

Assicurazione multirischi infortuni, invalidità permanente da malattia, assistenza e tutela legale



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

Impresa: HDI Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Globale Infortuni e IPM

Documento realizzato il 1° novembre 2020

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

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

HDI Assicurazioni S.p.A. (di seguito Società) – Sede Legale e Direzione Generale: piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma (Italia) – Telefono +39.06.4210.31 – fax +39.06.4210.3500 – Sito Internet: www.hdiassicurazioni.it – indirizzo di posta elettronica: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it. Codice Fiscale, Partita IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172. Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'08.06.1993 (G.U. 14.06.1993) e iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022. Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015.

Il patrimonio netto al 31 dicembre 2019 ammonta a 295,26 milioni di Euro (di cui 141,45 milioni di Euro sul comparto Vita e 153,81 milioni di Euro sul comparto Danni), ed è costituito da capitale sociale per 96,00 milioni di Euro (di cui 46,00 milioni di Euro vita e 50,00 milioni di Euro danni) e da riserve patrimoniali e dal risultato d'esercizio per 199,25 milioni di Euro (di cui 95,45 milioni di Euro vita e 103,80 milioni di Euro danni).

La Compagnia ha determinato il Requisito Patrimoniale di Solvibilità ed il Requisito Patrimoniale Minimo al 31 dicembre 2019 secondo quanto previsto dalla vigente normativa Solvency II.

Il Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 429,40 milioni di Euro ed i Fondi Propri Ammissibili a copertura dello stesso sono pari a 599,63 milioni di Euro. Si registra così una eccedenza di 170,23 milioni di Euro ed un Solvency Ratio pari al 139,6%.

Il Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 193,23 milioni di Euro ed i Fondi Propri Ammissibili a copertura dello stesso sono pari a 550,75 milioni di Euro. Si registra così una eccedenza di 357,52 milioni di Euro ed un Ratio pari al 285,0%.

Per la relazione sulla solvibilità finanziaria e sulla condizione finanziaria (SFCR) si consulti il sito internet della Società al seguente link: <https://www.hdiassicurazioni.it/assicurazioni-hdi-informativa-mercato>.

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le informazioni relative alle coperture assicurative previste dal prodotto. Si precisa che, per ciascuna garanzia prestata, l'ampiezza dell'impegno della Società è rapportata alle somme assicurate ed ai massimali concordati con l'Assicurato puntualmente indicati nella scheda di polizza e/o nei relativi allegati.

INFORTUNI

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività professionale esercitata (ed indicata nella Scheda di Polizza) e di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

Sono equiparati ad Infortunio i seguenti casi:

- asfissia di origine non morbosa;
- avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria;
- avvelenamento del sangue o infezione, sempreché l'agente infettivo si sia introdotto nell'organismo in modo traumatico attraverso una lesione del tessuto epidermico esterno;
- avvelenamento acuto o infezione conseguente a morsi di animali o punture di insetti o di vegetali;
- annegamento;
- assideramento od il congelamento;
- colpo di sole o di calore;
- folgorazione o elettrocuzione;
- lesioni muscolari determinate da sforzi;
- rottture sottocutanee dei tendini;
- ernie addominali da sforzo.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni occorsi:

- in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
- a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- in qualità di passeggero di viaggio aereo durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento o di trasporto pubblico di passeggeri effettuati su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti.

La copertura è integrata dalle estensioni di garanzia sempre operanti: - adattamento domestico; - adattamento autoveicolo; - spese psicoterapeutiche; - indennità morte a seguito di rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro; - commorienza genitori in presenza di figli minori o portatori di handicap; - ricovero contemporaneo "coniugi"; - indennità perdita anno scolastico; - danno estetico; - rottura sottocutanea dei tendini; - ernie addominali da sforzo. La <u>garanzia base</u> è l'Invalidità permanente da infortunio che riconosce il pagamento della somma assicurata nel caso l'infortunio abbia come conseguenza un'invalidità permanente totale o parziale, in proporzione al grado di invalidità accertato.	
OPZIONI CON RIDUZIONE DI PREMIO: è possibile beneficiare di uno sconto sul premio acquistando le seguenti garanzie facoltative:	
Franchigia per invalidità permanente 5% assorbibile	Questa opzione prevede che sulla parte di somma assicurata fino a € 300.000,00, la Società non corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 5% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 5% della totale, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata in base ai valori indicati nella tabella riportata in polizza; Sulla eventuale parte di somma assicurata maggiore di € 300.000,00, la Società non corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 10% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 10% della totale, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata in base ai valori indicati nella tabella riportata in polizza.
Franchigia per invalidità permanente 5% relativa	Questa opzione prevede che la Società non corrisponda alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 5% della totale; qualora essa risulti superiore al 5% della totale, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata in base ai valori indicati nella tabella riportata in polizza
Franchigia per invalidità permanente 60%=100%	Per questa opzione la Società non corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente qualora questa sia di grado inferiore al 60% della totale; se essa risulta pari o superiore al 60% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.
Tabella ANIA	Per questa opzione il grado di invalidità permanente verrà accertato in base ai valori contenuti nella tabella riportata in polizza.
Limitazione ai soli infortuni professionali	Con questa opzione la copertura assicurativa è limitata ai soli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata, compresi quelli avvenuti durante il tempo necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa. La presente opzione è attivabile solo per determinate attività professionali.
Limitazione ai soli infortuni extraprofessionali	L'attivazione di questa opzione prevede che la copertura assicurativa sia limitata ai soli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale, con esclusione quindi degli infortuni che l'Assicurato subisca durante attività comunque retribuite alle dipendenze di terzi o svolte in proprio a titolo professionale o che comunque comportino remunerazione sia diretta che indiretta. La presente opzione è attivabile solo per determinate attività professionali.
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: la copertura può essere integrata acquistando le seguenti garanzie facoltative:	
Franchigia per invalidità permanente 3% assorbibile	Questa opzione prevede che sulla parte di somma assicurata fino a € 300.000,00, la Società non corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 3% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 3% della totale, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata in base ai valori riportati nella tabella riportata in polizza. Sulla eventuale parte di somma assicurata maggiore di € 300.000,00, la Società non corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 5% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 5% della totale, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata in base ai valori indicati nella tabella riportata in polizza.
Tabella INAIL	Questa opzione prevede che il grado di invalidità permanente venga accertato in base ai valori contenuti nella tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista nell'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa.
Morte	Questa opzione assicura il pagamento della somma assicurata ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi in caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio.
Indennità giornaliera per ricovero da infortunio	Questa opzione prevede la corresponsione di un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero in istituto di cura, anche in regime di day hospital o day surgery.
Indennità giornaliera post ricovero da infortunio	Per questa opzione la Società corrisponde un'indennità giornaliera a titolo di convalescenza di entità pari a quella corrisposta per l'Indennità giornaliera per ricovero da infortunio. L'indennità verrà corrisposta a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia determinato un ricovero con almeno due pernottamenti consecutivi oppure un intervento chirurgico ambulatoriale od in regime di day surgery.
Indennità giornaliera da gessatura	Questa opzione prevede, in caso di Infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini Gessatura, la corresponsione di un'indennità giornaliera a partire dal giorno di applicazione e fino al giorno di rimozione del gesso, come documentati da certificazione medica.
Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio	Per questa opzione, in caso di infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione, la Società corrisponde l'indennità giornaliera per inabilità temporanea, indicata sulla scheda di polizza: - integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali dichiarate; - al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali dichiarate.

