

## CLAUSOLE VESSATORIE

### CV158 - HELVETIA-POLIZZA MULTIRISCHI

Provvedimento n. 26661

L'AUTORITÀ GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO

NELLA SUA ADUNANZA del 28 giugno 2017;

SENTITO il Relatore dottoressa Gabriella Muscolo;

VISTA la Parte III, Titolo I del Decreto Legislativo 6 settembre 2005, n. 206, recante "*Codice del Consumo*" e successive modificazioni (di seguito, Codice del Consumo);

VISTO il "*Regolamento sulle procedure istruttorie in materia di pubblicità ingannevole e comparativa, pratiche commerciali scorrette, violazione dei diritti dei consumatori nei contratti, violazione del divieto di discriminazioni e clausole vessatorie*" (di seguito, Regolamento), adottato dall'Autorità con delibera del 1° aprile 2015;

VISTI gli atti del procedimento;

CONSIDERATO quanto segue:

#### I. LA PARTE

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni S.A., Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia (d'ora in poi Helvetia), in qualità di professionista, ai sensi dell'art. 3, lettera c), del Codice del Consumo.

Sindacato Nazionale Agenti Assicurazione (d'ora in poi SNA), in qualità di soggetto ammesso a partecipare al procedimento.

#### II. I CONTRATTI OGGETTO DI VALUTAZIONE

1. Costituisce oggetto di valutazione il contratto relativo alla polizza "Helvetia Zero Imprevisti", ed. 3/2016 (denominato anche "Multirischi Persona" nelle edizioni più risalenti).
2. In particolare, le clausole oggetto di valutazione sono contenute nelle Condizioni di Assicurazione, attualmente sottoscrivibili o comunque aventi attuale efficacia in quanto incluse in contratti sottoscritti sulla base delle precedenti edizioni della medesima polizza, che regolano: i) la copertura assicurativa per l'invalidità permanente conseguente ad infortunio e ii) la copertura assicurativa per l'invalidità permanente conseguente a malattia; disciplinate in due sezioni diverse del medesimo contratto.

#### III. LE CLAUSOLE OGGETTO DEL PROCEDIMENTO

3. Costituiscono oggetto del presente procedimento, limitatamente ai rapporti tra professionista e consumatori, le clausole, di seguito trascritte, contenute nelle Condizioni di Assicurazione della

polizza "Zero Imprevisti" e le clausole di analogo contenuto presenti nelle edizioni precedenti del medesimo contratto anche denominato "Multirischi Persona".

4. La vessatorietà riguarda, in particolare, lo specifico caso del decesso dell'assicurato che avvenga per cause diverse da quella che ha generato l'invalidità e prima che la Compagnia abbia verificato la sussistenza di postumi permanenti della predetta invalidità. In questo specifico caso, infatti, il contratto appare escludere la possibilità di corrispondere l'indennizzo agli eredi del beneficiario defunto anche se lo stato di invalidità si era effettivamente consolidato, ma non era stato accertato dalla Compagnia.

5. Tale vessatorietà risulta determinata dalle clausole del contratto oggetto di accertamento, di seguito riportate, aventi ad oggetto rispettivamente l'intrasmissibilità agli eredi del diritto all'indennizzo e i criteri di indennizzabilità.

6. Le clausole sull'intrasmissibilità del diritto all'indennizzo, infatti, escludono la possibilità di corrispondere agli eredi del beneficiario defunto l'indennizzo a meno che il relativo importo non sia già stato offerto dalla Compagnia prima del decesso di quest'ultimo. Le clausole relative ai criteri di indennizzo, d'altra parte, non individuando a priori le procedure per gli accertamenti volti a verificare lo stato di invalidità permanente né la documentazione necessaria a provare tale stato, conferiscono un significativo margine di discrezionalità alla Compagnia con riguardo alle modalità di predetti accertamenti, in un contesto contrattuale che prevede anche un'ampia tempistica per lo svolgimento degli stessi<sup>1</sup>, rendendo di conseguenza di fatto impossibile agli eredi, nel caso di specie, far valere la condizione di invalidità del proprio caro qualora la Compagnia non la abbia ancora attestato al momento del decesso.

#### **A. Intrasmissibilità agli eredi del diritto all'indennizzo**

Con riguardo alla **sezione infortuni**:

5/2014 Mod. H032 (Multirischi Persona)

**Art. 28 Invalidità permanente (...)** *"Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la società paga agli eredi l'importo liquidato o offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima".*

Edizione 3/2016 Mod. H650 (Zero Imprevisti)

**Art. 27 Invalidità permanente (...)** **h) Diritto all'indennità** *"Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore per cause indipendenti dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato offerto in*

<sup>1</sup> In particolare, l'edizione 3/2016 del contratto Helvetia Zero Imprevisti, all'art. 60 prevede per l'invalidità permanente derivante da malattia che il grado della stessa possa essere valutato in un periodo compreso tra i 6 (sei) ed 18 (diciotto) mesi dalla data di denuncia della malattia. Con riguardo all'invalidità derivante da infortunio, invece, non è previsto alcun termine specifico per gli accertamenti clinici, essendo indicato il solo termine di sei mesi dalla data di denuncia del sinistro per poter richiedere un anticipo sull'indennizzo (lett. g dell'art. 27).

