

**Assicurazione RAMI ELEMENTARI
INFORTUNI, MALATTIA, ASSISTENZA E TUTELA LEGALE**



**Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per il prodotto assicurativo
Multirischi Infortuni, Malattie, Assistenza e Tutela Legale
(DIP Aggiuntivo GLOBALE SALUTE)**

Impresa: HDI Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: GLOBALE SALUTE

**Documento aggiornato il 1° luglio 2020
Il DIP Aggiuntivo pubblicato sul sito internet di HDI è l'ultimo disponibile**

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP), 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: Via Abruzzi, 10 – 00187 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?

A completamento di quanto descritto nel DIP ed a maggior chiarimento dello stesso, segnaliamo che le somme ed i massimali assicurati indicati nella Scheda di polizza rappresentano la massima esposizione di HDI per ciascun Assicurato, per sinistro e per anno assicurativo, anche nel caso in cui operino contestualmente diverse garanzie, salvo il caso in cui sia previsto un diverso limite di indennizzo.

Sezione INFORTUNI

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:
➤ delle attività professionali principali e/o secondarie dichiarate;
➤ di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.
Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento od il congelamento;
- i colpi di sole o di calore e le folgorazioni;
- le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini;
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti e di vegetali, escluse la malaria e le malattie tropicali.

È sempre assicurata la garanzia "Invalidità permanente" *intendendosi per tale la perdita totale o parziale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata* – che è pertanto da considerarsi come "obbligatoria" - secondo il testo che segue:

Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, HDI corrisponde l'intera somma assicurata.

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, HDI corrisponde l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori riportati in una specifica tabella.

In questo DIP Aggiuntivo, ne riportiamo il seguente stralcio, segnalando che la tabella completa è riportata nel fascicolo contenente le "Condizioni di assicurazione":

Arti od organi	Corrispondente percentuale di invalidità permanente
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	
– un arto superiore	70%
– una mano o un avambraccio	60%
– un pollice	18%
– un indice	14%
– un medio	8%
– un anulare	8%
– un mignolo	12%
– la falange ungueale del pollice	9%
– una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.
Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso in cui l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo 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%*.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Franchigie sulla Invalidità permanente

L'indennizzo definitivo sarà liquidato previa applicazione delle seguenti franchigie:

- sulla parte di somma assicurata fino a € 160.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 3% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 3% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ sulla parte di somma assicurata eccedente € 160.000,00 e fino a € 300.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 5% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 5% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità; ➤ sulla parte di somma assicurata eccedente € 300.000,00 e fino a € 400.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 7% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 7% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità; ➤ sulla parte di somma assicurata eccedente € 400.000,00 e fino a € 500.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 10% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 10% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità; ➤ sulla parte di somma assicurata eccedente € 500.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 15% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 15% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità. <p>Esempio di liquidazione: Se supponiamo di aver riportato una I.P. del 12%, come ad esempio la perdita di un mignolo della mano, ed abbiamo assicurato la somma di €. 300.000,00, l'indennizzo spettante sarà di €.23.400,00 conteggiati come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ sui primi €. 160.000,00 assicurati percentuale del 9% (12 effettivi – 3 di franchigia) = €.14.400,00 ➤ sui successivi €. 100.000,00 percentuale del 7% (12-5) = €. 7.000,00 ➤ sui restanti €.40.000,00 percentuale del 5% (12- 7) = €. 2.000,00. <p style="text-align: center;"><u><i>La copertura assicurativa è estesa alle seguenti garanzie sempre operanti</i></u></p> <p><u><i>Rischio volo</i></u> L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento o di trasporto pubblico di passeggeri effettuati su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri; ➤ su aeromobili di aeroclub; ➤ su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo: deltaplani, ultraleggeri, parapendio). <p><i>Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.</i></p> <p><i>La garanzia non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.</i></p> <p><u><i>Rischio di guerra all'estero</i></u> L'assicurazione vale per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), o da insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi lo Stato della Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino) in un paese sino ad allora in pace, con esclusione, comunque, di ogni partecipazione attiva a tali eventi.</p>
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
Precisazione	Premesso che l'assicurazione è prestata in forma "completa" durante l'intera giornata dell'Assicurato, cioè nella forma "24 ore su 24", precisiamo che la copertura assicurativa può essere limitata: <ul style="list-style-type: none"> ➤ agli infortuni verificatisi durante lo svolgimento dell'attività professionale ➤ al periodo non lavorativo "extraprofessionale" richiamando in operatività le seguenti limitazioni.
Condizione Particolare Infortuni L1 - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali	<u><i>Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali (compreso il rischio "in itinere")</i></u> L'assicurazione vale <i>esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate</i> , compresi quelli avvenuti durante il tempo necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, anche con l'uso di mezzi di locomozione, purché non espressamente esclusi dal contratto.

	<p><i>Segnaliamo che non è possibile assicurare i soli rischi professionali quando non si può distinguere nettamente se la persona è al lavoro oppure no, come ad esempio: casalinghe, pensionati, studenti, benestanti, liberi professionisti, titolari di aziende, dirigenti, addetti ad incarichi esterni al luogo di lavoro, rappresentanti di commercio.</i></p> <p><i>Questa condizione comporta un premio più contenuto rispetto alla copertura completa, come previsto dalla Tariffa.</i></p>
<p>Condizione Particolare Infortuni L2 - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extra - professionali</p>	<p><u>Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali</u> L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere di professionalità. In ogni caso, sono esclusi gli infortuni che l'Assicurato subisca durante attività comunque retribuite alle dipendenze di terzi o svolte in proprio a titolo professionale.</p> <p><i>Segnaliamo che non è possibile assicurare i soli rischi professionali quando non si può distinguere nettamente se la persona è al lavoro oppure no, come ad esempio: casalinghe, pensionati, studenti, benestanti, liberi professionisti, titolari di aziende, dirigenti, addetti ad incarichi esterni al luogo di lavoro, rappresentanti di commercio.</i></p> <p><i>Questa condizione comporta un premio più contenuto rispetto alla copertura completa, come previsto dalla Tariffa.</i></p>
<p>È inoltre possibile limitare il costo della copertura Infortuni accettando di inserire nel contratto le seguenti Franchigie:</p>	
<p>Condizione Particolare Infortuni F1- Franchigie sulla invalidità permanente -</p>	<p>A parziale deroga di quanto previsto alla condizione "Franchigie sulla invalidità permanente", si conviene che sulla parte di somma assicurata fino a € 300.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 5% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 5% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità. <i>Fermo quanto altro disposto al terzo, quarto e quinto alinea del predetto articolo.</i></p> <p><i>Questa condizione, se acquistata dal Cliente, dà diritto allo sconto del 20% sul premio di tariffa relativo alla garanzia Invalidità Permanente.</i></p>
<p>Condizione Particolare Infortuni F4 - Franchigia relativa sulla invalidità permanente</p>	<p><u>Franchigia relativa sulla invalidità permanente</u> La tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista si intende sostituita con quella di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro), e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte di HDI all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa. In caso di accertato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. L'indennizzo previsto per il caso di invalidità permanente verrà corrisposto secondo le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per invalidità permanente di grado pari o inferiore al 20% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto previa applicazione di una franchigia del 5% sulla percentuale di invalidità permanente totale; - per invalidità permanente di grado superiore al 20%, l'indennizzo sarà corrisposto senza applicazione di alcuna franchigia. <p>Esempio di liquidazione Riprendendo l'esempio indicato nella descrizione del conteggio dell'indennizzo per Invalidità permanente, se abbiamo assicurato la I.P. per una somma di €. 300.000,00 ed abbiamo subito un infortunio con una percentuale di invalidità del 12%, la liquidazione del danno sarà di €. 21.000,00 data dal conteggio: percentuale accertata 12% detratta franchigia del 5% = percentuale calcolata 7% per cui → somma assicurata €. 300.000,00 x 7% = €. 21.000,00.</p> <p>Se invece la invalidità riportata fosse stata ad esempio del 25% (<i>quindi superiore al 20%</i>), l'indennizzo sarebbe stato di €. 75.000,00 (senza cioè vedere applicata nessuna franchigia).</p> <p><i>Questa condizione, se acquistata dal Cliente, dà diritto allo sconto del 10% sul premio di tariffa relativo alla garanzia Invalidità Permanente.</i></p>
<p>OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO</p>	
<p><i>È possibile a ampliare la portata della copertura, con conseguente aumento del premio di polizza, richiamando in validità le seguenti ulteriori Garanzie.</i></p>	
<p>Garanzia: Morte e morte</p>	<p><i>Con questa garanzia l'Assicurato può decidere di assicurare agli eredi designati la corresponsione di un</i></p>

<p>presunta</p>	<p><i>capitale a seguito della sua morte per infortunio in base al seguente testo:</i> Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, e la stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio, HDI corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, HDI corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.</p> <p>Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, HDI liquiderà ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, il capitale previsto per il caso di morte.</p> <p>La liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza della dichiarazione di morte presunta (artt. 60, comma 3, e 62 del codice civile).</p> <p>In caso di affondamento o naufragio o di caduta di aeromobile, la liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dal sinistro, qualora sia stata accertata dalla competente autorità la presenza a bordo dell'Assicurato, e quest'ultimo sia stato dato per disperso a seguito del sinistro stesso (artt. 211 e 838 del codice della navigazione).</p> <p><i>Resta inteso che, se dopo che HDI ha pagato l'indennità risulterà che l'Assicurato è vivo, HDI avrà diritto alla restituzione della somma pagata.</i> A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.</p> <p><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo determinato dalla somma che il Cliente/Assicurato ha deciso di assicurare e dall'attività lavorativa esercitata.</i></p>
<p>Garanzia: Inabilità temporanea</p>	<p><i>Con questa garanzia l'Assicurato può decidere di assicurarsi la liquidazione di una diaria giornaliera qualora l'infortunio non gli consenta di svolgere interamente o in parte la propria attività lavorativa, in base al seguente testo:</i></p> <p>L'indennità per inabilità temporanea è riconosciuta:</p> <ol style="list-style-type: none"> integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie attività professionali principali e/o secondarie dichiarate; al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle proprie attività professionali principali e/o secondarie dichiarate. <p>L'indennità per inabilità temporanea è corrisposta, per un periodo massimo di 365 giorni:</p> <ul style="list-style-type: none"> dall'8° giorno successivo a quello di accadimento del sinistro per diarie assicurate fino a € 50,00; dall'11° giorno successivo a quello di accadimento del sinistro per diarie assicurate superiori a € 50,00. <p>L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quelle dovute per morte, invalidità permanente, ricovero e gessatura.</p> <p><i>Non è cumulabile invece con l'indennità prevista, in caso di frattura ossea, dall'ultimo alinea della garanzia "Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea" che analizzeremo nel riquadro successivo.</i></p> <p>Esempio di liquidazione: Supponiamo che l'Assicurato abbia subito un infortunio della durata di 37 giorni. Avremo: Infortunio di 37 giorni – 7 gg. di franchigia = 30 giorni cui l'Assicurato ha diritto ad essere indennizzato. Considerato che la discriminante è la "totale" o "ridotta" incapacità a svolgere la propria attività, generalmente, nella maggioranza dei casi, si tende a liquidare il danno per l'intera somma nella prima metà del periodo di infortunio e al 50% per i restanti giorni prevedendo che, essendo in fase di guarigione, l'Assicurato abbia potuto, almeno in parte, attendere la propria attività lavorativa. Pertanto, se la somma assicurata fosse di €. 50,00 per ogni giornata, la liquidazione sarà di: 15 gg. x € 50,00 = € 750,00 15 gg. x € 25,00 = € 375,00 per un totale di € 1.125,00.</p> <p><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo determinato dalla somma che l'Assicurato ha deciso di assicurare e dall'attività lavorativa esercitata.</i></p>
<p>Garanzia: Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea</p>	<p>In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, e se dipendenti da questo, l'assicurazione vale per:</p> <ol style="list-style-type: none"> il ricovero; il Day Hospital; il Day Surgery; la gessatura; la frattura ossea. <p>HDI corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in polizza secondo le seguenti modalità:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - in caso di ricovero in istituto di cura, per ogni giorno di ricovero e <i>per la durata massima di 365 giorni per sinistro. Il giorno di dimissione non è indennizzabile;</i> - in caso di degenza in istituto di cura in regime di Day Hospital, per ogni giorno di degenza, <i>nella misura del 50% e per la durata massima di 365 giorni per sinistro;</i> - in caso di intervento chirurgico in regime di Day Surgery, per ogni giorno di degenza, <i>nella misura del 50% e per la durata massima di 365 giorni per sinistro;</i> - in caso di gessatura, per ogni giorno di gessatura e <i>per la durata massima di 40 giorni per sinistro. Il giorno di rimozione della gessatura non è indennizzabile;</i> - in caso di frattura ossea, comprovata da referto radiologico, che non comporti gessatura, per ogni giorno di prognosi prescritto dal medico a partire dal primo giorno successivo a quello del referto stesso e <i>per la durata massima di 30 giorni per sinistro.</i> <p><i>Le indennità suddette non sono cumulabili fra loro. L'indennità in caso di frattura ossea di cui al quinto alinea del presente articolo non è altresì cumulabile con l'indennità per Inabilità temporanea.</i></p> <p><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo determinato dalla somma che, l'Assicurato ha deciso di assicurare e dall'attività lavorativa esercitata.</i></p>
<p>Garanzia: Rimborso spese mediche da infortunio</p>	<p>HDI rimborsa, fino alla concorrenza della somma indicata in polizza, le spese sostenute dall'Assicurato, e rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per:</p> <p>A) il trasporto dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, al posto di Pronto Soccorso od all'ambulatorio con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo;</p> <p>B) in caso di ricovero, Day Hospital, intervento chirurgico, anche ambulatoriale od effettuato in regime di Day Surgery, o gessatura:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) diritti di sala operatoria, onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; 2) materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento; 3) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero, il Day Hospital, l'intervento chirurgico o la gessatura; 4) rette di degenza; 5) medicinali prescritti dai sanitari; 6) accertamenti radiografici e radioscopici, visite specialistiche, esami ed analisi in genere e relativi ticket; 7) apparecchi gessati e tutori; 8) terapie fisiche e cure termali prescritte dai sanitari (<i>escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera</i>); 9) trasporto in autoambulanza dall'Istituto di cura, dal posto di Pronto Soccorso o dall'ambulatorio ad altro Istituto di cura od al domicilio dell'Assicurato, reso necessario dalle sue condizioni di salute, <i>entro il limite del 20% del massimale indicato in polizza;</i> <p>C) in caso di sinistro che non comporti ricovero, né Day Hospital, né intervento chirurgico, né gessatura, le spese di cui alle precedenti lettere A) e B), numeri 5 e 6, <i>entro il limite del 30% del massimale indicato in polizza;</i></p> <p>D) in caso di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, le spese di cui alla precedente lettera B), numeri da 1 a 6.</p> <p>Il rimborso è effettuato a cura ultimata all'Assicurato, o ai suoi beneficiari in caso di morte, <i>previa presentazione delle ricevute originali di quanto pagato per i titoli suindicati.</i></p> <p><i>Sono rimborsabili le spese sostenute entro un anno dalla data dell'infortunio.</i></p> <p>Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a terzi per ottenerne il rimborso, HDI effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.</p> <p>Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.</p> <p><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo determinato dalla somma che l'Assicurato ha deciso di assicurare e dall'attività lavorativa esercitata.</i></p>
<p><i>È possibile a ampliare la "portata" delle garanzie, con conseguente aumento del premio di polizza, richiamando in validità le seguenti condizioni.</i></p>	
<p>Condizione Particolare Infortuni</p>	<p>Con il richiamo in operatività di questa Estensione, la tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista e riportata nel paragrafo "Ci sono limiti di garanzia?" si intende sostituita con quella di cui all'allegato n. 1 del</p>

