno 2026, data dell'ultima revisione dei dati in essa inclusi.

Contraente:

Intermediario:

Copia per

FAC-SIMILE

Polizza

Informazioni per il Contraente

Mezzi di pagamento

Il pagamento del premio avviene presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite:

- assegno bancario/postale non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario;
- bollettino postale sul conto corrente dell'intermediario;
- carta di debito presso l'Intermediario;
- carta di credito se accettata dall'Intermediario, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente applicabile;

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.

Il pagamento del premio deve, invece, essere effettuato esclusivamente tramite bonifico direttamente a favore di Helvetia Vita S.p.A. sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT26F0306912711100000008137 e BIC BCITITMM (per i contratti distribuiti da Agenzie Helvetia Vita o da altri Intermediari) o sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT27H0200809292V00960000004 e BIC UNCRITMM (per i contratti distribuiti da Broker):

- per importi di premio superiori ad Euro 50.000 (inserendo come causale il numero di polizza con cognome e nome del Contraente ed il nome del prodotto);
- in caso il prodotto sia collocato a mezzo di fattispecie contrattuali qualificabili come contratti di appalto pubblico di servizi in base al Codice dei Contratti Pubblici (D. Lgs. n. 36/2023 e s.m.i.), per i quali la Società assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n. 136/2010 e successive modifiche (inserendo come causale il numero di polizza con cognome e nome del Contraente, il codice CIG, l'eventuale CUP, il nome del prodotto).

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

Clausola di ripensamento

Entro il termine di 60 giorni dalla conclusione del contratto il Contraente può esercitare il dirittodi recesso inviando comunicazione scritta, **con lettera raccomandata A/R,** indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canali Tradizionali, Via G. B. Cassinis, 21 - 20139 Milano (Italia), contenente gli elementi identificativi del contratto (numero di polizza, nome e cognome del Contraente).
La Società entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso rimborserà al Contraente il premio unico 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 Società può inoltre trattenere:

- **la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto;**
- **le spese effettivamente sostenute per la visita medica e gli ulteriori accertamenti sanitari, laddove previsti.**

HOME INSURANCE - INFORMATIVA

Si ricorda che sulla home page del sito internet www.helvetia.it è disponibile la sezione riservata My Helvetia attraverso la quale ciascun Contraente potrà accedere alla propria posizione assicurativa. L'accesso è consentito gratuitamente al Contraente mediante credenziali identificative personali che potranno essere richieste in fase di registrazione. Accedi o registrati a My Helvetia, per consultare le tue polizze e/o effettuare in autonomia alcune operazioni. Per maggiori informazioni visita il sito www.helvetia.it.

FAC-SIMILE

Dati generali di Polizza

Contraente

Data di nascita: Codice Fiscale:
Residente in:
Cap: Città: (CS) Nazione:
Email:

Assicurato

Data di nascita: Età: Sesso:
Luogo di nascita: Codice Fiscale:
Professione: Fumatore:

Forma assicurativa, Prestazioni, Efficacia del contratto

Prodotto assicurativo vita diverso dai prodotti d'investimento assicurativi, di tipo temporaneo in caso di decesso, a capitale annualmente decrescente ed a premio unico
(Tariffa: Assicurato)

Capitale assicurato iniziale **Euro**

Il capitale assicurato decresce annualmente per un importo costante, pari a Euro , fino ad estinguersi alla scadenza del contratto

Clausola di carenza applicabile

Durata: anni **Decorrenza:** **Scadenza:**

Premio

Premio unico
(gli importi sopra indicati, espressi in Euro, sono comprensivi di eventuali sovrappremi)

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)

Costi

Costo sostenuto per ogni rata di premio
(non comprensivo di eventuali sovrappremi)

Provvigioni riconosciute all'Intermediario
(gli importi sopra indicati sono espressi in Euro)

Beneficiari

In caso di Decesso dell'Assicurato

Avvertenza: in caso di mancata designazione in forma nominativa del Beneficiario, la Società all'atto della liquidazione della prestazione potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca degli aventi diritto.

FAC-SIMILE

Polizza N.

Identificazione ai fini della normativa antiriciclaggio, Accordo FATCA e Disposizioni CRS

Contraente

Luogo di nascita:
Sesso:
Cittadinanza:
Professione:
Sottogruppo Attività Economica:
Documento di riconoscimento: Numero:
Rilasciato da: di:
Data rilascio: Data scadenza:
Indirizzo di corrispondenza:
Il Contraente dichiara di U.S. Person soggetta alla normativa FATCA
Il Contraente dichiara di ulteriori domicili fiscali
Il Contraente dichiara di persona politicamente esposta
Origine dei fondi utilizzati per il pagamento dei premi relativi al contratto:
Reddito/Fatturato del Contraente:

Titolare effettivo

Di seguito si riporta il legame tra il Contraente e i Beneficiari designati.