*misura determinata ma non ancora liquidato, la società paga agli eredi dell'assicurato l'importo offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima".*

Con riguardo alla **sezione malattia**:

edizione 02/2010 Mod C/20.4 (Multirischi Persona)

**Art. 23 Diritto all'indennità** *"Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasmissibile"*

edizione 5/2014 Mod. H032 (Multirischi Persona)

**Art. 57 Diritto all'indennità** *"Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasmissibile"*

edizione 3/2016 Mod. H650 (Zero Imprevisti)

**Art. 56 Diritto all'indennizzo** *"Il diritto all'indennizzo per l'invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato offerto in misura determinata, ma non ancora liquidato, la società paga agli eredi dell'assicurato l'importo offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima".*

**B. Criteri di indennizzabilità**

Con riguardo alla **sezione infortuni**:

edizione 12/2010 Mod C/20A (Multirischi Persona)

**Art. 29 Criteri di indennizzabilità** *"La società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio (o malattia), l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili solo le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio (o malattia) avesse colpito una persona integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dall'art. 20 delle norme comuni ai Moduli, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente".*

L'articolo sopra riportato risulta formulato nello stesso modo anche nelle edizioni 6/2012 Mod. C/20 (Multirischi Persona) e 5/2014 Mod. H032 (Multirischi Persona), nella quale si modifica solo la numerazione che non è più 29, ma 30.

edizione 3/2016 Mod. H650 (Zero Imprevisti)

**Art. 29 Criteri di indennizzabilità** *“La società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili solo le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dall'art. 20- “Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente (ex tabella INAIL, allegato n. 1 D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124)” delle Norme Comuni a tutte le Sezioni o – se richiamata la condizione aggiuntiva II – le percentuali previste nella “Tabella per accertamento del grado di invalidità permanente”, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente”.*

Con riguardo alla sezione **malattia**:

edizione 2/2010 Mod C/20.4 (Multirischi Persona)

**Art. 26 Criteri di indennizzabilità** *“La società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette della singola malattia denunciata. Qualora la malattia colpisca un soggetto affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.*

*Nel corso dell'Assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di un'ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità permanente andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.*

*Si precisa che per “malattie coesistenti” si intendono malattie o invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo funzionali diversi.*

*Si precisa che per malattie concorrenti, si intendono malattie o invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che determinano un' influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale”.*

edizione 5/2014 Mod. H032 (Multirischi Persona)

**Art 60 Criteri di indennizzabilità** *“La società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette della singola malattia denunciata. Qualora la malattia colpisca un soggetto affetto da altre*

patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

*Nel corso dell'Assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di un'ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità permanente andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa".*

edizione 3/2016 Mod. H650 (Zero Imprevisti)

**Art 59 Criteri di indennizzabilità** *"La società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette della singola malattia denunciata. Qualora la malattia colpisca un soggetto affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da malattie/invalidità coesistenti.*

*Nel corso dell'Assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di un'ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia nel caso in cui rappresentino malattie/invalidità concorrenti. Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità permanente andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa".*

#### IV. LE RISULTANZE ISTRUTTORIE

##### *L'iter del procedimento*

7. In data 2 febbraio 2017 è stato avviato un procedimento nei confronti di Helvetia relativamente ai profili di vessatorietà delle clausole contrattuali aventi ad oggetto l'intrasmissibilità agli eredi del diritto all'indennizzo ed i criteri di indennizzabilità.

8. In particolare, le clausole descritte al punto III, A) e B), punto 6, sono state contestate con riguardo allo specifico caso del decesso dell'assicurato che avvenga per cause diverse da quella che ha generato l'invalidità e prima che la Compagnia abbia verificato la sussistenza di postumi permanenti della predetta invalidità. In questo specifico caso, infatti, appariva determinarsi un significativo squilibrio dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto nella misura in cui risultava esclusa la possibilità di corrispondere l'indennizzo agli eredi del beneficiario defunto anche se lo stato di invalidità si era effettivamente consolidato, ma non era stato accertato dalla Compagnia. I profili di vessatorietà permanevano anche sulla base della lettura e dell'interpretazione di ciascuna clausola alla luce del contesto complessivo dell'intero contratto per adesione in cui si inserivano, risultando esse idonee a "prevedere un impegno definitivo del consumatore mentre l'esecuzione della prestazione del Professionista è subordinata ad una condizione il cui adempimento dipende unicamente dalla sua volontà"(art. 33, comma 2, lettera d Codice del Consumo). Dal contratto in questione, infatti, risulta riconosciuta un'ampia tempistica alla Compagnia per lo svolgimento degli accertamenti relativi all'invalidità permanente. In particolare, l'edizione 3/2016 del contratto Helvetia Zero Imprevisti, all'art. 60 prevede per

l'invalidità permanente derivante da malattia che il grado della stessa possa essere valutato in un periodo compreso tra 6 (sei) e 18 (diciotto) mesi dalla data di denuncia della malattia. Con riguardo all'invalidità derivante da infortunio, invece, non è previsto alcun termine specifico per gli accertamenti clinici, essendo indicato il solo termine di sei mesi dalla data di denuncia del sinistro per poter richiedere un anticipo sull'indennizzo (lettera g dell'art. 27).

9. Contestualmente alla Comunicazione di avvio del procedimento, è stata formulata ad Helvetia una richiesta di informazioni, anche al fine di raccogliere elementi volti a superare la riscontrata presunzione di vessatorietà. Nella medesima data della Comunicazione di avvio, è stato pubblicato sul sito istituzionale dell'Autorità l'avviso per la consultazione pubblica ai sensi dell'art. 37 *bis*, comma 1 del Codice del Consumo e dell'art. 23 comma 6 del Regolamento sulle procedure istruttorie.

10. Hanno partecipato alla consultazione pubblica le seguenti 4 associazioni di consumatori, inviando le proprie osservazioni scritte: Adiconsum (Associazione Difesa Consumatori e Ambiente), Udicon (Unione per la Difesa dei Consumatori), Codacons (Coordinamento delle associazioni per la difesa dell'ambiente e dei diritti degli utenti e dei consumatori), Movimento Consumatori.

11. Hanno inoltre contribuito alla pubblica consultazione anche ANIA (Associazione nazionale imprese assicurative) e SNA (Sindacato nazionale agenti assicurativi), quest'ultimo formulando anche istanza di partecipazione al procedimento che è stata accolta in data 6 marzo 2017.