<p>-Estensione E1 – Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente - Tabella INAIL</p>	<p>D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro), e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte di HDI all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa. In caso di accertato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.</p> <p><i>La Tabella I.N.A.I.L. riconosce percentuali di invalidità superiori, e quindi è più favorevole nei confronti dell'Assicurato che sarà indennizzato per una cifra maggiore. Ad esempio la perdita di un occhio per la Tabella assicurativa riportata nelle "Condizioni di assicurazione" vale 25 punti di invalidità, con la Tabella INAIL i punti riconosciuti sono 35.</i></p> <p><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo derivante dall'aumento del 20% conteggiato sul premio della garanzia Invalidità permanente.</i></p>																				
<p>Condizione Particolare Infortuni Estensione E2 – Supervalutazione dell'invalidità permanente delle mani</p>	<p>Con questa Estensione, la Tabella delle percentuali di invalidità permanente per i casi di infortunio alle mani si intende sostituita dalla seguente:</p> <table border="1" data-bbox="422 645 1409 954"> <thead> <tr> <th>Arti od organi</th> <th>Corrispondente percentuale di invalidità permanente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perdita totale, anatomica o funzionale, di:</td> <td></td> </tr> <tr> <td> ➤ una mano</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td> ➤ un pollice</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td> ➤ un indice</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td> ➤ un medio</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td> ➤ un anulare</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td> ➤ un mignolo</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td> ➤ la falange ungueale del pollice</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td> ➤ - una falange di altro dito della mano</td> <td>1/3 del valore del dito</td> </tr> </tbody> </table> <p>Esempio di liquidazione. Se abbiamo assicurato la Invalidità permanente per € 300.000,00 e abbiamo perso per infortunio il dito pollice, segnalato che nella Tabella assicurativa delle invalidità comporta una percentuale del 18%, vedremo indennizzati € 138.000,00 in base al seguente conteggio. Somma complessiva assicurata € 300.000,00. Sui primi 200.000,00 si applica la percentuale supervalutata del 60% e quindi 200.000x60% = € 120.000,00; sull'eccedenza degli ulteriori 100.000, I.P. da Tabella assicurativa del 18% e quindi 100.000x18= € 18.000,00.</p> <p><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo derivante dall'aumento del 100% conteggiato sul premio della garanzia Invalidità permanente.</i></p>	Arti od organi	Corrispondente percentuale di invalidità permanente	Perdita totale, anatomica o funzionale, di:		➤ una mano	100%	➤ un pollice	60%	➤ un indice	60%	➤ un medio	30%	➤ un anulare	20%	➤ un mignolo	20%	➤ la falange ungueale del pollice	30%	➤ - una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito
Arti od organi	Corrispondente percentuale di invalidità permanente																				
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:																					
➤ una mano	100%																				
➤ un pollice	60%																				
➤ un indice	60%																				
➤ un medio	30%																				
➤ un anulare	20%																				
➤ un mignolo	20%																				
➤ la falange ungueale del pollice	30%																				
➤ - una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito																				
<p>Condizione Particolare Infortuni Estensione E3 – Ernie addominali da sforzo</p>	<p>Con il richiamo in operatività di questa Estensione, la copertura assicurativa comprende, <i>limitatamente ai casi di Invalidità permanente e di Inabilità temporanea (ove previsti)</i>, le ernie addominali da sforzo, con l'intesa che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la copertura assicurativa delle ernie decorre soltanto dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia; - qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di Inabilità temporanea (ove prevista) fino ad un massimo di trenta giorni; - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente totale. <p><i>Qualora, per sostituzione o altra variazione di polizza, la presente copertura subentri – senza soluzione di continuità – ad altra eguale copertura, il periodo di carenza di 180 giorni sopra stabilito decorre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - dalla data di decorrenza della precedente copertura per gli Assicurati, le somme e le prestazioni dalla stessa già previste; - dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente ai nuovi Assicurati, alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste. <p><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo derivante dall'aumento del 10% conteggiato sul premio della garanzia Invalidità permanente e, se assicurata, anche del premio per Inabilità temporanea.</i></p>																				
<p>Condizione Particolare Infortuni Estensione E4 – Sport svolti sotto l'egida</p>	<p>Con il richiamo in operatività di questa Estensione, l'assicurazione, <i>limitatamente ai soli casi di morte e invalidità permanente e con il massimo di € 160.000,00 per sinistro e per anno assicurativo</i>, vale anche per gli infortuni derivanti dalla partecipazione, in qualità di tesserati, <i>purché a livello dilettantistico</i>, a competizioni – e relative prove e allenamenti – organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni od Enti similari nei seguenti sport:</p>																				

<p>delle Federazioni</p>	<ul style="list-style-type: none"> - baseball; - calcio (compreso calcio a cinque e simili); - ciclismo; - pallacanestro; - pallamano; - pallanuoto; - pallavolo; - sci di fondo. <p>A deroga di quanto indicato per le franchigie sulla Invalidità permanente, per gli infortuni ammessi al risarcimento in forza della presente estensione di garanzia, <i>l'indennizzo sarà liquidato previa applicazione di una franchigia del 5% anziché del 3%.</i></p> <p><i>Non sono applicabili alla presente estensione di garanzia, ancorché richiamate, le disposizioni di cui alle Condizioni particolari F2 – Abrogazione parziale delle franchigie sulla invalidità permanente, F3 – Tabella modulare sulla invalidità permanente, che vedremo nei prossimi paragrafi, e F4 – Franchigia relativa sulla invalidità permanente, già analizzata nelle “Opzioni con riduzione del premio”.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo derivante dall'aumento del 30% conteggiato sul premio della garanzia Invalidità permanente e Morte (se assicurata).</i></p>
<p>Condizione Particolare Infortuni Estensione E5 – Commorienza dei genitori in presenza di figli minori o portatori di handicap</p>	<p>Con il richiamo in operatività di questa Estensione, nel caso in cui, a seguito di infortunio determinato da uno stesso evento, consegua la morte anche non contemporanea di entrambi i genitori, di cui almeno uno assicurato con la presente polizza, che lascino uno o più figli minori o portatori di handicap con invalidità riconosciuta non inferiore al 50% della totale, HDI liquida a questi ultimi una ulteriore indennità pari al 50% della somma spettante agli stessi per il caso di morte dei genitori.</p> <p><i>In ogni caso, e indipendentemente dai capitali assicurati, anche se con più contratti, il maggior esborso a carico di HDI non potrà superare € 200.000,00 per ciascun genitore assicurato.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo derivante dall'aumento del 5% conteggiato sul premio della garanzia Morte.</i></p>
<p>Condizione Particolare Infortuni Estensione E6 – Indennità giornaliera per convalescenza (forma base)</p>	<p>Con il richiamo in operatività di questa Estensione, se è operante la garanzia Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea, in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ricovero protrattosi per almeno 3 giorni; - intervento chirurgico effettuato in regime di ricovero; - gessatura; <p>a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, HDI corrisponde la suddetta indennità, nella misura indicata in polizza, anche per l'eventuale periodo di convalescenza, purché prescritto da un medico, per un numero di giorni pari a quello che sarà riconosciuto per l'indennità giornaliera per ricovero o gessatura, e comunque non superiore a 15 giorni per sinistro ed a 60 giorni per anno assicurativo.</p> <p><i>La garanzia non può essere concessa a persone senza particolari occupazioni e a lavoratori dipendenti in genere.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo derivante dall'aumento del 30% conteggiato sul premio della garanzia Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea.</i></p>
<p>Condizione Particolare Infortuni Estensione E7 – Indennità giornaliera per convalescenza (forma Top)</p>	<p>Con il richiamo in operatività di questa Estensione, se è operante la garanzia Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea, in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ricovero protrattosi per almeno 3 giorni; - intervento chirurgico; - gessatura; - ustioni di grado superiore al primo, estese ad almeno il 9% della superficie di uno degli arti superiori o inferiori, o ad almeno il 18% dell'intera superficie corporea, che non abbiano comportato intervento e/o ricovero in istituto di cura; <p>a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, HDI corrisponde la suddetta indennità, nella misura indicata in polizza, anche per l'eventuale periodo di convalescenza, purché prescritto da un medico.</p> <p>L'indennità giornaliera per convalescenza sarà riconosciuta fino ad un massimo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 giorni, in caso di intervento chirurgico effettuato in regime ambulatoriale o di Day Surgery; - 7 giorni in caso di ricovero di durata fino a 5 giorni;

	<ul style="list-style-type: none"> - 15 giorni in caso di ricovero di durata superiore a 5 giorni e fino a 10 giorni; - 30 giorni in caso di ricovero di durata oltre 10 giorni; - 30 giorni in caso di gessatura, a partire dal giorno della rimozione; - 15 giorni in caso di ustioni. <p><i>L'indennità giornaliera per convalescenza non sarà comunque corrisposta per un periodo superiore a 30 giorni per sinistro e 90 giorni per anno assicurativo.</i></p> <p><i>La garanzia non può essere concessa a persone senza particolari occupazioni e a lavoratori dipendenti in genere.</i></p> <p><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo derivante dall'aumento del 60% conteggiato sul premio della garanzia Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea.</i></p>
<p>Condizione Particolare Infortuni Estensione E8 – Indennità forfetaria per perdita anno scolastico</p>	<p>Con il richiamo in operatività di questa Estensione, in caso di infortunio che comporti l'impossibilità, da parte dell'Assicurato, di frequentare le lezioni di un corso di studio (istruzione primaria o secondaria) per un numero di giorni che, a norma delle disposizioni vigenti in materia, determini la perdita dell'anno scolastico, HDI corrisponde un'indennità forfetaria pari all'1% della somma assicurata per l'Invalidità permanente, <i>entro il limite di € 1.000,00 per sinistro.</i></p> <p><i>Il diritto all'indennità deve essere comprovato, oltre che dalla certificazione medica relativa all'infortunio, da specifica documentazione, rilasciata dall'Istituto scolastico frequentato, attestante che la perdita dell'anno scolastico è stata determinata esclusivamente dal numero di giorni di assenza a causa dell'infortunio stesso.</i></p> <p><i>Questa garanzia è prestata a semplice richiesta e non comporta nessun premio aggiuntivo.</i></p>
<p>Condizione Particolare Infortuni Franchigia F2 – Abrogazione parziale delle franchigie sulla invalidità permanente</p>	<p>Con il richiamo in operatività di questa Condizione particolare, si conviene che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sulla parte di somma assicurata non eccedente € 160.000,00 l'indennizzo per invalidità permanente sarà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia; • sulla parte di somma assicurata eccedente € 160.000,00 e fino a € 300.000,00 non si 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, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità; • sulla parte di somma assicurata eccedente € 300.000,00 e fino a € 400.000,00 non si 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, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità; • sulla parte di somma assicurata eccedente € 400.000,00 e fino a € 500.000,00 non si 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, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità; • sulla parte di somma assicurata eccedente € 500.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 15% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 15% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità. <p>Esempio di liquidazione. Se supponiamo di aver riportato una I.P. del 12% ed abbiamo assicurato la somma di € 300.000,00, l'indennizzo spettante sarà di € 31.800,00 conteggiati come segue: sui primi € 160.000,00 assicurati percentuale del 12% (12 effettivi – 0 di franchigia) = € 19.200,00 sui successivi € 140.000,00 percentuale del 9% (12-3) = € 12.600,00.</p> <p><i>Questa garanzia comporta un aumento del 50% del premio della garanzia Invalidità permanente.</i></p>