Supervalutazione dell'invalidità permanente – Dita delle mani	Questa opzione prevede che in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza occorso alle dita delle mani, la Società liquida l'invalidità permanente secondo le seguenti percentuali: - per la perdita del pollice 80% - per la perdita dell'indice 80% - per la perdita del medio o dell'anulare 20% - per la perdita dell'anulare 20% - per la perdita del mignolo 40% - per la perdita della falange ungueale del pollice 40% - per la perdita della falange ungueale dell'indice 30% - per la perdita della falange ungueale medio o dell'anulare 5% - per la perdita della falange ungueale del mignolo 15% La presente opzione è attivabile solo per determinate attività professionali.
Estensione HIV	Questa opzione prevede l'estensione dell'assicurazione al caso in cui l'Assicurato contragga un'infezione da HIV clinicamente accertabile, a seguito di contagio accidentale ed originato da causa fortuita, violenta ed esterna che sia avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa indicata nella Scheda di polizza. La presente opzione è attivabile solo per determinate attività professionali.
Sport impegnativi	Per questa opzione le garanzie Invalidità permanente, Morte, Indennità giornaliera per ricovero da infortunio e Indennità giornaliera post ricovero da infortunio, viene estesa anche agli infortuni occorsi durante la pratica dei seguenti sport, altrimenti esclusi: atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, sollevamento pesi, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, speleologia, rugby, football americano, hockey, sci/snowboard alpinismo.
Calamità naturali	Questa opzione prevede, per le garanzie Invalidità permanente e Morte, l'estensione della copertura agli infortuni causati da terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni ed eruzioni vulcaniche. L'indennizzo spettante all'Assicurato, in questo caso, dipende dal numero di Assicurati con la Società colpiti dallo stesso sinistro.
Integrazione per dirigenti	Per le garanzie Invalidità permanente e Morte, questa opzione prevede l'estensione della copertura anche alle Malattie Professionali che siano insorte e si siano manifestate durante la validità della polizza, intendendosi come tali quelle attualmente riconosciute dal T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali - D.P.R. 1124/1965 e successive modificazioni. Limitatamente alla garanzia Invalidità permanente, l'assicurazione è estesa anche alle Malattie Tropicali che potessero contrarre le persone assicurate durante la loro permanenza in tutti i Paesi della fascia tropicale del globo. La presente opzione è attivabile solo per determinate attività professionali.
Rimborso spese mediche da infortunio	Questa opzione prevede il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato in conseguenza diretta ed esclusiva dell'Infortunio indennizzabile per: - accertamenti diagnostici; - prestazioni mediche specialistiche (con esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere); - trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da un medico e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione. In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, day hospital, day surgery e/o intervento chirurgico ambulatoriale, sono rimborsate anche le spese sostenute per: rette di degenza, onorari dei medici curanti, medicinali, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro).
Rendita vitalizia annua da infortunio	Per questa opzione la Società, nel caso di una Invalidità permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, in aggiunta all'indennizzo per l'invalidità permanente, riconosce all'Assicurato una rendita vitalizia immediata rivalutabile pari all'importo iniziale indicato nella Scheda di Polizza. La Società garantisce la rendita vitalizia rivalutabile tramite emissione a proprio carico di una polizza vita a favore dell'Assicurato. La polizza vita sarà nella forma a Premio unico, senza alcun onere a carico dell'Assicurato stesso e non sarà riscattabile. La rendita vitalizia sarà erogata, in rate posticipate mensili annualmente rivalutate e verrà corrisposta dal mese successivo alla data di decorrenza della polizza fino a quando l'Assicurato sarà in vita. Se al momento del Sinistro l'Assicurato avesse un'età inferiore a 40 anni compiuti, la Società, in sostituzione della rendita, corrisponderà all'Assicurato il capitale sostitutivo indicato nella Scheda di Polizza. Il capitale sostitutivo sarà corrisposto contestualmente ed in aggiunta al pagamento a titolo definitivo dell'Indennità prevista per l'Invalidità permanente da Infortunio. Se al momento del Sinistro, invece, l'Assicurato avesse un'età pari o superiore a 60 anni compiuti, la Società, unitamente alla rendita ed alla contestuale corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità prevista per l'Invalidità permanente da Infortunio, liquiderà all'Assicurato un ulteriore capitale aggiuntivo pari a quanto indicato nella Scheda di Polizza.
Assegno integrativo per incapacità di svolgere l'attività	La Società, con l'attivazione di questa opzione, riconosce all'Assicurato, impossibilitato a svolgere parzialmente o totalmente le Attività professionali dichiarate a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, un importo giornaliero come indicato nella Scheda di Polizza a titolo di Assegno integrativo. La presente opzione è attivabile solo per determinate attività professionali.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La copertura assicurativa vale in caso di invalidità permanente conseguente a malattia ed esclusivamente se quest'ultima si sia manifestata successivamente alla data di effetto della polizza, ma comunque non oltre 90 giorni dopo la sua cessazione. In quest'ultimo caso, se la malattia si manifesta nei 90 giorni successivi alla cessazione della polizza, è necessario che essa sia comunque insorta durante il periodo di validità della polizza stessa.