12. In data 9 marzo 2017, Helvetia ha prodotto le informazioni richieste in sede di avvio, in data 17 marzo 2017 ha avuto accesso al fascicolo istruttorio ed in data 29 marzo 2017 è stata sentita in audizione presso gli uffici dell'Autorità come da richiesta formulata in data 9 marzo 2017.

13. In data 10 maggio 2017, SNA ha avuto accesso agli atti del fascicolo, come da istanza formulata in data 13 aprile 2017.

14. Con comunicazioni del 2 e del 12 maggio 2017, Helvetia ha proposto alcune modifiche contrattuali volte ad elidere la vessatorietà derivante dalle clausole contestate.

15. In data 22 maggio 2017, è stata comunicata alle Parti la data di conclusione della fase istruttoria ai sensi dell'art. 16 comma 1 del Regolamento delle procedure istruttorie.

16. In data 30 maggio 2017, Helvetia ha fatto pervenire note conclusive che contengono nuove modifiche contrattuali proposte sempre al fine di superare le contestazioni di vessatorietà oggetto di istruttoria.

#### ***Gli esiti della consultazione sul sito Internet: i contributi delle associazioni di consumatori***

17. All'esito della consultazione pubblica, le suddette 4 associazioni di consumatori hanno trasmesso le seguenti osservazioni, in base alle quali tali clausole sarebbero vessatorie.

#### ***A. Intramissibilità agli eredi del diritto all'indennizzo***

18. Con riguardo alle clausole relative all'intramissibilità dell'indennizzo, descritte al punto III A del presente provvedimento, tutte le associazioni di consumatori intervenute hanno rilevato la vessatorietà delle medesime nella misura in cui non prevedono esplicitamente l'ipotesi della premorienza del beneficiario rispetto agli accertamenti medici attestanti lo stato di invalidità. In particolare, il Movimento Consumatori, nel definire vessatorie le predette clausole ai sensi dell'art. 33, commi 1 e 2 lettere a), b), q) e t) del Codice del Consumo, cita esplicitamente la sentenza della

Corte di Cassazione, *ex multis*, n. 395 dell'11 gennaio 2007, Sez. III Civile, la quale chiarisce che la previsione contenuta nella clausola relativa alla non trasmissibilità del diritto all'indennizzo nell'eventualità l'assicurato deceda per cause diverse dall'infortunio prima della liquidazione dell'indennità introduce una limitazione della responsabilità dell'assicuratore atta a pregiudicare l'equilibrio delle prestazioni contrattuali. Nello stesso senso, ed in piena analogia con quanto contestato nella Comunicazione di avvio ad Helvetia, l'associazione evidenzia la pronuncia del Tribunale di Napoli su una fattispecie relativa alla vessatorietà di una clausola che consentiva la trasmissibilità agli eredi solo in caso di morte successiva alla liquidazione o all'offerta di indennizzo (Tribunale di Napoli, n. 9816 del 12 settembre 2016, sez. XII Civile).

19. Anche l'Adiconsum ribadisce la evidente vessatorietà delle clausole che prevedono l'intrasmissibilità agli eredi del diritto all'indennizzo nell'ipotesi del decesso del beneficiario che avvenga prima degli accertamenti volti a valutare il grado dell'invalidità e per fatto indipendente da quest'ultima. Sul punto, l'associazione evidenzia come solo i diritti di natura personale, a contenuto non patrimoniale, siano intrasmissibili, dal che si desume la vessatorietà ai sensi dell'art. 33, primo comma, del Codice del Consumo della clausola che legittima la Compagnia a non corrispondere l'indennizzo agli eredi in caso di decesso dell'assicurato.

20. L'U.Di.Con., riprendendo la sopra citata sentenza della Cassazione, evidenzia lo squilibrio contrattuale derivante dalla limitazione di responsabilità della Compagnia che si garantisce un impegno definitivo del Consumatore – il pagamento del premio – a fronte di una controprestazione il cui adempimento è rimesso alla volontà della Compagnia stessa. L'associazione considera pertanto vessatorie le predette clausole, essendo direttamente volte a limitare la responsabilità patrimoniale della Compagnia per un fatto estraneo all'oggetto del contratto ed inserito nelle Condizioni Generali di Polizza.

#### *B. Criteri di indennizzabilità*

21. I contributi forniti dalle associazioni in merito alle clausole contenenti i criteri di indennizzabilità sono tutti concordi nel ritenere che l'assenza di indicazioni in ordine alle modalità di accertamento ed alla documentazione necessaria a provare il consolidarsi dello stato di invalidità permanente determini uno squilibrio contrattuale a favore della Compagnia.

22. Il Movimento Consumatori ha evidenziato la vessatorietà delle clausole contenenti i criteri di indennizzabilità in relazione all'art. 33, commi 1 e 2 lettera d del Codice del Consumo, in quanto tali da subordinare la liquidazione dell'indennizzo ad un *iter* di verifica generico e descritto in maniera tale da risultare di difficile comprensione lessicale e giuridica.

23. In merito ai criteri di indennizzabilità, l'Adiconsum formula osservazioni volte a contestare la vessatorietà delle clausole sul piano sia dei gravosi oneri probatori posti in capo ai consumatori sia dei limiti di indennizzabilità previsti qualora l'infortunio o la malattia colpiscano un soggetto con precedenti menomazioni fisiche o affetto da altre patologie.

24. U.Di.Con. evidenzia come le clausole in materia di criteri di indennizzo disciplinino in modo quantomeno lacunoso gli obblighi in capo alla Compagnia, non individuando le modalità con cui la società assicuratrice è tenuta, successivamente alla denuncia del sinistro, ad accertare i postumi permanenti dell'invalidità. L'Associazione evidenzia, altresì, come non sia prevista la possibilità per gli eredi dell'assicurato di dimostrare lo stato di invalidità con mezzi alternativi a quelli

previsti dalla Compagnia, ma ugualmente probanti. Ciò premesso, l'U.Di.Con. ritiene vessatorie le clausole considerate.