<p>Condizione Particolare Infortuni Franchigia F3 – Tabella modulare sulla invalidità permanente</p>	<p>Con il richiamo in operatività di questa Condizione, l'indennizzo previsto per il caso di invalidità permanente sarà liquidato sulla base della seguente tabella:</p> <table border="1" data-bbox="365 327 1458 896"> <thead> <tr> <th>Percentuale di Invalidità permanente accertata</th> <th>Percentuale da liquidare sulla somma assicurata</th> <th>Percentuale di Invalidità permanente accertata</th> <th>Percentuale da liquidare sulla somma assicurata</th> <th>Percentuale di Invalidità permanente accertata</th> <th>Percentuale da liquidare sulla somma assicurata</th> <th>Percentuale di Invalidità permanente accertata</th> <th>Percentuale da liquidare sulla somma assicurata</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>fino a 3</td><td>0</td><td>18</td><td>17</td><td>33</td><td>46</td><td>48</td><td>76</td></tr> <tr><td>4</td><td>1</td><td>19</td><td>18</td><td>34</td><td>48</td><td>49</td><td>78</td></tr> <tr><td>5</td><td>2</td><td>20</td><td>20</td><td>35</td><td>50</td><td>50</td><td>80</td></tr> <tr><td>6</td><td>3</td><td>21</td><td>22</td><td>36</td><td>52</td><td>51</td><td>82</td></tr> <tr><td>7</td><td>4</td><td>22</td><td>24</td><td>37</td><td>54</td><td>52</td><td>84</td></tr> <tr><td>8</td><td>5</td><td>23</td><td>26</td><td>38</td><td>56</td><td>53</td><td>86</td></tr> <tr><td>9</td><td>6</td><td>24</td><td>28</td><td>39</td><td>58</td><td>54</td><td>88</td></tr> <tr><td>10</td><td>7</td><td>25</td><td>30</td><td>40</td><td>60</td><td>55</td><td>90</td></tr> <tr><td>11</td><td>8</td><td>26</td><td>32</td><td>41</td><td>62</td><td>56</td><td>92</td></tr> <tr><td>12</td><td>9</td><td>27</td><td>34</td><td>42</td><td>64</td><td>57</td><td>94</td></tr> <tr><td>13</td><td>10</td><td>28</td><td>36</td><td>43</td><td>66</td><td>58</td><td>96</td></tr> <tr><td>14</td><td>11</td><td>29</td><td>38</td><td>44</td><td>68</td><td>59</td><td>98</td></tr> <tr><td>15</td><td>12</td><td>30</td><td>40</td><td>45</td><td>70</td><td>60 e oltre</td><td>100</td></tr> <tr><td>16</td><td>14</td><td>31</td><td>42</td><td>46</td><td>72</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td>15</td><td>32</td><td>44</td><td>47</td><td>74</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Esempio di liquidazione Se supponiamo di aver riportato una I.P. del 12% ed abbiamo assicurato la somma di €. 300.000,00, l'indennizzo spettante sarà di 27.000,00 conteggiati come segue: Somma assicurata €. 300.000,00 percentuale del 9% (12 effettivi ridotti a 9 nella tabella) = €.27.000,00,</p> <p><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo derivante dall'aumento del 10% conteggiato sul premio della garanzia Invalidità permanente.</i></p>	Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	fino a 3	0	18	17	33	46	48	76	4	1	19	18	34	48	49	78	5	2	20	20	35	50	50	80	6	3	21	22	36	52	51	82	7	4	22	24	37	54	52	84	8	5	23	26	38	56	53	86	9	6	24	28	39	58	54	88	10	7	25	30	40	60	55	90	11	8	26	32	41	62	56	92	12	9	27	34	42	64	57	94	13	10	28	36	43	66	58	96	14	11	29	38	44	68	59	98	15	12	30	40	45	70	60 e oltre	100	16	14	31	42	46	72			17	15	32	44	47	74		
Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata																																																																																																																										
fino a 3	0	18	17	33	46	48	76																																																																																																																										
4	1	19	18	34	48	49	78																																																																																																																										
5	2	20	20	35	50	50	80																																																																																																																										
6	3	21	22	36	52	51	82																																																																																																																										
7	4	22	24	37	54	52	84																																																																																																																										
8	5	23	26	38	56	53	86																																																																																																																										
9	6	24	28	39	58	54	88																																																																																																																										
10	7	25	30	40	60	55	90																																																																																																																										
11	8	26	32	41	62	56	92																																																																																																																										
12	9	27	34	42	64	57	94																																																																																																																										
13	10	28	36	43	66	58	96																																																																																																																										
14	11	29	38	44	68	59	98																																																																																																																										
15	12	30	40	45	70	60 e oltre	100																																																																																																																										
16	14	31	42	46	72																																																																																																																												
17	15	32	44	47	74																																																																																																																												
<p>Condizione Particolare Infortuni Franchigia F5 – Franchigia sulla inabilità temporanea</p>	<p>Con il richiamo in operatività di questa Condizione, l'indennità per inabilità temporanea è corrisposta, per un periodo massimo di 365 giorni per sinistro, a partire dall'ottavo giorno successivo alla data di accadimento del sinistro e con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dall'8° al 14° giorno, nella misura del 50% della somma assicurata; – dal 15° al 21° giorno, nella misura del 75% della somma assicurata; – dal 22° giorno in avanti, nella misura del 100% della somma assicurata. <p>L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quelle dovute per morte, invalidità permanente, ricovero e gessatura. Non è cumulabile invece con l'indennità prevista, in caso di frattura ossea, dall'ultimo alinea della garanzia Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea.</p> <p>Esempio di liquidazione Supponiamo: somma assicurata per diaria di € 50,00 per ciascun giorno e che sia accaduto un infortunio di 37 giorni, senza postumi di I.P. La liquidazione spettante sarà conteggiata come segue: Primi 7 giorni: nessun indennizzo 8° - 14° giorno: n. 7 gg. → 50% di 50,00 = 25,00 x 7 = €. 175,00 15° - 21° giorno: n. 7gg. → 75% di 50,00 = 37,50 x 7 = €. 262,50 22° - 37° giorno: n.16 gg. → 100% di 50,00 = 50,00 x 16 = €. 800,00 TOTALE = €. 1.237,50</p> <p><i>Questa garanzia è prestata a semplice richiesta e non comporta nessun premio aggiuntivo.</i></p>																																																																																																																																



Che cosa non è assicurato?

Persone non assicurabili

Premesso che HDI considera non assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS e sieropositività HIV, HDI presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non soffrire di tali affezioni.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si rimanda a quanto trattato nel DIP nel merito delle "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio".

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni nel corso del contratto costituisce un aggravamento del rischio per il quale HDI non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo; si applica, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo del codice civile.

Servizio militare

L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto del Contraente di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana, fermo il diritto del Contraente di richiedere la sospensione dell'assicurazione.

Nel caso di risoluzione spetta al Contraente il rimborso della parte di premio relativa al periodo di assicurazione non goduto, mentre nel caso di sospensione il Contraente ha diritto di ottenere il protrarsi dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione.

Attività diversa da quella dichiarata

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata in polizza, senza che l'Assicurato o il Contraente ne abbia dato comunicazione ad HDI, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura, indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio:

Attività dichiarata in polizza	Percentuali di indennizzo in base alla classe di attività svolta al momento del sinistro				
	Classi	A	B	C	D
A		100	75	60	50
B		100	100	75	60
C		100	100	100	75
D		100	100	100	100

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla "Tabella delle attività" riportata nel prossimo paragrafo, ove sono indicate anche le corrispondenti classi di rischio.

Per la classificazione di attività non specificate in tabella saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata.

Qualora l'attività svolta al momento del sinistro non possa essere classificata neppure utilizzando tali criteri, la stessa deve considerarsi non assicurabile, e pertanto l'indennizzo non sarà corrisposto ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Ove non diversamente indicato nella descrizione dell'attività dichiarata in polizza, si intende che l'attività svolta dall'Assicurato non comporta, neppure saltuariamente:

- l'accesso a cantieri, impalcature, ponteggi, officine, industrie in genere;
- l'utilizzo di macchinari industriali, macchine operatrici o macchine agricole;
- il contatto con materiali radioattivi, corrosivi, velenosi, esplosivi.

In caso di infortunio occorso durante lo svolgimento di un'attività comportante una o più delle fattispecie elencate ai tre linee precedenti, varrà quanto sopra indicato.

Tabella delle attività.

In questo DIP Aggiuntivo, riportiamo in minima parte le attività lavorative assicurabili a mero titolo di esempio, segnalando che la tabella completa è riportata nel fascicolo contenente le "Condizioni di assicurazione".

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
------	--------	----------

001	D	ABBATTITORE DI PIANTE
443	B	ACCOMPAGNATORE TURISTICO
444	B	ACCORDATORE
445	A	ADDETTO AI CALL CENTER
446	B	ADDETTO IMPRESA POMPE FUNEBRI
447	C	ADDETTO IMPRESA PULIZIE (con uso impalcature e simili)
448	B	ADDETTO IMPRESA PULIZIE (senza uso impalcature e simili)
002	A	AFFITTACAMERE
omissis		
431	B	VETERINARIO
432	C	VETRAIO
433	A	VETRINISTA
434	C	VETTURINO
437	B	VIGILE URBANO (ogni ruolo e grado)
519	B	VIVAISTA
438	C	VULCANIZZATORE

Criteria di liquidazione

Nei casi di ricovero, Day Hospital o Day Surgery, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a degenza ultimata, previa presentazione alla Società della cartella clinica definitiva, in originale, indicante la natura e l'esito dell'infortunio, nonché il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di cura ovvero i giorni di degenza in regime di Day Hospital o Day Surgery.

Nel caso di gessatura, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato previa presentazione della documentazione medica necessaria per la determinazione del giorno dell'applicazione della gessatura e della sua rimozione nonché della documentazione strumentale attestante la lesione che ha reso necessaria la gessatura.

Nel caso di frattura ossea che non comporti gessatura, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato previa presentazione del referto comprovante la frattura e del certificato del medico con la prescrizione dei giorni di prognosi.

Controversie – Arbitrato irrituale

In caso di:

- divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o sulla durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità;
- controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro;
- disaccordo sulla operabilità di un'ernia addominale da sforzo;

le parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se e in quale misura siano applicabili le condizioni di polizza ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Rinuncia al diritto di surrogazione

Per le coperture Morte e morte presunta, Invalidità permanente, Inabilità temporanea e Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea, HDI rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.



Ci sono limiti di copertura?

Segnaliamo che alcune delle "esclusioni" indicate sono poi assicurate richiamando le specifiche condizioni di cui al precedente paragrafo "Opzioni/personalizzazioni che è possibile attivare"

Esclusioni

	<p>Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; 2) dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei; 3) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato a livello non dilettantistico; 4) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurfing, sci alpinismo, sci acrobatico, guidoslitta, hockey a rotelle o su ghiaccio, bob, canoa fluviale, automobilismo, motociclismo, motonautica, equitazione, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, parkour, paracadutismo o sport aerei in genere; 5) dalla partecipazione, in qualità di tesserati, a competizioni – e relative prove e allenamenti – organizzate o patrociniate dalle rispettive Federazioni o Enti sportivi similari nei seguenti sport: baseball, calcio (compreso calcio a cinque e simili), ciclismo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, sci e sci nautico; 6) da abuso di alcolici e psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti od allucinogeni; 7) accertamenti diagnostici non resi necessari da malattia od infortunio; 8) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, od atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti; 9) da guerra (salvo quanto assicurato alla garanzia "Rischio di guerra all'estero"), insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni, nonché aggressioni od atti violenti cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente; 10) da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni od altre calamità naturali; 11) da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); 12) dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici; 13) dalla partecipazione, in qualità di appartenente alle Forze Armate od a Corpi di Polizia, ad azioni di repressione, con o senza conflitti a fuoco: 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. <p>Sono inoltre esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dalla guida: <ul style="list-style-type: none"> • di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla C; • di macchine operatrici; • dall'utilizzo di macchine agricole in ambito professionale; • di natanti a motore per uso non privato; 2) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, <i>ma a condizione che l'Assicurato ottenga il rinnovo della stessa entro i 90 giorni successivi al sinistro</i>; 3) dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto assicurato alla garanzia "Rischio volo"; 4) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio. <p><i>I rischi di cui al numero 1 sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.</i></p>
--	---



Che cosa è assicurato?

SEZIONE MALATTIE – RIMBORSO SPESE MEDICHE

Premessa precisazioni e condizioni comuni a tutte le Sezioni

Dichiarazioni sul Questionario sanitario

HDI prende atto delle dichiarazioni rese da ciascun Assicurato nel Questionario sanitario, che forma parte integrante della polizza e sulle quali ha basato la propria valutazione del rischio al fine di prestare l'assicurazione Rimborso spese mediche.

Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- per i sinistri conseguenti a infortunio: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- per i sinistri conseguenti a malattia: dal 30° giorno successivo;
- per i sinistri conseguenti a stati patologici noti al Contraente e/o all'Assicurato, ovvero diagnosticati,

	<p>sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, purché dichiarati all'atto della stipulazione stessa, e non espressamente esclusi da HDI: dal 180° giorno successivo;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ per i sinistri conseguenti a parto: dal 300° giorno successivo. <p>Per i sinistri conseguenti ad aborto (terapeutico, spontaneo o post-traumatico), od a malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 30 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.</p> <p>Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione od in ripresa, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita o ripresa, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti; ▪ dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste. <p>La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.</p> <p><u>Trapianto di organi</u></p> <p>In caso di trapianto di organi, o di parte di essi, conseguente ad infortunio o malattia ammessi in garanzia, HDI rimborsa, in base alle norme ed entro il limite del massimale stabilito per l'assicurazione rimborso spese mediche, le spese sostenute per le prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo dal donatore.</p> <p>In caso di donatore vivente HDI rimborsa altresì, entro il limite sopraindicato, le spese sostenute per le prestazioni, relative al donatore ed effettuate durante il ricovero, a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'équipe operatoria, materiale d'intervento), cure, medicinali e rette di degenza.</p> <p><u>Anticipo indennizzi</u></p> <p>In caso di avvenuto ricovero in istituto di cura non rientrante tra i centri clinici convenzionati, è data facoltà all'Assicurato di richiedere anticipatamente il rimborso delle spese preventivate in misura non superiore all'80% delle stesse, previa presentazione ad HDI di certificazione provvisoria dell'Istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, ed eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero e il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.</p> <p><i>L'anticipazione delle spese potrà aver luogo nell'ipotesi che l'ammontare previsto delle stesse non sia inferiore a € 5.000,00.</i></p> <p>Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule, distinte e ricevute di spesa, si procederà al conguaglio attivo o passivo.</p> <p><i>Nel caso in cui, dopo l'erogazione dell'anticipazione delle spese preventivate, il sinistro risultasse indennizzabile, a termini delle Norme e/o delle Condizioni particolari malattia, in misura inferiore alla somma anticipata, l'Assicurato rimborserà ad HDI, entro trenta giorni da quando la stessa gliene farà richiesta, la maggiore somma corrisposta quale anticipo dell'indennizzo.</i></p> <p><i>Nel caso in cui, dopo l'erogazione dell'anticipazione delle spese preventivate, il sinistro risultasse non indennizzabile a termini delle Norme e/o delle Condizioni particolari malattia, l'Assicurato rimborserà ad HDI, entro trenta giorni da quando la stessa gliene farà richiesta, la somma corrisposta quale anticipo dell'indennizzo.</i></p>
<p style="text-align: center;"><i>Le coperture assicurative acquistabili con la polizza Globale Salute in relazione al Rimborso spese mediche, a scelta dell'Assicurato ed alternative tra di loro, possono essere:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Rimborso spese mediche per grandi interventi chirurgici;</i> ➤ <i>Rimborso spese mediche – Garanzia base</i> ➤ <i>Rimborso spese mediche – Garanzia Top</i> <p style="text-align: center;"><i>Vediamole nel dettaglio</i></p>	
<p>SEZIONE MALATTIE – Parte prima: RIMBORSO SPESE MEDICHE PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI</p>	
<p>Oggetto dell'assicurazione – Rimborso spese mediche – Grandi interventi chirurgici</p>	<p>HDI rimborsa, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, le spese sostenute dall'Assicurato per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) diritti di sala operatoria, onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; 2) materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento chirurgico; 3) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero e/o l'intervento chirurgico; 4) rette di degenza;

5) trasporto in ambulanza o con qualsiasi altro mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo.