Dopo aver accertato il grado di invalidità, la Società corrisponde l'indennizzo sulla somma assicurata in base alle tabelle previste dal tipo di franchigia contrattualmente concordata al momento della stipula della Polizza.

Limitatamente a questa sezione è prevista la compilazione di un questionario sanitario.

OPZIONI CON RIDUZIONE DI PREMIO: è possibile beneficiare di uno sconto sul premio acquistando la seguente garanzia facoltativa:	
Franchigia Invalidità Permanente da Malattia 65%	Per questa opzione la Società non corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente qualora questa sia di grado pari o inferiore al 65% della totale; se essa risulta superiore al 65% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: la copertura può essere integrata acquistando la seguente garanzia facoltativa:	
Franchigia Invalidità Permanente da Malattia 25%	Per questa opzione la Società non corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente qualora questa sia di grado inferiore al 25% della totale; se essa risulta pari o superiore al 25% della totale, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata in base ai valori riportati nella tabella riportata in polizza.

ASSISTENZA	
Servizio Assistenza Infortuni: la copertura assicurativa garantisce assistenza all'Assicurato a seguito di infortunio mediante la Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. che provvederà ad erogare le seguenti prestazioni: 1. Consulenza medica generica; 2. Invio di un medico generico a domicilio in Italia; 3. Invio di un infermiere a domicilio in Italia; 4. Invio di un fisioterapista a domicilio in Italia; 5. Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio in Italia; 6. Ricerca negozi per articoli sanitari, presidi, e protesi in Italia; 7. Consegna spesa a domicilio in Italia; 8. Collaboratrice familiare in Italia; 9. Trasporto in autoambulanza in Italia; 10. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato in Italia; 11. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato in Italia. Inoltre, a seguito di sinistri verificatisi ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato, sono erogate anche le seguenti prestazioni: 12. Rientro sanitario; 13. Rientro con un familiare; 14. Anticipo spese prima necessità; 15. Viaggio di un familiare; 16. Accompagnamento di minori; 17. Autista a disposizione in Italia; 18. Prolungamento del soggiorno; 19. Rientro salma.	
OPZIONI CON RIDUZIONE DI PREMIO: non sono previste opzioni con riduzione di premio.	
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: è possibile ampliare la copertura dell'Assistenza acquistando il seguente servizio.	
Assistenza domiciliare integrata e Care manager	Con questa opzione, in seguito ad un ricovero per infortunio di durata superiore a 5 giorni, la Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. provvederà ad erogare servizi di ospedalizzazione domiciliare ed altri servizi sanitari, socio-sanitari e non sanitari a domicilio. Inoltre, con il Care Manager in caso di infortunio che comprometta l'autosufficienza dell'Assicurato ed egli necessiti di una consulenza socioassistenziale, potrà contattare la Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. per far valutare il proprio caso dal Care Manager.

TUTELA LEGALE	
Se l'Assicurato è coinvolto in una vertenza, avvalendosi di ARAG SE per la gestione dei sinistri la Società assicura: - compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della Vertenza; - compensi dell'avvocato per la negoziazione assistita o per la mediazione; - compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte è rinviata a giudizio in sede penale; - compensi dell'avvocato domiciliatario, se indicato da ARAG; - spese di Soccombenza poste a carico dell'Assicurato; - spese di esecuzione forzata, fino a due tentativi per sinistro; - spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione è obbligatoria; - spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri; - compensi dei periti; - spese di Giustizia; - spese di investigazione difensiva nel procedimento penale; occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale nei casi previsti in polizza. L'assicurazione è acquistabile nelle due opzioni Light o Premium .	
OPZIONI CON RIDUZIONE DI PREMIO: non sono previste opzioni con riduzione di premio.	
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.	