25. Con riguardo ai criteri di indennizzabilità, il CODACONS chiarisce che il professionista non lascia spazio alla dimostrazione dei postumi permanenti derivanti da malattia e/o infortunio con metodi alternativi, ma ugualmente idonei agli accertamenti demandati alla Compagnia. Le clausole contrattuali strutturate in tal modo, ribadisce l'Associazione, limitano i diritti dell'assicurato e degli eredi al risarcimento e si presumono vessatorie ai sensi dell'art. 33, comma 2, lettera t) del Codice del Consumo che considera vessatorio, tra l'altro, sancire a carico del consumatore limitazioni all'adduzione di prove.

***Gli esiti della consultazione sul sito Internet: i contributi di ANIA e SNA***

26. In data 1 marzo 2017, lo SNA, oltre a formulare istanza di partecipazione al procedimento, ha precisato con specifico riferimento alla clausola contrattuale avente ad oggetto l'intrasmissibilità agli eredi del diritto all'indennizzo che detta condizione è stata oggetto di censura di vessatorietà nella sentenza del Tribunale di Roma Sez. XII, n. 1710 del 31 gennaio 2017. La nullità ai sensi dell'art. 33, comma 1, del Codice del Consumo è stata dichiarata dal Tribunale di Roma, riferisce lo SNA, poiché la clausola determinava un significativo squilibrio dei diritti e degli obblighi delle parti, in nitido contrasto con la regola di buona fede e correttezza, introducendo una causa estintiva dell'obbligazione indennitaria dell'assicuratore, quale il decesso dell'assicurato in un momento precedente alla liquidazione dell'indennizzo da parte della Compagnia, che non trova alcuna giustificazione dal punto di vista sinallagmatico e risulta correlata esclusivamente ad una condotta discrezionale del debitore posta in essere successivamente all'insorgere dell'obbligazione stessa.

27. Il contributo di ANIA, invece, è volto a sostenere la correttezza delle clausole contestate in sede di avvio ad *Helvetia*. Con riguardo all'intrasmissibilità agli eredi del diritto all'indennizzo, ANIA precisa che se il relativo diritto non è ancora sorto in capo al beneficiario, come nell'ipotesi di decesso di quest'ultimo che avvenga prima della valutazione dello stato di invalidità, gli eredi non possono vantare alcuna pretesa giuridica.

Oltre a ciò, ANIA si esprime con riguardo ai termini fissati dalla polizza per la valutazione dello stato di invalidità permanente, riferendo che secondo l'*ars medica* generalmente riconosciuta, al verificarsi di un evento dannoso deve seguire un congruo periodo di tempo prima che il diritto alla prestazione dedotta nel contratto possa ritenersi effettivamente sorto in capo all'assicurato. Nella polizza in questione, poi, l'erogazione della prestazione assicurativa è limitata al solo caso in cui vi sia un'invalidità permanente derivante da malattia o infortunio, con esclusione di qualsiasi prestazione per l'invalidità temporanea. A conferma di ciò, sostiene ANIA, anche per le prestazioni a carico dell'INAIL vi sarebbe un periodo di attesa di 6/12 mesi successivo al verificarsi dell'evento necessario a far sì che le conseguenze dello stesso si consolidino e diventino definitive. Si tratta, anche in questo caso, di prestazioni aventi ad oggetto: i) un indennizzo per la menomazione dell'integrità psicofisica e per le sue conseguenze patrimoniali erogabile solo dopo la guarigione clinica; ii) una rendita diretta per inabilità permanente che decorre dal giorno successivo alla guarigione clinica e, infine, iii) una rendita ai superstiti.

***Le argomentazioni di Helvetia***

28. In data 3 marzo e 9 marzo 2017, *Helvetia*, nel fornire le informazioni richieste in sede di avvio, ha formulato alcune osservazioni ribadite anche nel corso dell'audizione tenutasi il 29 marzo 2017.

La Compagnia ha chiarito, in primo luogo, che le clausole considerate afferiscono a coperture assicurative relative al ramo danni, volte ad indennizzare l'assicurato che sopravvive rispetto alla perdita derivante dallo stato di invalidità permanente conseguente ad infortunio o a malattia. Solo con riguardo al caso di infortunio, la morte può essere oggetto di copertura opzionale aggiuntiva quando derivante dal medesimo infortunio entro due anni dall'evento. Nel caso della sola copertura relativa all'invalidità permanente, precisa quindi Helvetia, non sono oggetto di tutela assicurativa diretta gli eredi del beneficiario, i quali accedono all'indennizzo derivante dalla stessa solo nel caso, previsto dal contratto, che il predetto indennizzo sia già stato offerto in misura determinata prima della morte dell'assicurato. Diversamente, chiarisce Helvetia, nel caso di prodotti afferenti il ramo vita è previsto che sia direttamente coperto il rischio della morte che avvenga per qualunque causa e destinatari diretti siano i beneficiari prescelti, tra i quali anche gli eredi. In questo senso, la polizza per cui è causa rispetta la natura del rischio assicurato, negando la trasmissibilità del diritto di indennizzo agli eredi nei casi in cui quest'ultimo non sia già entrato a far parte, anche se solamente stimato, del patrimonio dell'assicurato defunto. Sul punto, tiene a precisare Helvetia, le compagnie autorizzate all'esercizio dei rami danni, a cui essa stessa è ascrivibile, non possono, ai sensi dell'art. 11 del Codice delle Assicurazioni Private, esercitare in modo congiunto l'attività assicurativa nei rami danni e nel ramo vita.