HDI rimborsa altresì, *purché pertinenti alla malattia od all'infortunio che ha reso necessario l'intervento chirurgico*, le spese sostenute per:

- 6) esami, accertamenti diagnostici, onorari medici, effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero o la data dell'intervento chirurgico;
- 7) esami, accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (*escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera*), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero od alla data dell'intervento chirurgico; qualora l'intervento chirurgico dipenda da una malattia oncologica, il suddetto limite di 100 giorni è esteso fino a 720 giorni, e il rimborso sarà effettuato fino alla concorrenza di € 6.000,00 da intendersi come disponibilità unica per sinistro.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, o di altro Ente o Fondo, in forma diretta o indiretta, la garanzia varrà per le eventuali spese od eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

L'assicurazione vale per gli interventi chirurgici, resi necessari da malattia od infortunio, compresi nello specifico elenco riportato nel fascicolo contenente le "Condizioni di assicurazione".

In questo DIP Aggiuntivo ne riportiamo una minima parte a mero titolo di esempio:

Elenco Grandi interventi chirurgici

Cranio

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali

Faccia e bocca

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Operazioni demolitrici per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.

omissis

La copertura assicurativa è completata dalle seguenti condizioni sempre valide ed operanti.

Indennità giornaliera sostitutiva

Qualora l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa durante il ricovero, avrà diritto a un'indennità di € 200,00 per ogni giorno di ricovero, con il limite di 100 giorni per anno assicurativo.

Qualora l'Assicurato si avvalga solo parzialmente del Servizio Sanitario Nazionale, o di altro Ente o Fondo, l'indennità di cui al precedente comma sarà corrisposta esclusivamente per i giorni di ricovero in cui egli non ha sostenuto alcuna spesa.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

Day Hospital

Qualora, successivamente ad un intervento chirurgico indennizzabile a termini delle norme di cui alla presente Sezione Prima, l'Assicurato debba proseguire la terapia prescritta dai medici curanti presso un istituto di cura in regime di Day Hospital, HDI rimborsa le spese sostenute per rette di degenza, assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante la permanenza in Day Hospital.



Qualora l'Assicurato richieda l'indennità giornaliera sostitutiva, questa verrà corrisposta, *esclusivamente qualora la degenza si protragga per almeno 5 ore al giorno*, nella misura di € 100,00 per ogni giorno di degenza, fermo il limite di 100 giorni per anno assicurativo.

Retta dell'accompagnatore

HDI rimborsa, entro il limite del massimale stabilito per l'assicurazione "Rimborso spese mediche" e fino ad un massimo di € 100,00 giornaliera, la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, per un periodo non superiore a 60 giorni per sinistro.

Carta Salute

Qualora sia resa operante alla Sezione ASSISTENZA la Garanzia C – Carta Salute (*descritta dettagliatamente nei paragrafi della Sezione Assistenza che seguono*), il ricovero, il Day Hospital, il Day Surgery, l'intervento chirurgico, dovranno essere organizzati ed erogati attraverso la Struttura Organizzativa di Europ Assistance

	<p>Service S.p.A. In mancanza, le spese indennizzabili saranno rimborsate comunque integralmente.</p> <p>Questa garanzia comporta un premio determinato dalla somma che il Assicurato ha deciso di assicurare e dalla sua età anagrafica.</p>
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
	Non sono previste opzioni
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
	Non sono previste opzioni
	Che cosa non è assicurato?
	Vedere il precedente paragrafo: “Premessa, precisazioni e condizioni comuni a tutte le Sezioni” all’inizio della “Sezione Malattie – Rimborsato spese mediche – Cosa è assicurato?”
	Ci sono limiti di copertura?
<p>Segnaliamo che alcune delle “esclusioni” indicate sono poi assicurate con diverse limitazioni nell’ambito del pacchetto assicurativo o richiamando le specifiche condizioni di cui al precedente punto “Opzioni/personalizzazioni che è possibile attivare</p>	
Esclusioni	<p><u>Sono esclusi dall’assicurazione gli infortuni causati:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dalla guida o dall’uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; 2) dalla guida o dall’uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei; 3) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato a livello non dilettantistico; 4) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurfing, sci alpinismo, sci acrobatico, guidoslitta, hockey a rotelle o su ghiaccio, bob, canoa fluviale, automobilismo, motociclismo, motonautica, equitazione, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, parkour, paracadutismo o sport aerei in genere; 5) dalla partecipazione, in qualità di tesserati, a competizioni – e relative prove e allenamenti – organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni o Enti sportivi similari nei seguenti sport: baseball, calcio (compreso calcio a cinque e simili), ciclismo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, sci e sci nautico; 6) da abuso di alcolici e psicofarmaci, dall’uso di stupefacenti od allucinogeni; 7) accertamenti diagnostici non resi necessari da malattia od infortunio; 8) da delitti dolosi compiuti o tentati dall’Assicurato, od atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti; 9) da guerra (salvo quanto assicurato alla garanzia “Rischio di guerra all’estero”), insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni, nonché aggressioni od atti violenti cui l’Assicurato abbia partecipato attivamente; 10) da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni od altre calamità naturali; 11) da trasformazioni od assestamenti energetici dell’atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); 12) dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici; 13) dalla partecipazione, in qualità di appartenente alle Forze Armate od a Corpi di Polizia, ad azioni di repressione, con o senza conflitti a fuoco: 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. <p><u>Sono inoltre escluse/i dall’assicurazione:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) le conseguenze dirette od indirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti dall’Assicurato o che abbiano dato origine a cure od esami o diagnosi anteriori alla data di stipulazione della polizza, sottaciuti ad HDI dal Contraente e/o dall’Assicurato con dolo o colpa grave

	<p>all'atto della stipulazione stessa;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) le cure o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza; 3) le conseguenze o le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, gli esaurimenti nervosi, la depressione, gli stati d'ansia e i fenomeni comportamentali in genere; 4) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcoolismo; 5) l'aborto volontario non terapeutico; 6) gli accertamenti diagnostici, le terapie e le prestazioni in genere inerenti a sterilità, impotenza sessuale, fecondazione assistita e artificiale; 7) le prestazioni aventi finalità estetiche, salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia; 8) le conseguenze di trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche; 9) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e delle parodontopatie, nonché gli interventi preprotetici e implantologici; 10) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto al secondo comma, numero 2), alla garanzia "Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Grandi interventi chirurgici"; 11) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia); 12) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale; 13) i ricoveri o i Day Hospital durante i quali l'Assicurato è sottoposto solamente ad accertamenti diagnostici o terapie che, per la loro natura e per l'assenza di motivi di urgenza, possono essere effettuati anche ambulatorialmente senza che ciò arrechi pregiudizio alla salute dell'Assicurato stesso; 14) i check-up di medicina preventiva. <p><i>Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le disposizioni di cui ai punti 1) e 2), si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.</i></p>
--	---

SEZIONE MALATTIE – Parte seconda: RIMBORSO SPESE MEDICHE – GARANZIA BASE

<p>Oggetto dell'assicurazione – Rimborso spese mediche – Garanzia Base</p>	<p><i>L'assicurazione vale per i ricoveri, i Day Hospital e gli interventi chirurgici resi necessari da malattia od infortunio.</i></p> <p><i>L'assicurazione vale altresì per la gravidanza, il parto, l'aborto (terapeutico, spontaneo o post-traumatico).</i></p> <p>A) <u>Ricovero, Day Hospital e/o intervento chirurgico a seguito di malattia od infortunio</u> HDI rimborsa, in caso di ricovero, Day Hospital od intervento chirurgico, anche ambulatoriale od effettuato in regime di Day Surgery, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, salvo quanto previsto dai "Limiti di indennizzo" del presente paragrafo, le spese sostenute dall'Assicurato per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) diritti di sala operatoria, onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; 2) materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento <i>fino ad un massimo di € 3.000,00 per sinistro</i>; 3) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero, il Day Hospital o l'intervento chirurgico; 4) rette di degenza, <i>fino ad un massimo di € 400,00 giornalieri</i>; 5) trasporto in ambulanza, o con qualsiasi altro mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo, <i>fino ad un massimo di € 1.000,00 per sinistro</i>. <p>HDI rimborsa altresì, <i>purché pertinenti alla malattia od all'infortunio che ha reso necessario il ricovero, il Day Hospital o l'intervento chirurgico</i>, le spese sostenute per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) esami, accertamenti diagnostici, onorari medici, effettuati nei 60 giorni precedenti l'inizio del ricovero o del Day Hospital, o la data dell'intervento chirurgico; 7) esami, accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (<i>escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera</i>), effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero o del Day Hospital, od alla data dell'intervento chirurgico. <p><i>Limiti di indennizzo</i> Con esclusivo riferimento alle sotto indicate fattispecie, HDI rimborsa l'Assicurato <i>fino ad un massimo per sinistro di:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - € 5.000,00 per appendiciti, varici, ernie addominali, laparocele, ovvero nei casi di interventi chirurgici effettuati in regime di Day Surgery (con esclusione di quelli sotto indicati);
---	--

- € 3.000,00 per adenoidi, tonsilliti, emorroidi, ragadi e fistole anali, cataratte, ovvero nei casi di interventi chirurgici ambulatoriali.

B) Gravidanza, parto e aborto (terapeutico, spontaneo o post-traumatico)

HDI rimborsa, in caso di parto od aborto, fino alla concorrenza della somma indicata dai "Limiti di indennizzo" del presente paragrafo, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- 1) diritti di sala operatoria, onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, materiale di intervento;
- 2) assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero o l'intervento chirurgico;
- 3) rette di degenza, fino ad un massimo di € 400,00 giornalieri;
- 4) trasporto in ambulanza, o con qualsiasi altro mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo, fino ad un massimo di € 1.000,00 per sinistro.

HDI rimborsa altresì, purché pertinenti al parto od all'aborto, le spese sostenute per:

- 5) esami, accertamenti diagnostici, onorari medici, effettuati nei 60 giorni precedenti il parto o l'aborto;
- 6) le spese sostenute durante il periodo di gravidanza per ecografie, amniocentesi ed accertamenti inerenti alla gravidanza stessa;
- 7) esami, accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, effettuati nei 90 giorni successivi al parto od all'aborto.

Limiti di indennizzo

Per le spese di cui al punto B), HDI rimborsa l'Assicurato, fino ad un massimo per sinistro e per anno assicurativo di:

- € 5.000,00 nei casi di ricovero per primo parto cesareo (intendendosi per tale il primo portato a compimento dall'Assicurata con tale tecnica e non il primo per il quale si è richiesto il rimborso ad HDI);
- € 3.000,00 nei casi di ricovero per parto senza taglio cesareo, parto cesareo successivo al primo od aborto.

C) Rimborso spese extraricovero a seguito di infortunio

L'assicurazione vale altresì, in caso di infortunio non comportante ricovero e/o intervento chirurgico, per le spese sostenute dall'Assicurato, entro 90 giorni dalla data dell'infortunio e fino ad un massimo di € 2.000,00, per prestazioni mediche e infermieristiche, visite specialistiche, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici, apparecchi gessati, inerenti all'infortunio stesso.

La copertura assicurativa è completata dalle seguenti condizioni sempre valide ed operanti.

Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, o di altro Ente o Fondo, in forma diretta o indiretta, la garanzia varrà per le eventuali spese od eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

Indennità giornaliera sostitutiva

Qualora l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa durante il ricovero, avrà diritto a un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero, con il limite di 60 giorni per anno assicurativo.

Qualora l'Assicurato si avvalga solo parzialmente del Servizio Sanitario Nazionale, o di altro Ente o Fondo, l'indennità di cui al precedente comma sarà corrisposta esclusivamente per i giorni di ricovero in cui egli non ha sostenuto alcuna spesa.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

In caso di Day Hospital o Day Surgery, qualora l'Assicurato richieda l'indennità giornaliera sostitutiva, questa verrà corrisposta, esclusivamente qualora la degenza si protragga per almeno 5 ore al giorno, nella misura di € 50,00 per ogni giorno di degenza, fermo il limite di 60 giorni per anno assicurativo.



Retta dell'accompagnatore

HDI rimborsa, entro il limite del massimale stabilito per l'assicurazione "Rimborso spese mediche" e fino ad un massimo di € 60,00 giornalieri, la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, per un periodo non superiore a 60 giorni per sinistro.