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Danni, nessun indennizzo verrà corrisposto se l'attività professionale svolta al momento del sinistro rientra tra le seguenti: - Attività comportanti il contatto con materiali radioattivi, corrosivi, velenosi, esplodenti o merci pericolose; - Attività circensi;

	- Attività dello spettacolo, cinema / teatro e simili in presenza di Scene pericolose; - Appartenenti alle Forze Armate (FF. AA.), Corpi di Polizia o Corpo nazionale dei vigili del fuoco; - Fantini / Driver (trotto); - Guardie del corpo / Buttafuori; - Guide alpine; - Istruttori o allenatori di: Alpinismo / Bob / Deltapiano / Hydrospeed / Paracadutismo / Parapendio / Rafting / Roccia / Salto dal trampolino con gli sci / Sci-Snowboard acrobatico / Sci-Snowboard alpinismo / Slittino / Volo; - Istruttori di corsi di sopravvivenza; - Palombari / Sommozzatori / Sub professionisti; - Speleologi; - Piloti professionisti di auto e natanti/ Collaudatori di veicoli / Istruttori di guida sportiva; - Attività aeronautiche: piloti, collaudatori, personale di volo, componenti equipaggio di cabina, ex gente dell'aria; - Sportivi professionisti / semiprofessionisti. Inoltre, nell'ambito della sezione TUTELA LEGALE, non sono assicurate le seguenti spese: - compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite; - compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale; - compensi dell'avvocato domiciliatario, se non indicato da ARAG; - spese per l'indennità di trasferta; - spese di esecuzione forzata oltre il secondo tentativo per sinistro; - spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione non è obbligatoria; - multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere; - spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali; - spese non concordate con ARAG; - ogni duplicazione di onorari, nel caso di domiciliazione; - spese recuperate dalla controparte. - spese sostenute per la Fase Stragiudiziale se non è gestita da ARAG; - spese sostenute per gli accordi economici tra Assicurato e avvocato, per la transazione della Vertenza e per l'intervento del Perito o del consulente tecnico di parte, se non preventivamente autorizzate da ARAG.
--	--



Ci sono limiti di copertura?

Per ciascuna sezione possono essere previsti criteri di indennizzabilità e condizioni di operatività della copertura in funzione di quanto dichiarato dal Contrante sulla natura, sullo stato di salute e sull'attività esercitata dai soggetti Assicurati. Per ciascuna garanzia, incluse quelle facoltative, l'indennizzo può essere corrisposto con limiti inferiori alle somme assicurate o ai massimali indicati sulla scheda di polizza. Inoltre, possono essere previsti periodi di carenza, possono essere applicati scoperti (espressi in percentuale), franchigie (temporali, oppure espresse in percentuale o in valore assoluto) che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo. Sono altresì presenti esclusioni per effetto delle quali la copertura non è operante e la Società non è obbligata a rispondere del danno.

INFORTUNI

Criteri di indennizzabilità:

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo, di un senso o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità permanente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Per la valutazione delle menomazioni visive e uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di minorazione anziché di perdita totale, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso in cui l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

I postumi di Invalidità permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, gli stessi si siano stabilizzati e comunque entro un periodo massimo di 12 mesi dalla data della denuncia.

A seconda dell'opzione di franchigia scelta e delle tabelle operanti (v. sopra "OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO" della sezione "Che cosa è assicurato?"), l'indennizzo si calcola:

- applicando alle fasce di somme assicurate la percentuale da liquidare corrispondente al grado di invalidità permanente accertata (franchigia assorbibile)
- moltiplicando la somma assicurata per la percentuale da liquidare corrispondente al grado di invalidità permanente accertata (franchigia relativa)

Si riporta a seguire un'esemplificazione numerica finalizzata ad illustrare il meccanismo di funzionamento della franchigia assorbibile con supervalutazione:

Somma assicurata = 100.000 euro;

Invalidità permanente da infortunio accertata = 7%;

Applicazione della tabella di liquidazione prevista dalla "Franchigia 3% assorbibile" (stabilisce che a fronte di un'invalidità del 7% si liquida il 4% del capitale assicurato);

Invalidità permanente da infortunio indennizzata = il 4% di 100.000 euro = 4.000 euro.

Delimitazioni e detrazioni:

si riepilogano a seguire i Limiti di Indennizzo, le Franchigie e gli Scoperti operanti per la Sezione Infortuni:

GARANZIA COLPITA DA SINISTRO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
Adattamento domestico	€ 10.000,00 per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	===
Adattamento autoveicolo	€ 5.000,00 per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	===
Spese psicoterapeutiche	n. 10 colloqui per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo e sino ad un massimo di € 80,00 per ogni singolo colloquio.	===
Commorienza genitori in presenza di figli minori o portatori di handicap	€ 100.000,00 per ciascun genitore Assicurato.	===
Indennità perdita anno scolastico	1% della somma assicurata per l'Invalidità permanente, con il massimo di € 2.000,00 per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	===
Danno estetico	10% della somma assicurata per l'Invalidità permanente, con il massimo di € 5.000,00 per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	===
Rottura sottocutanea dei tendini	4% della somma assicurata per l'Invalidità permanente, con il massimo di € 5.000,00 per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo	===
Ernie addominali da sforzo	Come da Invalidità permanente accertata ma comunque non oltre il 10% della relativa somma assicurata, per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	Come da franchigia contrattualmente operante
Indennità giornaliera per ricovero da infortunio	365 giorni per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	===
Indennità giornaliera post ricovero da infortunio	Numero di giorni pari al doppio dei giorni di degenza ospedaliera, con il massimo di 90 giorni per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	===
Indennità giornaliera da gessatura	- Gessatura: 50% dell'indennità giornaliera per ricovero da infortunio, con il massimo di 120 giorni per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo. - Frattura ossea o lesione capsulo-legamentosa: 50% dell'indennità giornaliera per ricovero da infortunio, con il massimo di 30 giorni per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	===
Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio	365 giorni, per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	Come da franchigia contrattualmente operante
Estensione HIV	10% della somma assicurata per invalidità permanente, con il massimo di € 20.000,00.	===
Calamità naturali	€ 10.000.000,00 per sinistro e per periodo assicurativo, indipendentemente dal numero di persone assicurate con la Società.*	Come da franchigia contrattualmente operante
Integrazione per dirigenti	€ 300.000,00 per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	- Malattie professionali: franchigia 10% sull'Invalidità permanente. - Malattie Tropicali: franchigia 15% sull'Invalidità permanente.
Rimborso spese mediche da infortunio	- Massimale come da Scheda di polizza; - Trattamenti fisioterapici e rieducativi: fino a concorrenza del 20% del massimale, per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	Franchigia € 100,00 per Sinistro
Assegno integrativo per incapacità di svolgere l'attività	10 giorni per Sinistro e per persona, con il limite di 30 giorni per persona e per periodo assicurativo.	Franchigia 7 giorni

*In caso di sinistro causato da terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni od eruzioni vulcaniche, che colpisca più persone assicurate con la Società a qualsiasi titolo per il rischio infortuni, l'indennizzo spettante a ciascun Assicurato non può eccedere il limite massimo stabilito nel contratto per la totalità di tali Assicurati ed è pertanto ridotto in proporzione al numero totale di persone assicurate e alle somme previste dalle rispettive polizze.

Esclusioni:

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 1) dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste ed in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;
- 2) dalla guida di veicoli o natanti a motore, se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge tempo per tempo vigenti o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che al momento del Sinistro l'Assicurato abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;
- 3) dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di:
 - aeromobili, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
 - aeromobili di aeroclub;
 - aeromobili, in occasione di volo da diporto o sportivo (quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo, deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
 - mezzi subacquei;
- 4) dalla pratica di sport aerei in genere;
- 5) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta sia indiretta;
- 6) dalla pratica di: pugilato, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, motocross, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, sci/snowboard alpinismo, speleologia, immersioni con autorespiratore, paracadutismo;
- 7) dalla pratica di sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, arrampicata libera (free climbing), regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf, bobsleigh (motoslitta), parkour;
- 8) da abuso di alcolici (con tasso alcolemico superiore o uguale a 1,5 g/l), da uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci, o comunque da alterazioni psichiche volontariamente procurate a sé stesso;
- 9) da conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 10) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, od atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- 11) da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, maremoti, inondazioni e alluvioni;
- 12) da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate;
- 13) dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;
- 14) dalla fabbricazione o lavorazione di esplosivi, materiali tossici o corrosivi, e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei;
- 15) da aggressioni od atti violenti a cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente;
- 16) da guerra, anche civile, di qualsiasi natura (dichiarata o non dichiarata), insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni. Qualora l'Assicurato, in qualità di civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova al di fuori della Repubblica Italiana, in un Paese sino ad allora in stato di pace, la copertura è operante per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, purché l'Assicurato non prenda partecipazione attiva a tali eventi.
- 17) dalla partecipazione ad operazioni od interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- 18) dalla partecipazione, in qualità di appartenente alle Forze Armate od a Corpi di Polizia, a conflitti a fuoco o, anche senza conflitti a fuoco, ad azioni di repressione della criminalità, di tumulti popolari, di atti di guerriglia o di violenza urbana, di atti di terrorismo, di manifestazioni di piazza. Sono inoltre esclusi gli infortuni causati dalla partecipazione ad esercitazioni tattiche e militari, con o senza utilizzo di armi da fuoco.

Non sono equiparati ad Infortunio, e sono quindi esclusi dall'Assicurazione, gli eventi causati o che abbiano come conseguenza l'infezione da Sars-CoV-2 (Coronavirus disease COVID-19) o l'insorgenza di qualunque patologia correlata all'infezione da SARS-CoV-2 o ad ogni sua variazione o mutazione futura.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Criteri di indennizzabilità:

La Società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette causate dalla malattia denunciata, se indennizzabile a termini della presente sezione.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti, intendendosi per tali le malattie od invalidità che interessino sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla nuova malattia denunciata.

Qualora l'Assicurato denunci più patologie, contemporaneamente od in momenti successivi, la valutazione dell'invalidità permanente verrà effettuata sulle singole malattie denunciate considerate separatamente.

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Si intende esserci concorrenza con nuove malattie quando le malattie od invalidità già accertate determinano un'influenza peggiorativa su nuove malattie o invalidità che interessino uno stesso sistema organo-funzionale. Nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, quindi, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, ossia senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Per gli organi o gli arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste per la perdita totale degli stessi vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi o arti.

La minorazione o la perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del 100%.

La somma assicurata rappresenta la massima cifra che la Società è tenuta a pagare per tutta la durata contrattuale, anche in caso di più malattie o invalidità indennizzabili ai sensi della presente sezione.