29. E' sempre per tale motivo, evidenzia Helvetia, che è astrattamente ammissibile la corresponsione dell'indennizzo agli eredi del beneficiario defunto solo se la morte dell'assicurato sopravvenga dopo la valutazione della stabilizzazione dei postumi e per causa diversa dall'evento che ha generato l'invalidità. Infatti, consentire agli eredi il trasferimento del diritto a veder determinata la valutazione dei postumi quando la morte sia avvenuta per cause dipendenti dalla malattia/infortunio non sarebbe contrattualmente possibile, non solo per il fatto che la morte a ridosso del termine convenzionalmente stabilito è indice di un normale decorso della malattia o dell'infortunio e non della presenza di una invalidità permanente, ma anche perché, sotto il profilo tecnico-giuridico, tali eredi dovrebbero esercitare un diritto personale, esclusivo del defunto.

30. Con riguardo alle clausole relative ai criteri di indennizzabilità, Helvetia riferisce che le modalità e la tempistica degli accertamenti da svolgersi per valutare il consolidarsi dei postumi permanenti, dipendono dalla peculiarità degli eventi sottesi al verificarsi dell'invalidità. Con riguardo all'invalidità derivante da infortunio, ad esempio, le conseguenze dell'infortunio giungono sempre ad una stabilizzazione, tuttavia tali conseguenze possono essere talmente varie da non consentire di definire in via preventiva con certezza, anche nell'interesse dell'assicurato, quando si verificherà il consolidamento dei postumi permanenti per poter poi definire con accertamenti mirati il grado di invalidità spettante all'assicurato. In questo senso, se la Compagnia fissasse dei termini predefiniti, rischierebbe di effettuare una valutazione anticipata e, in certe ipotesi, di riconoscere un indennizzo inferiore a quello dovuto. Per agevolare l'assicurato, tuttavia, la polizza prevede una disciplina specifica per ottenere l'anticipo parziale dell'indennizzo.

In merito alla malattia, d'altra parte, le conseguenze della stessa potrebbero non giungere neppure ad una stabilizzazione e, pertanto, è necessario prevedere un termine convenzionale per la valutazione del danno, nel caso di specie da 6 a 18 mesi, individuato sulla base della più diffusa letteratura medico-legale.

31. A testimonianza della buona fede della Compagnia, Helvetia riferisce di aver registrato un solo reclamo dal 2008 a fine 2016 relativo ad un caso di morte prima dell'accertamento dei postumi dell'invalidità.

32. Alla luce delle considerazioni effettuate, la Compagnia ammette, tuttavia, che *"un consumatore può non comprendere appieno la natura e le logiche delle garanzie in oggetto e potrebbe ravvedere un comportamento iniquo della Compagnia nell'applicazione di tali clausole"*<sup>2</sup>

33. In tale ottica, con memorie pervenute in data 2, 12, e 30 maggio 2017, la Compagnia Helvetia ha presentato significative modifiche alle clausole contrattuali della polizza "Zero Imprevisti" che hanno ad oggetto non solo la specifica ipotesi di premorienza contestata nella Comunicazione di avvio, ma anche più in generale la rideterminazione puntuale della procedura di apertura e denuncia del sinistro e di gestione del medesimo. Helvetia ha ritenuto di procedere in tal senso in un'ottica favorevole al consumatore e per venire incontro ai contributi presentati dalle associazioni di consumatori nell'ambito della consultazione pubblica descritta al punto IV.

34. Le modifiche presentate consistono, in primo luogo, nella riformulazione, come sotto riportato, dell'art. 7 del Contratto che, con riguardo alla denuncia di sinistro, rinvia alle sezioni di riferimento a seconda delle garanzie prestate:

#### ***" NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE***

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

*Per le modalità di denuncia e le informazioni di dettaglio di ogni singola sezione richiamata in polizza, si rimanda a quanto previsto nei capitoli NORME PER LA DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO dedicati alle sezioni Infortuni (art. 38) e Malattia (art. 53 relativo alla garanzia "diaria da ricovero da malattia" – art. 62 relativo alla garanzia "grandi interventi chirurgici" – art. 73 relativo alla garanzia "invalidità permanente da malattia")."*

35. Relativamente alle *"Norme che regolano la denuncia e la gestione del sinistro in caso di infortunio"*, il contratto prevede la seguente nuova riformulazione degli articoli 38, 39, 41:

##### ***" Art. 38 – Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro***

*In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto devono:*

*a. fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro;*

*b. darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile;*

---

<sup>2</sup> Doc. 13, Memoria Helvetia Prot. n. 23806, pg. 6

c. *corredare la denuncia del sinistro con certificato medico; la denuncia deve inoltre contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento;*

d. *documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e l'indennizzo verrà riconosciuto a guarigione clinica ultimata;*

e. *sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;*

f. *produrre gli originali di notule, distinte, ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate relativamente la garanzia "spese di cura da infortunio";*

g. *fornire, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).*

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

*L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.*

*L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 del Codice Civile).*

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

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

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

**Art. 39 – Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente**

*Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 29 "Criteri di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.*

*La Società s'impegna a comunicare all'Assicurato, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti.*

**Art. 41 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio**

*Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi.*

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

- l'importo già concordato oppure, in mancanza
  - l'importo offerto oppure, se non vi è stata ancora l'offerta
  - l'importo oggettivamente determinabile dalla Società con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente articolo 38 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro, fornendo, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.
- Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dovranno fornire alla Società:*
- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
  - atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
  - nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
  - eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

*Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Società, gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'assicurato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'assicurato.*

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

36. Con riguardo alla "Norme che regolano la denuncia e la gestione del sinistro in caso di invalidità permanente da malattia" le modifiche sono integrate nei seguenti articoli:

**" Art. 73 – Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro**

*L'Assicurato o altra persona in sua vece devono:*

- denunciare la malattia entro 10 (dieci) giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia diagnosticata, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata;
- inviare alla Società la certificazione medica sulla natura della malattia;
- inviare periodicamente alla Società le informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti;
- sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione del caso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- fornire alla Società, in caso di guarigione clinica della malattia denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico;
- nei casi diversi dal punto che precede, richiedere alla Società di procedere all'accertamento dei postumi secondo le modalità riportate nel successivo art. 74 "Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo".