Questa garanzia comporta un premio determinato dalla somma che il Assicurato ha deciso di assicurare e dalla sua età anagrafica.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

<p>Condizione Particolare Malattia F1 – Forma con scoperto</p>	<p>Richiamando in operatività questa limitazione, HDI provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, <i>nella misura dell'80%, rimanendo il restante 20% a carico dell'Assicurato stesso.</i> Tale rimborso viene effettuato fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza e fermi i limiti di indennizzo previsti.</p> <p><i>Questa limitazione della garanzia comporta una riduzione del premio del 30% di quello relativo alla garanzia Rimborso spese mediche.</i></p>
<p>Condizione Particolare Malattia F2 – Forma con franchigia di €1.500,00</p>	<p>Richiamando in operatività questa limitazione, HDI provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, <i>con l'applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 1.500,00 per ogni sinistro.</i> Tale rimborso viene effettuato fino alla concorrenza della somma indicata in polizza per sinistro e per anno assicurativo e fermi i limiti di indennizzo previsti.</p> <p><i>Questa limitazione della garanzia comporta una riduzione del premio del 20% di quello relativo alla garanzia Rimborso spese mediche.</i></p>
<p>Condizione Particolare Malattia F3 – Forma con franchigia di €2.500,00</p>	<p>Richiamando in operatività questa limitazione, HDI provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, <i>con l'applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 2.500,00 per ogni sinistro.</i> Tale rimborso viene effettuato fino alla concorrenza della somma indicata in polizza per sinistro e per anno assicurativo e fermi i limiti di indennizzo previsti.</p> <p><i>Questa limitazione della garanzia comporta una riduzione del premio del 30% di quello relativo alla garanzia Rimborso spese mediche.</i></p>
<p>OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO</p>	
<p>Condizione Particolare Malattia Estensione E1- Esami ed accertamenti diagnostici</p>	<p>Richiamando in operatività questa Estensione, HDI rimborsa, nel limite del massimale indicato in polizza, le spese rese necessarie da malattia od infortunio sostenute per esami ed accertamenti diagnostici ed effettuati in assenza di ricovero.</p> <p><i>Sono escluse dalla presente estensione di garanzia le spese relative a:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>esami del sangue, delle urine e delle feci;</i> - <i>MOC e Pap Test;</i> - <i>visite generiche e specialistiche di qualsiasi natura, nonché i check up di medicina preventiva.</i> <p><i>Il rimborso delle spese viene effettuato, per ogni sinistro, con l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo di € 60,00.</i> Ai soli fini dell'applicazione del suddetto minimo, per sinistro si intende il ciclo di prestazioni sanitarie, riferite alla stessa malattia od infortunio, che decorre dalla data della prima certificazione e si esaurisce nell'arco dei 100 giorni successivi, <i>trascorsi i quali si applicherà nuovamente, fermo lo scoperto del 25%, il minimo di € 60,00 e così di seguito.</i></p> <p><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo pari al 20% del premio per Rimborso spese mediche.</i></p>
<p> Che cosa non è assicurato?</p>	
	<p>Vedere il precedente paragrafo: <i>“Premessa, precisazioni e condizioni comuni a tutte le Sezioni” all'inizio della “Sezione Malattie – Rimborso spese mediche – Cosa è assicurato?”</i></p>
<p> Ci sono limiti di copertura?</p>	
<p><i>Segnaliamo che alcune delle “esclusioni” indicate sono poi assicurate con diverse limitazioni nell'ambito del pacchetto assicurativo o richiamando le specifiche condizioni di cui al precedente punto “Opzioni/personalizzazioni che è possibile attivare</i></p>	
<p>Esclusioni</p>	<p><u><i>Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:</i></u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;</i> 2) <i>dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei;</i> 3) <i>dalla pratica di qualsiasi sport esercitato a livello non dilettantistico;</i>

- 4) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurfing, sci alpinismo, sci acrobatico, guidoslitta, hockey a rotelle o su ghiaccio, bob, canoa fluviale, automobilismo, motociclismo, motonautica, equitazione, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, parkour, paracadutismo o sport aerei in genere;
- 5) dalla partecipazione, in qualità di tesserati, a competizioni – e relative prove e allenamenti – organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni o Enti sportivi simili nei seguenti sport: baseball, calcio (compreso calcio a cinque e simili), ciclismo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, sci e sci nautico;
- 6) da abuso di alcolici e psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti od allucinogeni;
- 7) accertamenti diagnostici non resi necessari da malattia od infortunio;
- 8) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, od atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- 9) da guerra (salvo quanto assicurato alla garanzia "Rischio di guerra all'estero"), insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni, nonché aggressioni od atti violenti cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente;
- 10) da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni od altre calamità naturali;
- 11) da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 12) dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;
- 13) dalla partecipazione, in qualità di appartenente alle Forze Armate od a Corpi di Polizia, ad azioni di repressione, con o senza conflitti a fuoco: 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.

Sono inoltre escluse/i dall'assicurazione:

- 1) le conseguenze dirette od indirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti dall'Assicurato o che abbiano dato origine a cure od esami o diagnosi anteriori alla data di stipulazione della polizza, sottaciuti ad HDI dal Contraente e/o dall'Assicurato con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione stessa;
- 2) le cure o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza;
- 3) le conseguenze o le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, gli esaurimenti nervosi, la depressione, gli stati d'ansia e i fenomeni comportamentali in genere;
- 4) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcoolismo;
- 5) l'aborto volontario non terapeutico;
- 6) gli accertamenti diagnostici, le terapie e le prestazioni in genere inerenti a sterilità, impotenza sessuale, fecondazione assistita e artificiale;
- 7) le prestazioni aventi finalità estetiche, salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;
- 8) le conseguenze di trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- 9) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e delle parodontopatie, nonché gli interventi preprotesi e implantologici;
- 10) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto al paragrafo A), numero 2), della garanzia "Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Base";
- 11) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
- 12) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- 13) i ricoveri o i Day Hospital durante i quali l'Assicurato è sottoposto solamente ad accertamenti diagnostici o terapie che, per la loro natura e per l'assenza di motivi di urgenza, possono essere effettuati anche ambulatorialmente senza che ciò arrechi pregiudizio alla salute dell'Assicurato stesso;
- 14) i check-up di medicina preventiva.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le disposizioni di cui ai punti 1) e 2), si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.

SEZIONE MALATTIE – Parte terza: RIMBORSO SPESE MEDICHE – GARANZIA TOP

Oggetto dell'assicurazione –
Rimborso spese mediche – Garanzia TOP

*L'assicurazione vale per i ricoveri, i Day Hospital e gli interventi chirurgici resi necessari da malattia od infortunio.
L'assicurazione vale altresì per la gravidanza, il parto, l'aborto (terapeutico, spontaneo o post-traumatico).*

A) Ricovero, Day Hospital e/o intervento chirurgico a seguito di malattia od infortunio

HDI rimborsa, in caso di ricovero, Day Hospital od intervento chirurgico, anche ambulatoriale od effettuato in regime di Day Surgery, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, salvo quanto previsto dai "Limiti di indennizzo" del presente paragrafo, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- diritti di sala operatoria, onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero, il Day Hospital o l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto in ambulanza, o con qualsiasi altro mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo.

HDI rimborsa altresì, purché pertinenti alla malattia od all'infortunio che ha reso necessario il ricovero, il Day Hospital o l'intervento chirurgico, le spese sostenute per:

- esami, accertamenti diagnostici, onorari medici, effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero o del Day Hospital, o la data dell'intervento chirurgico;
- esami, accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (*escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera*), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero o del Day Hospital, od alla data dell'intervento chirurgico.

Limiti di indennizzo

Per le sotto indicate fattispecie, HDI rimborsa l'Assicurato *fino ad un massimo per sinistro di:*

- € 10.000,00 per appendiciti, varici, ernie addominali, laparocèle, ovvero nei casi di interventi chirurgici effettuati in regime di Day Surgery (con esclusione di quelli sotto indicati);
- € 6.000,00 per adenoidi, tonsilliti, emorroidi, ragadi e fistole anali, cataratte, ovvero nei casi di interventi chirurgici ambulatoriali.

B) Gravidanza, parto e aborto (terapeutico, spontaneo o post-traumatico)

HDI rimborsa, in caso di parto od aborto, fino alla concorrenza della somma indicata dai "Limiti di indennizzo" del presente paragrafo, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- diritti di sala operatoria, onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, materiale di intervento;
- assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero o l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto in ambulanza, o con qualsiasi altro mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo.

HDI rimborsa altresì, purché pertinenti al parto od all'aborto, le spese sostenute per:

- esami, accertamenti diagnostici, onorari medici, effettuati nei 100 giorni precedenti il parto o l'aborto;
- le spese sostenute durante il periodo di gravidanza per ecografie, amniocentesi ed accertamenti inerenti alla gravidanza stessa;
- esami, accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, effettuati nei 100 giorni successivi al parto o l'aborto.

Limiti di indennizzo

Per le spese di cui al punto B), HDI rimborsa l'Assicurato, *fino ad un massimo per sinistro e per anno assicurativo di:*

- € 10.000,00 nei casi di ricovero per primo parto cesareo (intendendosi per tale il primo portato a compimento dall'Assicurata con tale tecnica e non il primo per il quale si è richiesto il rimborso ad HDI);
- € 6.000,00 nei casi di ricovero per parto senza taglio cesareo, parto cesareo successivo al primo od aborto.

C) Rimborso spese extraricovero a seguito di infortunio

L'assicurazione vale altresì, in caso di infortunio non comportante ricovero e/o intervento chirurgico, per le spese sostenute dall'Assicurato, *entro 100 giorni dalla data dell'infortunio e fino ad un massimo di € 5.000,00*, per prestazioni mediche e infermieristiche, visite specialistiche, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici, apparecchi gessati, inerenti all'infortunio stesso.

La copertura assicurativa è completata dalle seguenti condizioni sempre valide ed operanti.

Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, o di altro Ente o Fondo, in forma diretta o indiretta, la garanzia varrà per le eventuali spese od eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

	<p><u>Indennità giornaliera sostitutiva</u> Qualora l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa durante il ricovero, avrà diritto a un'indennità di € 150,00 per ogni giorno di ricovero, con il limite di 100 giorni per anno assicurativo. Qualora l'Assicurato si avvalga solo parzialmente del Servizio Sanitario Nazionale, o di altro Ente o Fondo, l'indennità di cui al precedente comma sarà corrisposta esclusivamente per i giorni di ricovero in cui egli non ha sostenuto alcuna spesa. La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione. In caso di Day Hospital o Day Surgery, qualora l'Assicurato richieda l'indennità giornaliera sostitutiva, questa verrà corrisposta, <i>esclusivamente qualora la degenza si protragga per almeno 5 ore al giorno</i>, nella misura di € 75,00 per ogni giorno di degenza, fermo il limite di 100 giorni per anno assicurativo.</p> <p><u>Assicurazione per i neonati</u> I neonati, durante il periodo di validità della polizza, sono assicurati per le identiche somme e garanzie previste per la madre (<i>purché assicurata da almeno 300 giorni</i>) al momento della loro nascita, con decorrenza da tale momento e fino alla prima scadenza annuale della polizza. Sono altresì riconosciute, oltre alle spese relative ad eventuali patologie, anche quelle relative alla permanenza dei neonati stessi nell'istituto di cura, quali le spese incontrate per le visite mediche effettuate durante il ricovero, le rette di degenza, la cura personale e la nursery in genere, <i>escluse solamente quelle di carattere voluttuario</i>.</p> <p><u>Cure dentarie a seguito di infortunio</u> HDI rimborsa, nel limite del massimale annuo assicurato e <i>fino ad un massimo di € 2.000,00 per anno assicurativo</i>, le spese rese necessarie da infortunio che comporti la necessità di cure dentarie ricostruttive, comprese le applicazioni protesiche di elementi dentari singoli o multipli. <i>Il rimborso delle spese viene effettuato – per ogni sinistro – con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 150,00.</i> <i>La presente estensione di garanzia è valida esclusivamente in presenza di certificazione medica, comprovante l'infortunio occorso ed il trauma dentario da esso derivato, rilasciata da una unità di Pronto Soccorso, o da analoga struttura ospedaliera legalmente riconosciuta, a cui l'Assicurato abbia fatto immediato ricorso.</i></p> <p><u>Malattia oncologica</u> In caso di diagnosi di malattia oncologica, e ancorché la stessa non dia luogo a intervento chirurgico od a ricovero, HDI rimborsa, oltre a quanto previsto, le spese rese necessarie dalla malattia oncologica stessa e sostenute entro i 2 anni dalla prima diagnosi, per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie <i>fino ad un massimo di € 6.000,00 per sinistro</i>.</p> <p><u>Retta dell'accompagnatore</u> HDI rimborsa, entro il limite del massimale stabilito per l'assicurazione rimborso spese mediche e <i>fino ad un massimo di € 100,00 giornaliero</i>, la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, per un periodo non superiore a 60 giorni per sinistro.</p> <p><u>Carta Salute</u> Qualora sia resa operante alla Sezione ASSISTENZA la Garanzia C – Carta Salute (<i>descritta dettagliatamente nei paragrafi della Sezione Assistenza che seguono</i>), il ricovero, il Day Hospital, il Day Surgery, l'intervento chirurgico, il parto e l'aborto (terapeutico, spontaneo o post-traumatico), <i>dovranno essere organizzati ed erogati attraverso la Struttura Organizzativa di Europ Assistance Service S.p.A.</i> In mancanza, le spese indennizzabili saranno rimborsate con una detrazione del 20%, salvo quanto previsto alla condizione "Modalità di erogazione delle prestazioni" di cui alla stessa Sezione ASSISTENZA.</p> <p style="text-align: center;"><i>Questa garanzia comporta un premio determinato dalla somma che il Assicurato ha deciso di assicurare e dalla sua età anagrafica.</i></p>
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
<p>Condizione Particolare Malattia F1 – Forma con scoperto</p>	<p>Richiamando in operatività questa limitazione, HDI provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, <i>nella misura dell'80%, rimanendo il restante 20% a carico dell'Assicurato stesso.</i> Tale rimborso viene effettuato fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza e fermi i limiti di indennizzo previsti.</p> <p style="text-align: center;"><i>Questa limitazione della garanzia comporta una riduzione del premio del 30% di quello relativo alla garanzia Rimborso spese mediche.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Questa limitazione della garanzia non è compatibile con l'operatività della Garanzia C – Carta Salute (descritta dettagliatamente nei paragrafi della Sezione Assistenza che seguono).</i></p>