Delimitazioni e detrazioni:

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente è di grado inferiore al 25% o al 66% dell'invalidità totale in funzione dell'opzione di franchigia concordata alla sottoscrizione della polizza.

Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le Invalidità permanenti:

- a) preesistenti alla data di decorrenza della polizza;
- b) da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte o manifestatesi anteriormente alla data di decorrenza del contratto e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate. Questa esclusione vale anche se tali malattie siano state comunicate o siano venute a conoscenza della Società in qualsiasi forma all'atto dell'assunzione del rischio o successivamente (es: attraverso

- questionario anamnestico, cartelle cliniche, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'Assicurato);
- c) causate da abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci. In caso di uso terapeutico di farmaci, sono escluse le invalidità causate dal fatto di averli assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella relativa scheda tecnica;
 - d) conseguenti a patologie correlate alla infezione da HIV e dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
 - e) da malattie mentali e/o da disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi, e loro conseguenze.
 - f) conseguenti a trattamenti fitoterapici, estetici, cure dimagranti e dietetiche;
 - g) derivanti da guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche;
 - h) derivanti direttamente o indirettamente da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;
 - i) direttamente o indirettamente derivanti da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate;
 - j) conseguenti all'infezione da Sars-CoV-2 o a patologie correlate alla infezione da SARS-CoV-2 o ad ogni sua variazione o mutazione futura;
 - k) conseguenti alle terapie e/o ai trattamenti medici effettuati per la cura del Covid-19.

ASSISTENZA

Delimitazioni e detrazioni:

Fermo restando che l'operatività delle prestazioni di assistenza è soggetta alle limitazioni e ai provvedimenti imposti dalle Autorità governative, locali e sanitarie, ogni prestazione che la Società si impegna ad erogare tramite la Struttura Organizzativa non può essere fornita più di tre volte per ciascun anno assicurativo ed in ogni caso fino ad esaurimento del massimale indicato in ogni singola prestazione, come di seguito riportato:

Servizio Assistenza Infortuni	
Prestazione	Massimale per sinistro o altro limite di durata o di importo
Consulenza medica generica	===
Invio di un medico generico a domicilio in Italia	dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi
Invio di un infermiere a domicilio in Italia	€ 300,00
Invio di un fisioterapista a domicilio in Italia	€ 300,00
Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio in Italia	===
Ricerca negozi per articoli sanitari, presidi, e protesi in Italia	dalle 9.00 alle 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i festivi
Consegna spesa a domicilio in Italia	Nei primi 15 giorni di convalescenza: 2 ore ad intervento per un massimo di tre invii per ogni periodo post-ricovero
Collaboratrice familiare in Italia	€ 300,00
Trasporto in autoambulanza in Italia	===
Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato in Italia	===
Rientro dal centro ospedaliero attrezzato in Italia	===
<i>Le prestazioni che seguono sono fornite esclusivamente a seguito di sinistri verificatisi ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato:</i>	
Rientro sanitario	===
Rientro con un familiare	===
Anticipo spese prima necessità	€ 1.000,00
Viaggio di un familiare	===
Accompagnamento di minori	===
Autista a disposizione in Italia	===
Prolungamento del soggiorno	massimo di Euro 60,00 al giorno fino ad un massimo di 10 giorni successivi alla data stabilita per il rientro
Rientro salma	€ 3.000,00

Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata e Care Manager	
Prestazione	Massimale per sinistro o altro limite di durata o di importo
Care Manager	dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 18:00
Assistenza Domiciliare Integrata	massimo di 15 giorni consecutivi dalle dimissioni (a seguito di un ricovero superiore a 5 giorni)

Esclusioni:

Sono escluse le prestazioni conseguenti a:

- a) infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto;
- b) dolo o colpa grave;
- c) partecipazioni dell'Assicurato a delitti dolosi;
- d) stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- e) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- f) infortuni e malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- g) aborto volontario non terapeutico;

- h) infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
- i) infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;
- j) infortuni derivanti o imputabili ad attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;
- k) cure dentarie, protesi dentarie e le parodontopatie non conseguenti ad infortunio;
- l) applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia);
- m) guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- n) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile e la perdita di autosufficienza avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- o) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- p) acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- q) soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come Istituti di Cura);
- r) negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione non è erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- s) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la perdita di autosufficienza causata da incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- t) tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole prestazioni.

I consulti, considerate le modalità di prestazione del servizio, non valgono quale diagnosi e sono prestati sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

TUTELA LEGALE

Operatività delle garanzie in presenza di polizza di Responsabilità Civile:

Se un assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'Assicurato, **le garanzie previste per la sezione TUTELA LEGALE operano a secondo rischio, quindi dopo l'esaurimento del Massimale dovuto per legge o per contratto dall'assicuratore di Responsabilità Civile per spese di resistenza e soccombenza**. In tutti gli altri casi, nei limiti del Massimale, delle garanzie e delle eventuali garanzie opzionali acquistate, opera a primo rischio.

Massimale:

La copertura assicurativa opera, in relazione ad ogni sinistro, con il massimale concordato (e indicato nella scheda di polizza) con un limite di € 40.000,00 per periodo di assicurazione; quest'ultimo limite opera anche nel caso di sinistri che abbiano colpito più Assicurati.

Se più Assicurati sono coinvolti in uno stesso sinistro, la polizza opera con un unico massimale che viene equamente ripartito tra tutti gli Assicurati a prescindere dalle somme da ciascuno pagate.