*L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.*

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

*L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 del Codice Civile).*

**Art. 74 – Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente**

*Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 71 "Criteri di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione invalidità permanente da malattia nel periodo compreso tra i 6 (sei) mesi ed entro i 18 (diciotto) mesi dalla data della denuncia della malattia.*

*Tale periodo è convenzionalmente fissato sulla base di criteri medico legali che definiscono le tempistiche necessarie alla stabilizzazione dei postumi in caso di malattia.*

*Trascorsi i 6 (sei) mesi sopra indicati e sino allo scadere del 18° (diciottesimo) mese, la Società s'impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche.*

*Prima del decorso dei 6 (sei) mesi, la Società non effettuerà alcuna valutazione del grado di invalidità permanente.*

*Decorso i 18 (diciotto) mesi - indipendentemente dalla guarigione clinica della malattia denunciata ed anche in assenza della produzione da parte dell'Assicurato del certificato medico attestante la guarigione e i postumi invalidanti stabilizzati - la Società effettua comunque la valutazione medico legale atta ad accertare gli eventuali postumi invalidanti e si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni, decorrenti dallo scadere dei 18 (diciotto) mesi.*

**Art. 75 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dalla malattia**

*Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi o aventi causa.*

*Se l'assicurato decede, per cause diverse dalla malattia denunciata, e dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti e verifiche, ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'indennizzo in favore dell'Assicurato, la Società, previa produzione del certificato di morte dell'assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:*

- l'importo già concordato oppure, in mancanza
- l'importo offerto

*Se l'Assicurato decede per cause diverse dalla malattia denunciata e prima che siano stati effettuati gli accertamenti e verifiche necessari, la Società liquida agli eredi o aventi causa, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile dalla stessa con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente art. 73, Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro. Ciò a condizione che gli eredi o aventi causa dimostrino:*

- la stabilizzazione dei postumi invalidanti mediante produzione del certificato di guarigione od equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero;
- l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla malattia generante lo stato di invalidità (es. decesso dell'assicurato a causa di incidente stradale).

*Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Società, gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'assicurato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'assicurato.*

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

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;

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

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

37. La nuova formulazione delle clausole è contenuta nell'edizione 6/2017 delle Condizioni di Assicurazione della polizza Helvetia Zero Imprevisti, operativa per nuovi contratti dal 15 giugno 2017 ed Helvetia applicherà le modifiche apportate anche ai rapporti contrattuali già in essere derivanti dalle precedenti edizioni delle polizze.

#### V. VALUTAZIONI CONCLUSIVE

38. Il presente provvedimento concerne la vessatorietà delle clausole contenute nelle Condizioni di Assicurazione della polizza "Zero Imprevisti" e le clausole di analogo contenuto presenti nelle edizioni precedenti del medesimo contratto anche denominato "Multirischi Persona", relativamente alla copertura dell'invalidità permanente da infortunio e malattia, aventi ad oggetto l'intrasmissibilità agli eredi del diritto all'indennizzo e i criteri di indennizzabilità.

39. La vessatorietà riguarda, in particolare, lo specifico caso del decesso dell'assicurato che avvenga per cause diverse da quella che ha generato l'invalidità e prima che la Compagnia abbia verificato la sussistenza di postumi permanenti della predetta invalidità. In questo specifico caso, infatti, il contratto appare escludere la possibilità di corrispondere l'indennizzo agli eredi del beneficiario defunto, anche se lo stato di invalidità si era effettivamente consolidato, ma non era stato accertato dalla Compagnia.

40. Tale ipotesi, infatti, seppur residuale, appare tuttavia possibile a fronte dell'indeterminatezza delle procedure di liquidazione del danno e, in particolare, della ampia tempistica prevista dal contratto per lo svolgimento degli accertamenti necessari a verificare la sussistenza dei postumi permanenti. L'ampiezza della predetta tempistica, come evidenziato dalla Compagnia, appare dettata dalla necessità che i postumi clinici si stabilizzino fino a poter definire il livello di invalidità da riconoscere all'assicurato. E' tuttavia possibile che in alcuni casi i postumi dell'invalidità si consolidino in termini più brevi di quelli massimi previsti dal Contratto e che, vista la libertà di cui la Compagnia gode nello svolgimento degli accertamenti, le verifiche necessarie a provare lo stato clinico del beneficiario non siano state ancora effettuate al momento del decesso.

41. Nel caso descritto, seppur non accertato, il diritto all'indennizzo si era comunque consolidato in capo al beneficiario, poi defunto per cause indipendenti dall'invalidità. Ne consegue che le clausole aventi ad oggetto l'intrasmissibilità agli eredi del diritto all'indennizzo e i criteri di indennizzabilità generano uno squilibrio contrattuale in danno del consumatore in quanto risultano idonee a *"prevedere un impegno definitivo del consumatore mentre l'esecuzione della prestazione*

*del Professionista è subordinata ad una condizione il cui adempimento dipende unicamente dalla sua volontà*"(art. 33, comma 2, lettera d Codice del Consumo).

42. Quanto sopra appare confermato dalla Sentenza della Corte di Cassazione dell'11 gennaio 2007, n. 395, in cui si afferma che *"la previsione contenuta nella clausola per cui è controversia e, cioè, la non trasmissibilità del diritto all'indennizzo nella eventualità l'assicurato fosse deceduto per cause diverse dall'infortunio, prima della concreta liquidazione dell'indennità stessa non riguarda in alcun modo né l'oggetto del contratto, né il rischio garantito, ma introduce una limitazione della responsabilità dell'assicuratore"*. Ciò a dire che la natura della polizza, e dunque il rischio garantito, nulla ha a che vedere con l'introduzione di una clausola che mira unicamente a escludere parzialmente le responsabilità derivanti dall'assunzione dello stesso rischio oggetto di polizza.