<p>Condizione Particolare Malattia F2 – Forma con franchigia di €1.500,00</p>	<p>Richiamando in operatività questa limitazione, HDI provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, con l'applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 1.500,00 per ogni sinistro. Tale rimborso viene effettuato fino alla concorrenza della somma indicata in polizza per sinistro e per anno assicurativo e fermi i limiti di indennizzo previsti.</p> <p><i>Questa limitazione della garanzia comporta una riduzione del premio del 20% di quello relativo alla garanzia Rimborso spese mediche.</i></p>
<p>Condizione Particolare Malattia F3 – Forma con franchigia di €2.500,00</p>	<p>Richiamando in operatività questa limitazione, HDI provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, con l'applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 2.500,00 per ogni sinistro. Tale rimborso viene effettuato fino alla concorrenza della somma indicata in polizza per sinistro e per anno assicurativo e fermi i limiti di indennizzo previsti.</p> <p><i>Questa limitazione della garanzia comporta una riduzione del premio del 30% di quello relativo alla garanzia Rimborso spese mediche.</i></p>
<p>OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO</p>	
<p>Condizione Particolare Malattia Estensione E1- Esami ed accertamenti diagnostici</p>	<p>Richiamando in operatività questa Estensione, HDI rimborsa, nel limite del massimale indicato in polizza, le spese rese necessarie da malattia od infortunio sostenute per esami ed accertamenti diagnostici ed effettuati in assenza di ricovero.</p> <p><i>Sono escluse dalla presente estensione di garanzia le spese relative a:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - esami del sangue, delle urine e delle feci; - MOC e Pap Test; - visite generiche e specialistiche di qualsiasi natura, nonché i check up di medicina preventiva. <p><i>Il rimborso delle spese viene effettuato, per ogni sinistro, con l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo di €60,00.</i></p> <p>Ai soli fini dell'applicazione del suddetto minimo, per sinistro si intende il ciclo di prestazioni sanitarie, riferite alla stessa malattia od infortunio, che decorre dalla data della prima certificazione e si esaurisce nell'arco dei 100 giorni successivi, trascorsi i quali si applicherà nuovamente, fermo lo scoperto del 25%, il minimo di €60,00 e così di seguito.</p> <p><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo pari al 20% del premio per Rimborso spese mediche.</i></p>
<p>Condizione Particolare Malattia Estensione E2 – Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici</p>	<p>Richiamando in operatività questa Estensione, HDI rimborsa, nel limite del massimale indicato in polizza, le spese rese necessarie da malattia od infortunio sostenute per onorari medici per visite specialistiche (<i>escluse quindi le visite generiche, e comunque le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche</i>), esami ed accertamenti diagnostici (<i>esclusi i check up di medicina preventiva</i>) ed effettuati in assenza di ricovero.</p> <p><i>Il rimborso delle spese viene effettuato, per ogni sinistro, con l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo di €60,00.</i></p> <p>Ai soli fini dell'applicazione del suddetto minimo, per sinistro si intende il ciclo di prestazioni sanitarie, riferite alla stessa malattia od infortunio, che decorre dalla data della prima certificazione e si esaurisce nell'arco dei 100 giorni successivi, trascorsi i quali si applicherà nuovamente, fermo lo scoperto del 25%, il minimo di €60,00 e così di seguito.</p> <p><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo conteggiato in base all'età dell'Assicurato.</i></p> <p><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo pari al 30% del premio per Rimborso spese mediche.</i></p>
<p>Condizione Particolare Malattia F4 – Esclusione dello scoperto sulla Garanzia C – Carta Salute</p>	<p>Con riferimento a quanto indicato all'Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche – Garanzia TOP relativamente alla condizione CARTA SALUTE di cui alla Sezione ASSISTENZA, derogando a quanto previsto alla condizione "Modalità di erogazione delle prestazioni" di cui alla stessa Sezione, la detrazione del 20% si intende abrogata.</p> <p><i>Per il richiamo in validità di questa condizione, che in caso di sinistro comporterà un maggiore esborso della Compagnia per ogni sinistro indennizzabile, verrà conteggiato un premio aggiuntivo del 30% sul premio relativo all'assicurazione Rimborso spese mediche.</i></p>



Che cosa non è assicurato?

Vedere il precedente paragrafo: "Premessa, precisazioni e condizioni comuni a tutte le Sezioni" all'inizio della "Sezione Malattie – Rimborsio spese mediche – Cosa è assicurato?"



Ci sono limiti di copertura?

Segnaliamo che alcune delle "esclusioni" indicate sono poi assicurate con diverse limitazioni nell'ambito del pacchetto assicurativo o richiamando le specifiche condizioni di cui al precedente punto "Opzioni/personalizzazioni che è possibile attivare

Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 1) dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- 2) dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei;
- 3) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato a livello non dilettantistico;
- 4) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurfing, sci alpinismo, sci acrobatico, guidoslitta, hockey a rotelle o su ghiaccio, bob, canoa fluviale, automobilismo, motociclismo, motonautica, equitazione, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, parkour, paracadutismo o sport aerei in genere;
- 5) dalla partecipazione, in qualità di tesserati, a competizioni – e relative prove e allenamenti – organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni o Enti sportivi simili nei seguenti sport: baseball, calcio (compreso calcio a cinque e simili), ciclismo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, sci e sci nautico;
- 6) da abuso di alcolici e psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti od allucinogeni;
- 7) accertamenti diagnostici non resi necessari da malattia od infortunio;
- 8) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, od atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- 9) da guerra (salvo quanto assicurato alla garanzia "Rischio di guerra all'estero"), insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni, nonché aggressioni od atti violenti cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente;
- 10) da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni od altre calamità naturali;
- 11) da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 12) dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;
- 13) dalla partecipazione, in qualità di appartenente alle Forze Armate od a Corpi di Polizia, ad azioni di repressione, con o senza conflitti a fuoco: 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.

Sono inoltre escluse/i dall'assicurazione:

- 1) le conseguenze dirette od indirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti dall'Assicurato o che abbiano dato origine a cure od esami o diagnosi anteriori alla data di stipulazione della polizza, sottaciuti ad HDI dal Contraente e/o dall'Assicurato con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione stessa;
- 2) le cure o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza;
- 3) le conseguenze o le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, gli esaurimenti nervosi, la depressione, gli stati d'ansia e i fenomeni comportamentali in genere;
- 4) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcoolismo;
- 5) l'aborto volontario non terapeutico;
- 6) gli accertamenti diagnostici, le terapie e le prestazioni in genere inerenti a sterilità, impotenza sessuale, fecondazione assistita e artificiale;
- 7) le prestazioni aventi finalità estetiche, salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;
- 8) le conseguenze di trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- 9) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e delle parodontopatie, nonché gli interventi preprotesi e implantologici, salvo quanto previsto alla garanzia "Cure dentarie a seguito di infortunio";
- 10) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto al paragrafo A), numero 2), della garanzia "Oggetto dell'assicurazione Rimborsio spese mediche - Garanzia Top";
- 11) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);

	<p>12) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;</p> <p>13) i ricoveri o i Day Hospital durante i quali l'Assicurato è sottoposto solamente ad accertamenti diagnostici o terapie che, per la loro natura e per l'assenza di motivi di urgenza, possono essere effettuati anche ambulatorialmente senza che ciò arrechi pregiudizio alla salute dell'Assicurato stesso;</p> <p>14) i check-up di medicina preventiva.</p> <p><i>Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le disposizioni di cui ai punti 1) e 2), si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.</i></p>
--	---



Che cosa è assicurato?

SEZIONE MALATTIE - INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO DA INFORTUNIO O MALATTIA

<p>Oggetto dell'assicurazione – Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia, per gessatura o frattura ossea</p>	<p>HDI, preso atto delle dichiarazioni rese da ciascun Assicurato nel Questionario sanitario, che forma parte integrante della presente polizza, sulle quali ha basato la propria valutazione del rischio, presta l'assicurazione Indennità giornaliera per ricovero in base alle norme che seguono.</p> <p><u>Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia, per gessatura o frattura ossea</u> In caso di infortunio, malattia, parto od aborto (terapeutico, spontaneo o post-traumatico), indennizzabili a termini di polizza, e se dipendenti da uno di questi casi, l'assicurazione vale per:</p> <ol style="list-style-type: none"> il ricovero; il Day Hospital; il Day Surgery; la gessatura; la frattura ossea. <p>HDI corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in polizza secondo le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> in caso di ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio, per ogni giorno di ricovero e <i>per la durata massima di 365 giorni per sinistro. Il giorno di dimissione non è indennizzabile;</i> in caso di degenza in istituto di cura in regime di Day Hospital, per ogni giorno di degenza, <i>nella misura del 50% e per la durata massima di 365 giorni per sinistro;</i> in caso di intervento chirurgico in regime di Day Surgery, per ogni giorno di degenza, <i>nella misura del 50% e per la durata massima di 365 giorni per sinistro;</i> in caso di ricovero in istituto di cura a seguito di malattia, parto e aborto, per ogni giorno di ricovero e <i>per la durata massima di 180 giorni per sinistro e per anno assicurativo. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.</i> in caso di gessatura, per ogni giorno di gessatura e <i>per la durata massima di 60 giorni per sinistro. Il giorno di rimozione della gessatura non è indennizzabile.</i> in caso di frattura ossea, comprovata da referto radiologico, che non comporti gessatura, per ogni giorno di prognosi prescritta dal medico a partire dal primo giorno successivo a quello del referto stesso e <i>per la durata massima di 30 giorni per sinistro.</i> <p><i>Le indennità suddette non sono cumulabili fra loro. L'indennità in caso di frattura ossea di cui al sesto alinea del presente articolo non è altresì cumulabile con l'indennità per Inabilità temporanea di cui alla Sezione INFORTUNI, se assicurata.</i></p> <p><u>Rinuncia al diritto di surrogazione</u> HDI rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.</p>
--	--

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

<p>Condizione Particolare Malattia E3 – Indennità giornaliera per convalescenza (forma base)</p>	<p>Richiamando in operatività questa Estensione - <i>attivabile soltanto se operante anche la garanzia Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia, gessatura o frattura ossea di cui alla presente Sezione</i> - in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ricovero protrattosi per almeno 3 giorni; - intervento chirurgico effettuato in regime di ricovero; - gessatura; <p>a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza, HDI corrisponde la suddetta indennità, nella misura indicata in polizza, anche per l'eventuale periodo di convalescenza, <i>purché prescritto da un medico</i>, per un numero di giorni pari a quello che sarà riconosciuto per l'Indennità giornaliera per ricovero o gessatura, e comunque non superiore a 15 giorni per sinistro ed a 60 giorni per anno assicurativo.</p> <p><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo derivante dall'aumento del 30% conteggiato sul premio della garanzia Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia, gessatura o frattura ossea.</i></p>
---	---

<p>Condizione Particolare Malattia Estensione E4 – Indennità giornaliera per convalescenza (forma Top)</p>	<p>Richiamando in operatività questa Estensione – <i>attivabile soltanto se operante anche la garanzia Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia, gessatura o frattura ossea di cui alla presente Sezione</i> -, in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ricovero protrattosi per almeno 3 giorni; ▪ intervento chirurgico; ▪ gessatura; ▪ ustioni di grado superiore al primo, estese ad almeno il 9% della superficie di uno degli arti superiori o inferiori, o ad almeno il 18% dell'intera superficie corporea, che non abbiano comportato intervento e/o ricovero in istituto di cura; <p>a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza, HDI corrisponde una indennità, nella misura indicata in polizza, anche per l'eventuale periodo di convalescenza, <i>purché prescritto da un medico</i>.</p> <p><i>L'indennità giornaliera per convalescenza sarà riconosciuta fino ad un massimo di:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a) 4 giorni, in caso di intervento chirurgico effettuato in regime ambulatoriale o in Day Surgery; b) 7 giorni in caso di ricovero di durata fino a 5 giorni; c) 15 giorni in caso di ricovero di durata superiore a 5 giorni e fino a 10 giorni; d) 30 giorni in caso di ricovero di durata oltre 10 giorni; e) 30 giorni in caso di gessatura; f) 15 giorni in caso di ustioni. <p><i>L'indennità giornaliera per convalescenza non sarà comunque corrisposta per un periodo superiore a 30 giorni per sinistro e 90 giorni per anno assicurativo.</i></p> <p><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo derivante dall'aumento del 60% conteggiato sul premio della garanzia Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia, gessatura o frattura ossea.</i></p>
---	---



Che cosa non è assicurato?

	<p><u>Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa e limiti delle prestazioni</u></p> <p>La garanzia decorre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione; ▪ per le malattie: dal 30° giorno successivo; ▪ per le malattie che siano l'espressione di stati patologici noti al Contraente e/o all'Assicurato, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, purché dichiarati all'atto della stipulazione stessa, e non espressamente escluse dalla Società: dal 180° giorno successivo; ▪ per il parto: dal 300° giorno successivo. <p><i>In caso di parto non cesareo, l'indennità viene corrisposta fino ad un massimo di 10 giorni.</i></p> <p><i>Per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 30 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.</i></p>
--	---

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione od in ripresa, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita o ripresa, per le prestazioni e per le somme da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.



Ci sono limiti di copertura?

Rimandiamo a quelli già indicati all'“Oggetto dell'assicurazione – Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia, per gessatura o frattura ossea”.



Che cosa è assicurato?

SEZIONE MALATTIE - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

HDI, preso atto delle dichiarazioni rese da ciascun Assicurato nel Questionario sanitario, che forma parte integrante della polizza, sulle quali ha basato la propria valutazione del rischio, presta l'assicurazione Invalidità permanente da malattia in base alle Norme che seguono.

Oggetto dell'assicurazione Invalidità permanente da malattia

L'assicurazione vale per le invalidità permanenti conseguenti a malattie manifestatesi successivamente alla data di effetto della polizza ma non oltre 90 giorni dopo la sua cessazione, sempre che, in quest'ultimo caso, le malattie siano insorte durante il periodo di validità della polizza stessa.

Liquidazione dell'indennizzo

La percentuale di invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso fra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia, in base alle percentuali espresse nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della polizza.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella citata tabella, la percentuale di invalidità è accertata in riferimento alle percentuali dei casi ivi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

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

La minorazione e/o 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%.

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente è di grado inferiore al 26% dell'invalidità totale. Se l'invalidità permanente è di grado pari o superiore al 26%, HDI liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali di cui alla tabella seguente:

Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale di indennizzo sulla somma assicurata	Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale di indennizzo sulla somma assicurata
26	5	47	44
27	6	48	46
28	7	49	48
29	8	50	50
30	10	51	53
31	12	52	56
32	14	53	59
33	16	54	62
34	18	55	65

Oggetto dell'assicurazione – Invalidità permanente da malattia

35	20	56	68
36	22	57	71
37	24	58	74
38	26	59	77
39	28	60	80
40	30	61	83
41	32	62	86
42	34	63	89
43	36	64	92
44	38	65	95
45	40	da 66 a 100	100
46	42		

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni



Che cosa non è assicurato?

Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa

La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione od in ripresa, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi Assicurati, i termini di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita o ripresa, per le prestazioni da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

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 presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organofunzionali diversi.

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.

Per malattie concorrenti si intendono le malattie od invalidità presenti nel soggetto che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organofunzionale.