Delimitazioni e detrazioni:

- a) Le spese legali sono coperte per l'intervento di 1 (un) avvocato per ogni grado di giudizio, salvo il caso di sostituzione dello stesso, senza duplicazione di spese;
- b) Nel caso di vertenze fra Assicurati le garanzie operano unicamente a favore del Contraente.

Esclusioni:

Le garanzie non operano per sinistri relativi a:

- a) diritto di famiglia, successioni o donazioni;
- b) materia fiscale o amministrativa;
- c) fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di Terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione o impiego di sostanze radioattive;
- d) danni nucleari o genetici causati dall'Assicurato, salvo il caso di sinistri conseguenti a trattamenti medici;
- e) fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali viene riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;
- f) proprietà di veicoli a motore, imbarcazioni da diporto, aeromobili o veicoli che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche;
- g) fatti dolosi degli Assicurati;
- h) fatti non accidentali che causano inquinamento dell'ambiente;
- i) compravendita o permuta di immobili, leasing immobiliare;
- j) costruzione ex novo di edifici, compresi i connessi contratti di fornitura o posa in opera di materiali o impianti;
- k) trasformazione, ristrutturazione di immobili o parti di essi, con o senza ampliamento di volumi;
- l) immobili non direttamente utilizzati dagli Assicurati;
- m) fabbricazione o commercializzazione di esplosivi, armi o equipaggiamento militare;
- n) reati di diffamazione e diffamazione a mezzo stampa commessi da giornalisti nella loro attività professionale;
- o) prestazioni mediche con finalità esclusivamente estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva;
- p) esercizio della professione medica, dell'attività medica o di operatore sanitario;
- q) esercizio della libera professione o dell'attività d'impresa;
- r) Vertenze con la Società;
- s) adesione ad azioni di classe (class action);
- t) difesa penale per abuso di minori.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro

È fatto obbligo di comunicare il sinistro alla Società entro 3 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o da quando se ne è avuta conoscenza.

La denuncia di sinistro può essere presentata:

- a mezzo telefono al numero verde 800 23 31 20 o mezzo fax al numero verde 800 60 61 61
- a mezzo posta indirizzata a: HDI Assicurazioni S.p.A. – Area Sinistri – Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma
- a mezzo posta elettronica indirizzata a: sinistri@hdi.it
- a mezzo posta elettronica, per i titolari di posta elettronica certificata, indirizzata a: hdi.assicurazioni@pec.hdi.it
- rivolgendosi al proprio intermediario

Per informazioni sui sinistri ci si può rivolgere al numero 800 23 31 20 oppure al proprio intermediario.

Per la sezione **INFORTUNI**:

la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa del sinistro e deve essere corredata da certificato medico. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari devono altresì:

- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e trasmessi alla Società. Con esclusivo riferimento alla garanzia Inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non abbia inviato i successivi certificati medici, la liquidazione dell'Indennità viene fatta considerando data di guarigione quella risultante nell'ultimo certificato inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore;
- consentire alla Società le indagini, i controlli medici e gli accertamenti necessari, insieme ad ogni altra informazione richiesta, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

In caso di sopraggiunta morte dell'Assicurato durante il periodo di cura, il Contraente - se diverso dall'Assicurato – i suoi eredi legittimi o i beneficiari designati (e identificati nella scheda di polizza), devono:

- darne immediato avviso alla Società;
- fornire il certificato di morte dell'Assicurato;
- fornire l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

per la sezione **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**:

l'Assicurato deve denunciare la malattia quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa comportare un'invalidità permanente. Comunque ed in ogni caso, la presentazione della denuncia dovrà avvenire entro un anno dalla cessazione dell'assicurazione.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari devono altresì:

- inviare alla Società le attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copia delle cartelle cliniche e di ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- fornire ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice civile.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Assistenza diretta / in convenzione

Sezione ASSISTENZA:

Le prestazioni relative ai Servizi Assistenza sono erogate direttamente da Europ Assistance Italia S.p.A., ente convenzionato con la Società tramite la propria organizzazione. In caso di sinistro si può contattare direttamente la Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A., in funzione 24 ore su 24:

- per telefono, dall'Italia, al numero verde 800.010.634
- per telefono, anche dall'estero, al numero +39.02.58.28.62.06

Si dovranno comunicare subito all'operatore le seguenti informazioni:

- tipo di intervento richiesto;
- nome e cognome;
- numero della polizza;
- indirizzo del luogo in cui ci si trova;
- recapito telefonico.

Qualora si fosse nell'impossibilità di contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, si può inviare un fax al numero 02.58477201, oppure un telegramma a EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 MILANO.

Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata:

In caso di sinistro l'Assicurato deve prendere contatto con la Struttura Organizzativa almeno 48 ore prima delle previste dimissioni dall'Istituto di Cura chiamando il numero di telefono 02.58.28.69.81 ed inviando via fax al numero 02.58.38.45.78 l'opportuna certificazione medica con prescrizione dell'assistenza domiciliare.

L'inadempimento di tale obbligo comporta la decadenza al diritto alle prestazioni di assistenza.