43. La Cassazione nella medesima sentenza prosegue affermando che: *"è evidente che la clausola limitativa della responsabilità dell'assicuratore per un fatto estraneo all'oggetto del contratto ed inserito nelle condizioni generali di polizza – cioè la morte per fatto non dipendente dall'infortunio dell'assicurato prima della liquidazione dell'indennizzo – altera il normale equilibrio contrattuale a vantaggio dell'assicuratore anche se visto nella sola convenienza di sottrarsi all'immediata esecuzione della prestazione in attesa fiduciosa del verificarsi dell'evento causativo dell'estinzione dell'obbligazione"*. In questo senso, la Corte di Cassazione introduce il tema della possibilità per la compagnia assicurativa di gestire le modalità e le tempistiche degli accertamenti medici in modo tale da attendere opportunisticamente il fatto estintivo dell'obbligazione, ossia il decesso.

44. Nello stesso senso, si è orientato anche il Tribunale di Roma nella Sentenza del 31 gennaio 2017 n. 1710, nella quale, relativamente all'intrasmissibilità agli eredi del diritto all'indennizzo, chiarisce che: *"a fronte dell'obbligazione dell'assicurato di corresponsione del premio per il rischio infortunio, introduce una causa estintiva dell'obbligazione indennitaria dell'assicuratore – quale il decesso dell'assicurato in un momento precedente alla liquidazione dell'indennizzo da parte della Compagnia – che non trova alcuna giustificazione dal punto di vista sinallagmatico e risulta correlata esclusivamente ad una condotta discrezionale del debitore, posta in essere successivamente all'insorgenza dell'obbligazione stessa"*, giungendo a definire *"discrezionale"* la condotta della compagnia assicurativa anche con riguardo alla scelta della tempistica e delle modalità di liquidazione dell'indennizzo.

45. Le considerazioni svolte dalla Corte di Cassazione e dal Tribunale di Roma, seppure riferite all'ipotesi di invalidità permanente derivante da infortunio, appaiono estensibili anche all'invalidità derivante da malattia e, dunque, ad entrambe le garanzie contemplate all'interno della polizza Helvetia oggetto del presente provvedimento.

46. La vessatorietà non appare superata dalla circostanza che nelle edizioni più recenti del Contratto oggetto di accertamento Helvetia abbia introdotto la possibilità di erogare agli eredi l'indennizzo anche nell'ipotesi in cui lo stesso fosse stato solo determinato ed offerto al beneficiario, ma non liquidato. E' evidente, infatti, che la determinazione dell'indennizzo da parte della Compagnia risulta comunque frutto degli accertamenti disposti dalla stessa nelle modalità che ritiene opportune sulla base di una disciplina contrattuale che assegna tempi ampi per le verifiche mediche e non individua una procedura e una documentazione specifica idonea ad attestare lo stato di invalidità permanente.

47. In merito alla osservazione sollevata da Helvetia con riguardo alla natura della polizza "Zero Imprevisti", danni piuttosto che vita, si chiarisce che la circostanza che si tratti di una copertura danni non giustifica in alcun modo l'impossibilità per gli eredi di percepire l'indennizzo nel caso in cui il beneficiario muoia per fatti diversi da quello che hanno generato l'invalidità che, pur consolidatasi, non sia ancora stata valutata in base agli accertamenti previsti dalla Compagnia.

48. Agli eredi tale diritto all'indennizzo, infatti, andrebbe riconosciuto non in via diretta, come accadrebbe nel caso di una polizza vita, ma in via successoria, qualora sia accertato che l'invalidità permanente si era effettivamente costituita in capo al beneficiario, defunto poi per cause indipendenti dalla stessa, e dunque il diritto si era comunque consolidato.

49. Quanto alla necessità, più volte ribadita da Helvetia, che le verifiche mediche vengano eseguite nei tempi e con le modalità che le singole patologie o infortuni richiedono ed alla manifestata difficoltà di standardizzare gli accertamenti e di ridurne la tempistica, si obietta che nel caso qui specificatamente considerato, ossia quello della premorienza del beneficiario invalido rispetto alle verifiche disposte dalla Compagnia, l'impossibilità di disporre i relativi accertamenti dopo il decesso di quest'ultimo, fa sì che si determini la vessatorietà della disciplina contrattuale, nella misura in cui essa non indica la documentazione idonea a provare lo stato di invalidità anche a prescindere dai riscontri clinici disposti dalla Compagnia. E' di tutta evidenza, infatti, che fino a quando il beneficiario è in vita sarà in grado di esercitare i propri diritti adeguandosi alla tempistica fissata dalla Compagnia o magari sollecitando quest'ultima, anche tramite l'invio di documentazione medica, a svolgere i relativi accertamenti. Possibilità che viene meno, o appare assai meno praticabile da parte degli eredi, dopo il decesso dell'assicurato, visto che i riscontri clinici relativi al consolidarsi dello stato di invalidità non possono che riferirsi ad un momento precedente.

50. In forza delle considerazioni che precedono, risultano pertanto vessatorie le clausole sub III, A e B, in quanto privano gli eredi del diritto all'indennizzo nelle ipotesi in cui il beneficiario muoia prima degli accertamenti volti a provare il consolidato stato di invalidità e per fatto diverso da quest'ultima.

51. Pur avendo formulato le difese sopra riportate, Helvetia ha tuttavia espressamente ammesso che, per come formulate, le clausole in questione possono indurre il consumatore a non comprendere appieno il contenuto e la natura delle garanzie offerte ed ha significativamente modificato la propria documentazione contrattuale, anche alla luce di quanto rilevato dalle associazioni di consumatori nell'ambito della consultazione pubblica disposta dall'Autorità.