Quindi, nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.



Ci sono limiti di copertura?

Rimandiamo a quelli già indicati all'“Oggetto dell'assicurazione – Invalidità permanente da malattia”.



Che cosa è assicurato?

SEZIONE ASSISTENZA

Prestazioni fornite
Garanzia A –
Assistenza Base

Premessa

HDI valendosi della struttura di Europ Assistance Italia fornisce le prestazioni di seguito elencate quando sono regolarmente attivate ricorrendo alla Centrale Operativa. Si veda a tal proposito le indicazioni date nel paragrafo "Cosa fare in caso di sinistro?".

Previa comunicazione al Contraente, anche mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale o nell'area clienti dello stesso. HDI si riserva di variare in qualsiasi momento la Società organizzatrice ed erogatrice delle prestazioni di Assistenza, lasciando invariate le prestazioni garantite e le condizioni contrattuali concordate con il Contraente al momento della sottoscrizione della Polizza.

L'assicurazione è valida in conseguenza diretta ed esclusiva di una malattia improvvisa o di un infortunio per le seguenti prestazioni, previa attivazione della Struttura Organizzativa:

1) Consulenza medica telefonica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della Struttura Organizzativa, che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

2) Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, debba sottoporsi ad intervento chirurgico o ad accertamenti diagnostici, può telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato od il centro diagnostico ritenuto più idoneo per il caso.

3) Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, sia affetto da una patologia ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a:

a) individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano od estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;

b) organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni, quale:

- aereo sanitario;
- aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
- treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo;

c) assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

HDI terrà a proprio carico le relative spese.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che, a giudizio dei medici, possono essere curate presso l'unità ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato, le terapie riabilitative, nonché le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali ed internazionali.

4) Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui al paragrafo 3) che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

- aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;

– treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
– autoambulanza, senza limiti di percorso.
Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese di HDI, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa.
HDI terrà a proprio carico le relative spese.
L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilire i necessari contatti.

- 5) Invio di un medico generico al domicilio in Italia
Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare un medico al domicilio dell'Assicurato, o nel luogo in cui questi si trova, purché sempre in Italia, a spese di HDI.
In caso di impossibilità di reperire un medico che possa intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.
- 6) Trasporto in autoambulanza in Italia
Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di essere trasportato dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato ad altro istituto di cura od alla propria residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente un'autoambulanza, tenendo HDI a proprio carico la relativa spesa.
- 7) Invio di un infermiere a domicilio
Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone HDI l'onorario fino ad un massimo di € 200,00 per sinistro.
- 8) Invio di un fisioterapista a domicilio
Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici derivanti da infortunio, od a seguito di malattia improvvisa, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, assumendone HDI l'onorario fino ad un massimo di € 200,00 per sinistro.
- 9) Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio
Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno, come da prescrizione medica scritta, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio, o dal luogo in cui si trova, per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari rimane a carico dell'Assicurato.
- 10) Consegna spesa a domicilio
Qualora l'Assicurato, in seguito a ricovero in istituto di cura superiore a 5 giorni per infortunio o malattia improvvisa, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi 15 giorni di convalescenza post-ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, *compatibilmente con le disponibilità locali*, tenendo HDI a proprio carico il compenso di due ore ad intervento e per un massimo di tre invii per ogni periodo post-ricovero.
I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'Assicurato.
- 11) Collaboratrice familiare
Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, sia stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni e sia temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, *compatibilmente con le disponibilità locali*, tenendo HDI a carico il relativo costo fino ad un massimo di € 200,00 per sinistro.

Le prestazioni seguenti sono fornite esclusivamente a seguito di sinistri verificatisi ad oltre 50 km. dal comune di residenza dell'Assicurato.

- 12) Rientro sanitario
Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e il medico

curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in un istituto di cura attrezzato in Italia od alla sua residenza in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente, quale:

- aereo sanitario;
- aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
- treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di percorso).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese di HDI, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa stessa.

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo.

Non danno luogo alla prestazione:

- *le infermità o le lesioni che, a giudizio dei medici, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;*
- *le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali od internazionali.*

La prestazione non è altresì dovuta qualora l'Assicurato od i familiari dello stesso addivengano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

13) Rientro con un familiare

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'Assicurato, in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario" di cui al punto 12) che precede, e i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa organizzerà anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. HDI terrà a proprio carico il relativo costo.

14) Anticipo spese mediche

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, debba sostenere delle spese mediche impreviste, e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa pagherà, per conto dell'Assicurato, le fatture fino ad un importo massimo di € 1.000,00 per sinistro.

La prestazione non è operante:

- *nei Paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa;*
- *se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia, vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;*
- *se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.*

L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre la somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

15) Viaggio di un familiare

Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'Assicurato necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a sette giorni, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato. HDI terrà a proprio carico la relativa spesa. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

16) Accompagnamento di minori

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato accompagnato da minori di 15 anni si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro, la Struttura Organizzativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) od aereo (classe economica) di andata e ritorno, per permettere ad un familiare convivente, residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. HDI terrà a proprio carico le relative spese. *Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.*

17) Autista a disposizione

Qualora l'Assicurato si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo a seguito di infortunio o malattia improvvisa, e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un autista per ricondurre il veicolo ed eventualmente i passeggeri fino alla città di residenza dell'Assicurato stesso, secondo l'itinerario più breve. HDI terrà a proprio carico l'onorario dell'autista, *mentre restano a carico dell'Assicurato le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, etc.).*

Nel caso in cui l'Assicurato rientrasse senza attendere l'autista, deve specificare il luogo dov'è in custodia il veicolo da ritirare e lasciare sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione alla guida del veicolo e, se si trova all'estero, la Carta Verde.

	<p>18) <u>Prolungamento del soggiorno</u> Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa comprovato da certificazione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro alla propria residenza in Italia alla data stabilita, la Struttura Organizzativa, ricevuta la sua comunicazione, organizzerà il prolungamento del suo soggiorno in albergo (<i>limitatamente al pernottamento e alla prima colazione</i>), tenendo HDI a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di dieci giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di € 60,00 al giorno. <i>Al suo rientro l'Assicurato dovrà fornire tutta la documentazione necessaria a giustificare il prolungamento del soggiorno.</i></p> <p>19) <u>Rientro salma</u> Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato sia deceduto, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo HDI a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 3.000,00 per sinistro, ancorché siano coinvolti più assicurati. <i>Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento in cui in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.</i> <i>Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo pari ad € 7,00.</i> <i>Segnaliamo che il premio è unico per uno o più Assicurati previsti dal contratto di assicurazione</i></p>
--	--

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Garanzia B – Assistenza Top

Richiamando in validità la Garanzia B - Assistenza Top, in aggiunta a tutte le prestazioni di cui alla Garanzia Base "A" sono operanti anche le prestazioni seguenti, raggruppate in due diversi pacchetti assicurativi, entrambi sempre operanti: Assistenza domiciliare integrate e Medical Advice Program.

Vediamo nel dettaglio.

Assistenza domiciliare integrata

1) Ospedalizzazione domiciliare

In caso di ricovero dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia improvvisa, della durata di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, la Struttura Organizzativa organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 30 giorni. Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dal servizio medico della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'Assicurato. I costi sono a carico di HDI.



2) Servizi sanitari

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, necessari di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami o della consegna di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

3) Servizi non sanitari

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, non possa lasciare il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

	<p><u>Medical Advice Program</u> (<i>Programma di consulenza medica, in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali</i>)</p> <p>Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, per i quali sia già stata formulata una diagnosi od un approccio terapeutico, desideri richiedere un approfondimento od una seconda valutazione clinico-diagnostica, verrà, attraverso gli operatori della Struttura Organizzativa, messo in contatto con la Centrale di Telemedicina che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri di eccellenza facenti parte del Network Salute.</p> <p>L'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa che lo metterà in contatto con la Centrale di Telemedicina, a cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere da parte degli specialisti dei Centri di eccellenza del Network Salute.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>Consulenza medica di secondo livello</u> I Medici della Centrale di Telemedicina, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questo l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti. In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e potrà essere definita, dove richiesta, una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici (Check-up). 2) <u>Attivazione della rete nazionale di Centri di eccellenza</u> A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico, ed all'elaborazione dei quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti dei Centri di eccellenza. Tutti i dati clinici, saranno trasmessi attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri ai Centri medici di riferimento. Il Centro medico di riferimento eseguirà le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei medici specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso. I costi della visita specialistica saranno a carico di HDI così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente <i>fino ad un massimo di € 200,00 per sinistro</i>. I medici specialisti dei Centri di eccellenza formuleranno rapidamente la propria risposta scritta, che verrà inviata alla Centrale di Telemedicina che, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla. HDI terrà a proprio carico tutti i costi. 3) <u>Attivazione del secondo parere internazionale</u> Qualora, su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o di quelli dei Centri di eccellenza nazionale, si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Struttura Organizzativa al fine di erogare il servizio di secondo parere internazionale. Tale servizio prevede la raccolta della documentazione dell'Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico al Centro internazionale individuato e la predisposizione di un secondo parere scritto da parte del Centro internazionale. <p style="text-align: center;"><i>Questa garanzia comporta un premio aggiuntivo a quello della Garanzia Base "A" pari ad € 18,00.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Segnaliamo che il premio è unico per uno o più Assicurati previsti dal contratto di assicurazione</i></p>
<p>Garanzia C – Carta Salute</p>	<p>Richiamando in validità la Garanzia C - Carta Salute, l'Assicurato, in caso di ricovero e/o intervento chirurgico, può usufruire delle prestazioni dei Centri Clinici convenzionati senza anticipare spese, secondo le seguenti condizioni.</p> <p><u>Circuito di cliniche convenzionate</u> La presente garanzia consente all'Assicurato, in caso di sinistro indennizzabile in base alle Norme che regolano l'assicurazione Rimborso spese mediche, di accedere alle prestazioni di Centri clinici convenzionati senza anticipare le spese. L'elenco dei Centri clinici e dei medici convenzionati è consultabile sul sito Internet di HDI, che sarà periodicamente aggiornato a seguito delle variazioni intervenute per migliorare continuamente la qualità del servizio prestato. <i>Tale elenco ha valore puramente indicativo, e pertanto la verifica dovrà essere effettuata rivolgendosi, all'atto della richiesta della prestazione, alla Struttura organizzativa.</i></p> <p><i>Eventuali variazioni o cessazioni dei rapporti tra HDI, la Struttura organizzativa e i Centri clinici od i medici convenzionati, non potranno influire sulla validità ed efficacia della polizza.</i></p>

	<p><u>Modalità di erogazione delle prestazioni</u></p> <p>A) La Struttura Organizzativa, ottenute le informazioni amministrative e cliniche necessarie per la verifica del diritto alla prestazione, provvede, di concerto con l'Assicurato, all'individuazione del Centro clinico e dei medici convenzionati, confermando allo stesso l'avvenuta prenotazione della prestazione. In caso di ricovero predisposto dalla Struttura Organizzativa in un Centro clinico convenzionato, le spese indennizzabili a termini delle norme che regolano l'assicurazione Rimborso spese mediche, compresi gli onorari dei medici convenzionati, saranno sostenute direttamente dalla Struttura Organizzativa, senza che l'Assicurato debba anticiparle.</p> <p>B) <i>Nel caso in cui l'Assicurato non intenda usufruire, totalmente o parzialmente, dei Centri clinici o dei medici convenzionati proposti dalla Struttura Organizzativa, le spese indennizzabili a termini delle norme che regolano l'assicurazione "Rimborso spese mediche", compresi gli onorari dei medici non convenzionati, ed effettivamente sostenute dall'Assicurato, saranno rimborsate con una detrazione del 20%.</i></p> <p>C) La detrazione di cui al punto B) che precede non sarà applicata nei seguenti casi: a) qualora sia operante la garanzia Rimborso spese mediche - Grandi interventi chirurgici; b) qualora l'Assicurato non possa usufruire di un Centro clinico o di un medico convenzionato a causa di: - comprovato ricovero d'urgenza; - condizioni dell'Assicurato che richiedano il ricovero in un Centro clinico non convenzionato con la Struttura Organizzativa; - non disponibilità di un Centro clinico o di un medico convenzionato nella provincia di residenza dell'Assicurato.</p> <p>D) <i>L'Assicurato si impegna a rimborsare ad HDI, entro trenta giorni da quando la stessa gliene avrà fatto richiesta, le spese sostenute per l'erogazione delle prestazioni previste dalla presente Garanzia "C" - Carta Salute, qualora il sinistro risulti non indennizzabile, ovvero indennizzabile in misura ridotta, a termini delle Norme e/o delle Condizioni particolari di polizza.</i></p> <p><i>HDI e la Struttura Organizzativa non assumono responsabilità per danni di qualsiasi natura derivanti dalla fruizione, o dalla mancata fruizione, delle prestazioni previste dalla presente Garanzia "C" - Carta Salute, in quanto la scelta dei Centri clinici e dei medici viene liberamente effettuata dall'Assicurato, ancorché con l'assistenza della Struttura Organizzativa.</i></p> <p><i>L'attivazione di Carta Salute comporta un premio di €4,00 per ciascun Assicurato.</i></p>
 <p>Che cosa non è assicurato?</p>	
<p>Obblighi in caso di richiesta di soccorso</p>	<p>La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese. In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.</p>
 <p>Ci sono limiti di copertura?</p>	
<p>Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni</p>	<p>Esclusioni ed effetti giuridici</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tutte le prestazioni sono fornite ad ogni Assicurato per un massimo di tre volte per tipo per ogni anno assicurativo. 2) La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuativa all'estero nel corso di ciascun anno assicurativo è di 60 giorni. 3) Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da: <ol style="list-style-type: none"> a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo; c) dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o tentato suicidio; d) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idroski, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;

	<p>e) malattie nervose e mentali; malattie già conosciute dall'Assicurato (malattie preesistenti) ed in sorte anteriormente alla stipulazione della polizza; malattie e infortuni conseguenti o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.</p> <p><i>Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.</i></p> <p>4) L'Assicurato libera dal segreto professionale, per i sinistri che saranno trattati con la polizza, i medici che lo hanno visitato o curato dopo od anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei Magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.</p> <p>5) Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, HDI non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.</p> <p>6) La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite od imprevedibili.</p> <p>7) Ogni diritto nei confronti di HDI si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del codice civile.</p> <p>8) Il diritto alle assistenze fornite da HDI decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.</p>
--	--



Che cosa è assicurato?