Beneficiari **In caso di decesso dell'Assicurato**

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

➡ **Contraente** (o Delegato)

_____

FAC-SIMILE

Questionari Assuntivi

Questionario Stile di Vita dell'Assicurato

1 **L'assicurato fa uso, anche saltuariamente, o ha fatto uso di tabacco (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro) negli ultimi 3 anni?**

2 **L' Assicurato assume abitualmente bevande alcoliche?**

3 **L'Assicurato ha mai assunto o fa uso di sostanze stupefacenti o droghe?**

4 **L'Assicurato effettua viaggi, anche saltuariamente, in paesi pericolosi per il clima o situazioni politico-militari (non sono considerati a rischio viaggi effettuati dall'assicurato per turismo e organizzati da primarie agenzie se soggiorna in villaggi turistici e viaggi effettuati per lavoro nelle aree più frequenti: Europa, America del Nord, Australia, Giappone, Cina continentale/Tibet escluso)?**

5 **L'assicurando pratica una 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-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.**

6 **L'Assicurato pratica altra professione che lo espone anche saltuariamente a pericoli?**

7 **L'Assicurato pratica una delle seguenti attivita 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 idrosci e sport estremi in genere?**

8 **In precedenza le è stata rifiutata o offerta con aggravamento del premio, un'assicurazione sulla vita o di malattia?**

9 **L'Assicurato ha in essere altre assicurazioni sulla vita o proposte concomitanti la somma delle quali supera € 500.000?**

FACSIMILE

Questionario Sanitario dell'Assicurato

ATTENZIONE: Non sono da dichiarare le patologie oncologiche da cui l'Assicurando sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di compilazione del presente Questionario. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni. Si rimanda all'Allegato 1 "Tabella delle patologie", allegata alle Condizioni contrattuali, per i dettagli relativi alle patologie che prevedono termini ulteriormente ridotti per il maturarsi del diritto all'oblio oncologico.

1 **Nella parentela consanguinea dell'Assicurato (madre, padre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di malattia di Alzheimer, malattie del cuore o della circolazione, ictus, diabete, malattie renali o tumori prima dell'età di 65 anni?**

2 **Ha mai ricevuto una diagnosi per, o sofferto di, o si è sottoposto a cure per uno dei seguenti disturbi? (selezioni tutte le risposte valide)**

Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o virus dell'immunodeficienza umana (HIV)
Carcinoma, cisti, tumore, crescita anomala o nodulo
Ictus cerebrale o accidente cerebrovascolare
Diabete
Attacco cardiaco (infarto miocardico)
Epatite
Pressione alta (ipertensione)
Colesterolo alto (iperlipidemia)
Attacco ischemico transitorio (TIA)
Nessuna di queste

3 **Negli ultimi 10 anni, ha dovuto (o le è stato consigliato di) sottoporsi a esami clinici, visite mediche o cure da parte di un medico per via di una delle seguenti motivazioni? (selezioni tutte le risposte valide)**

Allergie o malattie o disturbi del sistema immunitario
Patologia o disturbo della vescica, dei reni, della prostata o del tratto urinario
Malattia del sangue
Patologia o disturbo delle ossa, delle articolazioni, dei muscoli o del tessuto connettivo
Patologia o disturbo del cervello, del midollo spinale o neuropatia
Patologia o disturbo respiratorio o dei polmoni
Patologia o disturbo di orecchie, naso, gola o bocca
Patologia o disturbo dell'occhio
Patologia o disturbo di cuore, vene o vasi sanguigni
Patologia o disturbo ormonale, ghiandolare o metabolico
Patologia o disturbo infettivo o virale
Lesione o avvelenamento
Patologia o disturbo di intestino, esofago o stomaco
Patologia o disturbo del fegato, dotto biliare o colecisti
Patologia o disturbo mentale, comportamentale o emotivo
Patologia o disturbo sessualmente trasmissibili
Disturbo o patologia riproduttiva
Patologia o disturbo della cute
Altro (non presente nell'elenco)
Nessuna di queste

4 **Negli ultimi 12 mesi, l'Assicurato si è sottoposto ad indagini diagnostiche particolari (quali ad esempio risonanza magnetica, TAC, ecografia, scintigrafia, elettroencefalogramma, mammografia, biopsie) al di fuori dei controlli a puro scopo preventivo, che abbiano dato esito fuori dalla norma e per malattie o disturbi NON ancora dichiarati?**