La Struttura Organizzativa, per poter erogare le prestazioni previste in polizza, deve effettuare il trattamento dedicato dell'Assicurato e a tal fine ha bisogno del suo consenso. Pertanto, l'Assicurato contattando o facendo contattare la Struttura Organizzativa fornisce

	liberamente il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali comuni e sensibili come indicato nell'apposita informativa. Gestione da parte di altre imprese I sinistri relativi alla garanzia Tutela Legale sono gestiti, per conto della Società, da ARAG SE – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia. Il sinistro può essere comunicato, oltre che alla Società, anche ad ARAG ai numeri fax: +39.045.8290.557 per le sole nuove denunce e +39.045.8290.449 per i successivi scambi di corrispondenza, oppure all'indirizzo di posta elettronica denunce@ARAG.it per le sole nuove denunce e all'indirizzo di posta elettronica sinistri@ARAG.it per l'invio di successiva documentazione. La denuncia del sinistro deve essere presentata tempestivamente alla Società e/o ad ARAG nel momento in cui l'Assicurato ne ha conoscenza o comunque nel rispetto del termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione della polizza o di eventuali altre polizze emesse successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso rischio. L'Assicurato ha l'obbligo di informare la Società e/o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro e ha l'obbligo di indicare e mettere a disposizione, se richiesti, i mezzi di prova, i documenti e le eventuali altre polizze assicurative. In mancanza, la Società e/o ARAG non può essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del sinistro, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire. Prescrizione I diritti derivanti dalla polizza e dalla richiesta di risarcimento si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa I termini entro i quali la Società si impegna a pagare l'indennizzo sono variabili in funzione dell'entità dei danni riportati e alla gravità del sinistro occorso. Per i sinistri ascrivibili alle sezioni Infortuni e Invalidità Permanente da Malattia, ricevuta la documentazione richiesta, riconosciuta l'indennizzabilità del sinistro e determinato l'indennizzo dovuto, la Società ne comunica l'importo agli interessati. Ricevuta notizia della loro accettazione, provvede al relativo pagamento entro 30 giorni dalla data di quest'ultima.	



Quando e come devo pagare?

Premio	Indicizzazione: in caso di contratto con tacito rinnovo, è previsto l'adeguamento automatico delle somme assicurate, dei massimali, e dei premi. L'indice di riferimento è quello ISTAT dei prezzi al consumo per famiglie di operai od impiegati (già indice del costo della vita). Alla polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di settembre dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto. Ad ogni scadenza annuale si effettua il confronto fra l'indice iniziale di riferimento (o quello dell'ultimo adeguamento) e l'indice del mese di settembre dell'anno solare precedente quello della scadenza. Se si verifica una variazione in aumento rispetto all'indice iniziale o a quello dell'ultimo adeguamento, le somme assicurate, i massimali ed i premi vengono adeguati in proporzione. In caso di deflazione non è prevista riduzione dei premi e delle somme assicurate/massimali che pertanto restano invariati. Non sono soggetti ad adeguamento: i limiti di Indennizzo, le franchigie, i minimi e massimi di scoperto ed i valori espressi in percentuale, la garanzia facoltativa "Rendita vitalizia annua da infortunio", nonché tutte le prestazioni della sezione Assistenza. L'indicizzazione non è prevista se il contratto è stipulato senza tacito rinnovo. Ridefinizione del premio per età: Ad ogni scadenza annuale, il premio della sezione Infortuni e della sezione Invalidità Permanente da Malattia viene rideterminato in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato sulla base dei Coefficienti di Adeguamento per Età (CAE) indicati nell'apposita tabella riportata in allegato alle Condizioni di Assicurazione.
Rimborso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a chi vuole tutelare sé stesso e/o i suoi familiari e/o i propri dipendenti in caso di infortunio o invalidità permanente da malattia in tutti gli ambiti della vita lavorativa e privata. La possibilità di accedere al prodotto per persone di età superiore ai 75 anni per la sezione infortuni, ai 60 anni per la sezione Invalidità Permanente da Malattia o che svolgono attività professionali pericolose, potrà essere discrezionalmente valutata dalla Società.	
--	--



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione

La quota parte percepita dagli intermediari è stabilita nella misura del 25% del premio imponibile annuo ed in valore assoluto pari a 25,00 Euro ogni 100,00 Euro di premio imponibile.

Regime fiscale

Le imposte vanno applicate sui premi imponibili nella misura prevista dalle disposizioni ministeriali vigenti alla data di incasso della polizza. Alla data di pubblicazione del presente documento le imposte di legge ammontano al:

- 2,5% per le sezioni: Infortuni e Invalidità Permanente da Malattia;
- 10% per la sezione Assistenza;
- 21,25% per la sezione Tutela Legale.

Sono a carico del Contraente le imposte e gli altri oneri derivanti per legge dalla stipulazione del contratto e non sono rimborsabili per alcun motivo.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Per eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, un servizio assicurativo ricevuto, il comportamento del proprio Agente (inclusi i suoi dipendenti e collaboratori), la gestione di un sinistro, si invita ad utilizzare il sito web della Società: www.hdiassicurazioni.it alla sezione: "Assistenza / Reclami". In alternativa si può contattare la Società mediante i seguenti canali: e-mail: reclami@hdi.it ; fax: +39.06.42103583; posta indirizzata a: HDI Assicurazioni S.p.A. – Reclami e Procedure speciali – Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma . Qualora l'intermediario non rivesta la qualifica di Agente, il reclamo sul suo comportamento può essere inoltrato direttamente all'intermediario stesso. La Società è tenuta a rispondere entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	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	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	È possibile attivare la conciliazione paritetica gratuita per l'Assicurato tramite una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema e indirizzando una richiesta di conciliazione secondo le modalità descritte sui siti: www.ivass.it – www.ania.it . Per la risoluzione di liti transfrontaliere si può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

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

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