52. Nell'ultima versione delle condizioni contrattuali di Helvetia, entrate in vigore a partire dal 15 giugno 2017, le clausole sub IV del presente provvedimento, contenute negli articoli 7, 38, 39, 41, 73, 74, 75, così come modificate e recepite nell'edizione 6/2017 delle Condizioni di Assicurazione della polizza Helvetia Zero Imprevisti, non risultano vessatorie, in quanto Helvetia ha introdotto l'ipotesi di devoluzione agli eredi dell'indennizzo in caso di premorienza del beneficiario invalido rispetto agli accertamenti della Compagnia, anche qualora il decesso si verificasse entro i 6 mesi dall'evento che ha generato l'invalidità, individuando con precisione la procedura e la documentazione necessaria a provare lo stato di invalidità quale presupposto necessario al consolidarsi del diritto all'indennizzo. Helvetia applicherà le modifiche apportate anche ai rapporti contrattuali già in essere derivanti dalle precedenti edizioni delle polizze.

RITENUTO che per le clausole oggetto della comunicazione di avvio del procedimento vige una presunzione legale di vessatorietà ex articolo 33, comma 2, lettera *d*) del Codice del Consumo e che la Parte non ha fornito elementi pienamente sufficienti per superare tale presunzione;

RITENUTO in particolare, sulla base delle considerazioni suesposte, che le clausole descritte al punto III, lettera A e B del presente provvedimento, siano vessatorie ai sensi dell'articolo 33, commi 1 e 2, lettera *d*), Codice del Consumo;

RITENUTO che le nuove clausole, riformulate secondo la versione prodotta in atti, recepita nell'edizione 6/2017 delle Condizioni di Assicurazione della polizza Helvetia Zero Imprevisti, nonché già utilizzate dal 15 giugno 2017 e applicate anche ai rapporti contrattuali già in essere derivanti dalle precedenti edizioni delle polizze, non risultano vessatorie ai sensi dell'art. 33, commi 1 e 2, lettera *d*), del Codice del Consumo.

RITENUTO che è dovuta la pubblicazione di un estratto del presente provvedimento per informare compiutamente i consumatori della vessatorietà delle clausole oggetto della presente valutazione sul sito *internet* dell'Autorità e di Helvetia ai sensi dell'articolo 37 *bis*, comma 2, del Codice del Consumo e dell'articolo 23, comma 8, del Regolamento; che appare congruo che la predetta pubblicazione sul sito di Helvetia abbia la durata di venti giorni consecutivi.

#### DELIBERA

a) che le clausole di cui al punto III, lettera A e B del presente provvedimento integrano una fattispecie di vessatorietà ai sensi dell'articolo 33, commi 1 e 2, lettera *d*), Codice del Consumo, per le ragioni e nei limiti esposti in motivazione;

b) che le nuove formulazioni delle clausole di cui al punto IV del presente provvedimento, artt. 7, 38, 39, 41 e artt. 73, 74, 75 nella versione prodotta in atti e recepita nell'edizione 6/2017 delle Condizioni di Assicurazione della polizza Helvetia Zero Imprevisti entrata in vigore il 15 giugno 2017, con applicazione anche ai rapporti contrattuali già in essere derivanti dalle precedenti edizioni delle polizze, non risultano vessatorie ai sensi dell'art. 33, commi 1 e 2, lettera *d*).

#### DISPONE

a) che la società Helvetia pubblici, a propria cura e spese, un estratto del provvedimento ai sensi dell'articolo 37 *bis* del Codice del Consumo e dell'articolo 23, comma 8, del Regolamento, secondo le seguenti modalità:

- 1) il testo dell'estratto del provvedimento è quello riportato nell'allegato al presente provvedimento;
- 2) il testo dell'estratto del provvedimento dovrà essere pubblicato per 20 giorni consecutivi sulla *home page* del sito [www.helvetia.com](http://www.helvetia.com), con adeguata evidenza grafica e in una posizione della pagina web che non richieda al consumatore di scorrerla, entro venti giorni dalla comunicazione dell'adozione del presente provvedimento;

b) che la pubblicazione del testo dell'estratto del provvedimento dovrà essere preceduta dalla comunicazione all'Autorità della data in cui la stessa avrà luogo e dovrà essere seguita, entro tre giorni, dall'invio all'Autorità di una copia del predetto estratto così come pubblicata sulla *home page* del sito *www.helvetia.com*;

c) che la pubblicazione dovrà ricalcare *in toto* impostazione, struttura e aspetto dell'estratto allegato al presente provvedimento; le modalità di scrittura e di diffusione non dovranno essere tali da vanificare gli effetti della pubblicazione; in particolare, nella pagina del sito *internet* di pubblicazione dell'estratto, così come nelle restanti pagine, non dovranno essere riportati messaggi che si pongano in contrasto con il contenuto dell'estratto o che comunque tendano ad attenuarne la portata e il significato.

Ai sensi dell'articolo 37 *bis*, comma 2, del Codice del Consumo, in caso di inottemperanza l'Autorità applica una sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 euro a 50.000 euro.

Avverso il presente provvedimento può essere presentato ricorso al TAR del Lazio, ai sensi dell'articolo 37 *bis*, comma 4, e dell'art. 135, comma 1, lettera *b*), del Codice del processo amministrativo (Decreto Legislativo 2 luglio 2010, n. 104), entro sessanta giorni dalla data di comunicazione dello stesso, fatti salvi i maggiori termini di cui all'art. 41, comma 5, del Codice del processo amministrativo, ovvero può essere proposto ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ai sensi dell'art.8, del Decreto del Presidente della Repubblica 24 novembre 1971, n. 1199, entro il termine di centoventi giorni dalla data di comunicazione del parere stesso.

Il presente provvedimento sarà comunicato ai soggetti interessati e pubblicato nel Bollettino dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato.

L'estratto del provvedimento è altresì pubblicato, entro venti giorni dalla comunicazione della sua adozione, in apposita sezione del sito *internet* istituzionale dell'Autorità.

IL SEGRETARIO GENERALE  
*Roberto Chieppa*

IL PRESIDENTE  
*Giovanni Pitruzzella*