FAC-SIMILE

5	**L'Assicurato è mai stato ricoverato in ospedali o case di cura/cliniche o si è mai sottoposto ad interventi chirurgici (esclusi ricoveri o interventi per appendectomia, tonsillectomia, parto, interventi di chirurgia estetica, fratture non ricorrenti e senza complicazioni ne postumi, safenectomia, meniscectomia) per malattie o disturbi NON ancora dichiarati?**
6	**Sta seguendo delle cure per malattie o disturbi che NON ha ancora dichiarato?**
7	**L'Assicurato è titolare di una pensione di invalidità o inabilità oppure ha fatto domanda per averla?**
8	**Si prega di indicare la sua altezza in (cm)**
9	**Si prega di indicare il suo peso (kg)**

FAC-SIMILE

QUESTIONARIO DI COERENZA

Di seguito è riportato il Questionario per la coerenza del contratto compilato sulla base delle dichiarazioni fornite dal Contraente.

FAC-SIMILE

Privacy

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016

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

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

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

3. Finalità del trattamento dei dati
Il Titolare tratta[1] i Suoi dati personali - inclusi quelli appartenenti alle "categorie particolari", come i dati relativi alla salute - che Lei comunica direttamente (es. tramite siti internet, portali, social media) o raccolti tramite la rete di intermediari, **per svolgere le attività necessarie alla gestione del Suo rapporto assicurativo (finalità assicurativa).**
Rientrano tra le finalità assicurative: la preventivazione dei premi, la stipula di polizze assicurative, la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni, la riassicurazione, la coassicurazione.
Il Titolare tratterà i Suoi dati personali altresì per adempiere a specifici **obblighi di legge**, quali a titolo esemplificativo: prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; prevenzione del riciclaggio di denaro e finanziamento del terrorismo; prevenzione e individuazione delle frodi fiscali - garantendo l'adempimento degli obblighi di comunicazione alle autorità fiscali.
La informiamo, inoltre, che Lei potrà autorizzare il Titolare a trattare i Suoi dati personali, non appartenenti alle "categorie particolari" per le **finalità commerciali e di marketing** (ossia: invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale, partecipazione a concorsi a premi), **e di profilazione connessa al marketing** (ossia: trattamento automatizzato di dati personali per analizzare o prevedere aspetti riguardanti la situazione economica, le preferenze personali, gli interessi, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti).

4. Base del trattamento
La base giuridica del trattamento è:
- l'adempimento di obblighi precontrattuali e contrattuali (e di legge[2], ove previsti);
- il consenso esplicito, nel trattamento delle "categorie particolari" di dati personali.

Per la finalità commerciale e di marketing, e di profilazione connessa al marketing, sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è la manifestazione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali per tale specifica finalità.
Il Suo rifiuto in tal caso non comporta alcuna conseguenza sui contratti in essere o in corso di costituzione, ma preclude di usufruire dei servizi sopra descritti e di svolgere attività commerciali e di marketing.

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

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

Una lista completa ed aggiornata dei terzi destinatari dei dati può essere da Lei ottenuta inviando una mail a privacy@helvetia.it.
In ogni caso, i Suoi dati personali NON saranno diffusi.

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

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

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

FAC-SIMILE

Privacy

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

8. Periodo di conservazione dei dati
I dati personali vengono conservati:
- per il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato (di regola non oltre i 20 anni dalla cessazione del rapporto contrattuale), fatti salvi eventuali obblighi di conservazione previsti dalla legge o da specifici termini prescrizionali;
- per dodici mesi dalla raccolta dei dati utilizzati ai soli fini commerciali e di marketing, e profilazione connessa al marketing.

9. Diritti dell'interessato
Il Regolamento Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di chiedere al Titolare del trattamento:
la conferma che sia in corso un trattamento di Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso), ex art. 15 del Regolamento;
la rettifica dei dati personali inesatti, o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica), ex art. 16 del Regolamento;
la cancellazione dei dati stessi, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento (diritto all'oblio), ex art. 17 del Regolamento;
la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione), ex art. 18 del Regolamento;
di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali da Lei forniti al Titolare e di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità), ex art. 20 del Regolamento.
Lei ha, inoltre, il diritto di revocare il consenso al trattamento dei Suoi dati, in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca ex art. 21 del Regolamento.
La revoca del consenso prestato, comporta l'inevitabile blocco del trattamento da parte della Compagnia, con i conseguenti effetti sulla normale esecuzione del contratto.
Potrà, inoltre, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale.

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

Impegno a fornire l'informativa

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

➡ **Interessato/Contraente** (o Delegato)

_____

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

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

Il Contraente e l'Assicurato (se diverso dal Contraente) danno/negano il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità di cui all'informativa, compresa la loro comunicazione;

Il Contraente dà/nega il consenso al trattamento dei propri dati personali per finalità di profilazione connessa al marketing;

Il Contraente dà/nega il consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità commerciali di cui all'informativa, compresa la loro comunicazione ai soggetti indicati al punto 6 della stessa informativa.

➡ **Interessato/Contraente** (o Delegato)

_____

➡ **Assicurato** (se diverso dal Contraente)

_____

FAC-SIMILE

Il sottoscritto dichiara di:

- **essere al corrente** che non sono ammessi mezzi e modalità di pagamento diversi da quelli riportati nel presente documento;
- **aver scelto di ricevere il Set Informativo composto da: DIP Vita Mod. C-SI-OD-1 Ed. 06/2026, DIP Aggiuntivo Vita Mod. C-SI-OD-1 Ed. 06/2026 e Condizioni contrattuali comprensive di Glossario Mod. C-SI-OD-1 Ed. 06/2026 tramite consegna cartacea/e-mail all'indirizzo _____, di averlo ricevuto e di aver preso visione del relativo contenuto.**

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

➡ **Contraente** (o Delegato)

_____

Il sottoscritto

- esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile;
- dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le Condizioni contrattuali nonché le clausole contenute nel presente documento di polizza;
- è consapevole, ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Società, che le notizie e i dati di ordine sanitario e informativo forniti costituiscono elemento fondamentale per la stipulazione della polizza e pertanto dichiara, ad ogni effetto di legge, di aver risposto con esattezza e veridicità, di non aver taciuto o alterato alcuna circostanza in relazione alle domande di cui sopra, assumendosi quindi ogni responsabilità in merito alle stesse, anche se le risposte sono state scritte da altri;
- libera dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni si è ricorso o dovesse ricorrere, prima e dopo la sottoscrizione del presente documento di 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 Società e/o gli aventi diritto ritenessero opportuno rivolgersi, autorizzandoli ed invitandoli 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 infine prende atto che:

- **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti del soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- **prima della sottoscrizione del contratto, il soggetto di cui sopra deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni relative allo stato di salute e allo stile di vita dell'Assicurato, riportate in polizza all'interno della sezione "Questionari Assuntivi";**
- **anche nei casi non espressamente previsti dalla Società l'Assicurato 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 dipendono dalla tariffa applicata dalla struttura medica liberamente scelta dall'Assicurato stesso.**

Il presente documento è composto da N. 14 pagine.

Helvetia Vita S.p.A.

➡ **Contraente** (o Delegato)

_____

➡ **Assicurato** (se diverso dal Contraente)

_____

FAC-SIMILE

Il sottoscritto dichiara di aver preso conoscenza e di approvare specificamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, quanto di seguito indicato:

➡ **Contraente** (o Delegato)

_____

Questo documento è stato emesso in **il**
Intermediario:

Dichiarazione di perfezionamento
(la data di incasso del premio deve essere sempre valorizzata e deve essere coerente con la data registrata a sistema)
Dichiaro che il premio di perfezionamento di Euro è stato incassato in data salvo buon fine.

Incaricato alla riscossione
(da compilare/firmare sempre in tutte le sue parti)

Cognome e Nome _____
Qualifica _____
Codice Fiscale _____

➡ **Incaricato alla riscossione**

_____

➡ **Intermediario**
(se diverso dall'incaricato alla riscossione)

_____

Incaricato alla rilevazione dei dati *(ai sensi del D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni)*
(da sottoscrivere sempre)

Attesto di aver effettuato la rilevazione dei dati - ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni e di aver verificato l'autenticità delle firme che precedono e in caso di presenza di un soggetto Delegato ad operare per conto del Contraente di averne verificato i poteri di delega.

Cognome e Nome
Qualifica

➡ **Incaricato alla rilevazione dei dati**

_____

FAC-SIMILE

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

FAC-SIMILE

Mod. C-SI-OD-1 Ed. 06/2025

Helvetia Vita S.p.A.
Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.
Via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
Tel 02 5351 1 – Fax 02 537289
PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it –www.helvetia.it

Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA,
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia – Capitale Sociale € 47.594.000 i.v. – Società con Socio Unico
N° iscrizione Reg. Imprese di Milano, C.F. e P.I. 03215010962 – R.E.A. n° 1882793
Imp. Autor. all'eser. delle ass. sulla Vita con Provv. ISVAP n° 1979 del 4/12/2001
(G.U. n° 288 del 12/12/2001)
Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n° 1.00142 - Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n° d'ordine 031