SEZIONE TUTELA LEGALE

<p>Premessa</p>	<p>La gestione dei sinistri Tutela legale è stata affidata dalla Società a: ARAG SE – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia (Societas Europaea), con sede e Direzione Generale in Viale del Commercio n. 59 - 37135 Verona VR, in seguito denominata ARAG, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente ai numeri indicate nel paragrafo "Cosa fare in caso di sinistro?".</p> <p><i>Previa comunicazione al Contraente, anche mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale o nell'area clienti dello stesso, la Società si riserva di variare in qualsiasi momento la Società di gestione e liquidazione dei sinistri di Tutela Legale, lasciando invariate le prestazioni garantite e le condizioni contrattuali concordate con il Contraente al momento della sottoscrizione della Polizza.</i></p>
<p>Oggetto dell'assicurazione - Tutela legale</p>	<p><u>Oggetto dell'assicurazione – Tutela Legale</u></p> <p>Avvalendosi di ARAG per la gestione dei sinistri, HDI, nei limiti del massimale indicato in polizza, assicura la Tutela legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nei casi indicati alle "Prestazioni garantite e soggetti assicurati".</p> <p>Tali oneri sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del caso assicurativo anche quando la vertenza deve essere trattata tramite il coinvolgimento di un organismo di mediazione; le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata da ARAG ai sensi del successivo articolo "Gestione del caso assicurativo", comma 4; le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti purché scelti in accordo con ARAG ai sensi dell'articolo "Gestione del caso assicurativo", comma 5; le spese processuali nel processo penale (art. 535 codice di procedura penale); le spese di giustizia; il Contributo Unificato (D.L. 11.3.2002 n. 28), se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima. <p>È garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'articolo "Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del legale", comma 3.</p>

Gestione del caso assicurativo

1. Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, ARAG si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia.
2. Ove ciò non riesca, *se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo* e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al legale scelto nei termini dell'articolo "Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del legale".
3. La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale *se l'impugnazione presenta possibilità di successo*.
4. *L'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziaria che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG.*
5. *L'eventuale nomina di consulenti tecnici di parte, e di periti in genere, viene concordata con ARAG.*
6. *ARAG, così come HDI, non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti.*
7. In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e HDI od ARAG, la decisione può venire demandata, ferma la facoltà dell'Assicurato di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del codice di procedura civile.
Ciascuna delle Parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.
HDI od ARAG avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

Prestazioni garantite e soggetti assicurati

Le garanzie previste all'Oggetto dell'assicurazione vengono prestate agli Assicurati indicati in polizza.
Nel caso di controversie fra Assicurati con la stessa polizza le garanzie di Tutela legale vengono prestate unicamente a favore dell'Assicurato-Contraente.

La garanzia vale per sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento dei danni da inadempienze di tipo contrattuale o da fatti illeciti di terzi derivati all'assicurato *esclusivamente in conseguenza di interventi terapeutici o chirurgici effettuati in occasione di ricovero presso Istituti di Cura (Pubblici o Privati) a seguito di infortunio, malattia, parto e aborto (terapeutico, spontaneo o post-traumatico) per i quali sia operante la relativa garanzia Infortuni e/o Malattia.*

Con riferimento agli interventi chirurgici, *fermo il presupposto che sia operante la relativa garanzia Infortuni e/o Malattia*, sono compresi anche quelli effettuati ambulatorialmente.

È compreso l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno in sede penale a mezzo di costituzione di parte civile.

Massimale

Le garanzie vengono prestate fino al massimale indicato in polizza per sinistro, senza limite per anno assicurativo.

Questa garanzia comporta un premio determinato dalla somma che il Assicurato ha deciso di assicurare.

Segnaliamo che il premio è unico per uno o più Assicurati previsti dal contratto di assicurazione

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni



Che cosa non è assicurato?

Delimitazioni dell'oggetto dell'assicurazione

L'Assicurato è tenuto a:

- *regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme relative alla registrazione degli atti giudiziari e non, i documenti necessari per la gestione del caso assicurativo;*

- *assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso od alla fine della causa.*

Le operazioni di esecuzione forzata non vengono ulteriormente garantite nel caso di due esiti negativi.

Insorgenza del caso assicurativo

Ai fini della presente garanzia, per insorgenza del caso assicurativo si intende:

- per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali: il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento;

- per tutte le restanti ipotesi: il momento in cui la controparte od un terzo abbia od avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto.

In presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del caso assicurativo si fa riferimento alla data della prima violazione.

Operatività della garanzia assicurativa

La garanzia assicurativa viene prestata per i casi assicurativi che siano insorti:

- durante il periodo di validità della polizza, se si tratta di esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali o di procedimento penale;

- *trascorsi 3 mesi dalla decorrenza della polizza*, in tutte le restanti ipotesi.

La garanzia si estende ai casi assicurativi che siano insorti durante il periodo di validità del contratto e che siano stati denunciati alla Società o ad ARAG, nei modi e nei termini del successivo Art. 10.9 – Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del legale, *entro 12 mesi dalla cessazione del contratto stesso.*

Unico caso assicurativo

Si considerano a tutti gli effetti come unico caso assicurativo le vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse.

In tale ipotesi, il relativo massimale resta unico e viene ripartito tra le varie azioni legali intraprese con le controparti a prescindere dal numero e dagli oneri per ciascuna di esse sopportati

Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa è tenuto a:

- *informare immediatamente la Società od ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del caso assicurativo, nonché indicare i mezzi di prova e i documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;*

- *conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.*

Recupero di somme

Spettano integralmente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

Spettano invece ad ARAG, che li ha sostenuti od anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del legale

1. L'Assicurato deve immediatamente denunciare per iscritto all'Ufficio di Rappresentanza od all'Agenzia a cui è assegnata la polizza, oppure ad HDI o direttamente ad ARAG, qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza, avendo cura di comunicare le proprie generalità, il numero di polizza, i fatti che hanno originato la controversia legale, l'eventuale imputazione di reato.

2. In ogni caso deve fare pervenire ad HDI o ad ARAG notizia di ogni atto a lui notificato, entro 3 giorni dalla data della notifica stessa.

3. L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale a cui affidare la tutela dei propri interessi, iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo ad HDI o ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo.

4. Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, ARAG lo invita a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale, al quale l'Assicurato deve conferire mandato.


5. L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con HDI o con ARAG.



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

	<ol style="list-style-type: none"> 1) dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; 2) dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei; 3) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato a livello non dilettantistico; 4) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurfing, sci alpinismo, sci acrobatico, guidoslitta, hockey a rotelle o su ghiaccio, bob, canoa fluviale, automobilismo, motociclismo, motonautica, equitazione, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, parkour, paracadutismo o sport aerei in genere; 5) dalla partecipazione, in qualità di tesserati, a competizioni – e relative prove e allenamenti – organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni o Enti sportivi similari nei seguenti sport: baseball, calcio (compreso calcio a cinque e simili), ciclismo, pallacanestro, pallanuoto, pallavolo, sci e sci nautico; 6) da abuso di alcolici e psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti od allucinogeni; 7) accertamenti diagnostici non resi necessari da malattia od infortunio; 8) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, od atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti; 9) da guerra (salvo quanto assicurato alla garanzia "Rischio di guerra all'estero"), insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni, nonché aggressioni od atti violenti cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente; 10) da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni od altre calamità naturali; 11) da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); 12) dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici; 13) dalla partecipazione, in qualità di appartenente alle Forze Armate od a Corpi di Polizia, ad azioni di repressione, con o senza conflitti a fuoco: 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. <p><u>Le garanzie di Tutela legale non sono inoltre valide:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a) per fatti dolosi delle persone assicurate; b) per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive; c) per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente.
--	---

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro	<p>Denuncia di sinistro.</p> <p><u>Per INFORTUNI</u> In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia od all'Ufficio di Rappresentanza a cui è assegnata la polizza oppure ad HDI entro tre giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del codice civile. <i>L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del codice civile.</i> La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa del sinistro e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari devono consentire ad HDI le indagini e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.</p> <p><u>Per MALATTIE</u> L'Assicurato deve sottoporsi in qualsiasi momento, su richiesta di HDI, agli accertamenti e ai controlli medici necessari, fornire ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria, nonché consentire ad HDI le indagini e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.</p> <p>Criteri di liquidazione Nei casi di ricovero, Day Hospital o Day Surgery, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a degenza ultimata, previa presentazione alla Società della cartella clinica definitiva, in originale, indicante la natura e</p>

l'esito dell'infortunio, della malattia, del parto, dell'aborto e dell'eventuale intervento, nonché il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di cura ovvero i giorni di degenza in regime di Day Hospital o Day Surgery.

Nel caso di gessatura, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato previa presentazione della documentazione medica necessaria per la determinazione del giorno dell'applicazione della gessatura e della sua rimozione nonché della documentazione strumentale attestante la lesione che ha reso necessaria la gessatura.

Nel caso di frattura ossea, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato previa presentazione del referto comprovante la frattura e della prescrizione dei giorni di prognosi prescritta dal medico.

Per INVALIDITA PERMANENTE DA MALATTIA

L'Assicurato deve denunciare la malattia entro tre giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata, e comunque non oltre un anno dalla cessazione dell'assicurazione.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti da HDI, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la seguente documentazione, sciogliendo a tal fine qualsiasi medico dal segreto professionale:

- a) certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, sul decorso e sulle conseguenze della malattia accertata e sui presidi terapeutici adottati;
- b) copia della cartella clinica completa ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- c) certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica con postumi.

Trascorsi sei mesi dalla data del certificato richiamato alla precedente lettera c), deve essere presentato certificato medico con l'indicazione del grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata.

Per ASSISTENZA

Per la denuncia del sinistro e per usufruire delle prestazioni sarà necessario contattare la Centrale Operativa, in funzione 24 su 24, come qui di seguito indicato:

- per telefono al numero verde: 800.010.634
- per telefono al numero: 02.58.28.62.06
- per telegramma indirizzato a: Europ Assistance Italia S.p.A., Piazza Trento, 8 - 20135 Milano

In ogni caso dovranno essere fornite le seguenti informazioni:

- 1) nome e cognome del richiedente;
- 2) il numero di polizza preceduto dalla sigla:
 - **HDIB**, se richiamata la Garanzia "A" - Assistenza Base;
 - **HDIT**, se richiamata la Garanzia "B" - Assistenza Top;
- 3) il tipo di assistenza di cui si necessita;
- 4) l'indirizzo del luogo in cui si trova;
- 5) il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa può reperirlo nel corso dell'assistenza.

Per ASSISTENZA CARTA SALUTE

Per usufruire della prestazione offerta dalla Garanzia C – Carta Salute, l'Assicurato deve mettersi preventivamente in contatto, *almeno 3 giorni lavorativi prima della data prevista per il ricovero, il Day Hospital o l'intervento chirurgico*, con la Struttura Organizzativa, in funzione 24 ore su 24, ai seguenti recapiti telefonici:

- numero verde 800 71 39 76
- numero di Milano 02 58 24 55 54

avendo cura di comunicare con precisione:


- 1) nome e cognome;
- 2) il numero di polizza preceduto dalla sigla **HDIS**;
- 3) il tipo di assistenza di cui necessita;
- 4) l'indirizzo del luogo in cui si trova;
- 5) il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.


L'Assicurato è altresì tenuto a fornire alla Struttura Organizzativa, a richiesta della stessa, a mezzo telefax o altro mezzo che gli verrà indicato, le informazioni e la documentazione necessaria per attivare le prestazioni nell'ambito dei centri clinici convenzionati.

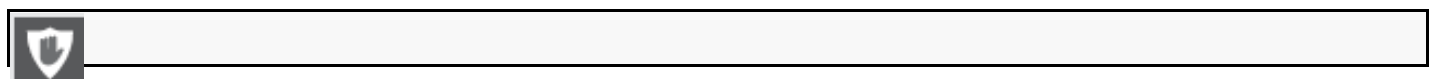
Per agevolare i contatti con la Struttura Organizzativa, l'Assicurato potrà utilizzare il modulo da HDI e inserito in calce nel fascicolo delle Condizioni di assicurazione.

Previo comunicazione al Contraente, anche mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale o nell'area clienti dello stesso, HDI si riserva di variare in qualsiasi momento la Società organizzatrice ed erogatrice delle prestazioni di Assistenza, lasciando invariate le prestazioni garantite e le condizioni contrattuali concordate con il Contraente al momento della sottoscrizione della polizza.

	<p>Per TUTELA LEGALE</p> <p>La gestione dei sinistri Tutela legale è stata affidata dalla Società a: ARAG SE – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia (Societas Europaea), con sede e Direzione Generale in Viale del Commercio n. 59 - 37135 Verona VR, in seguito denominata ARAG, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente ai seguenti recapiti telefonici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Telefono centralino: 045 82 90 411 - Fax per invio nuove denunce di sinistro: 045 82 90 557 - Fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro: 045 82 90 449 <p>Per l'invio di nuove denunce di sinistro, l'Assicurato può altresì inviare una e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: denunce@ARAG.it.</p> <p><i>Previa comunicazione al Contraente, anche mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale o nell'area clienti dello stesso, la Società si riserva di variare in qualsiasi momento la Società di gestione e liquidazione dei sinistri di Tutela Legale, lasciando invariate le prestazioni garantite e le condizioni contrattuali concordate con il Contraente al momento della sottoscrizione della polizza.</i></p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: <i>Il contratto non prevede alcuna assistenza diretta o in convenzione.</i></p>
	<p>Gestione da parte di altre Imprese</p> <p>Assistenza: Europ Assistance Italia S.p.A., Piazza Trento, 8, 20135 Milano, Tel. 02 -58.28.62.06, n. verde 800.010.634. Tutela Legale: ARAG SE, Viale del Commercio n. 59 - 37135 Verona VR, Tel. 045 82 90 411.</p>
	<p>Prescrizione: I diritti derivanti dalla polizza e dalla richiesta di risarcimento si prescrivono in 2 anni</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p><i><u>Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP</u></i></p>
<p>Obblighi dell'Impresa: I termini entro i quali HDI si impegna a pagare l'indennizzo sono variabili in funzione dell'entità dei danni riportati e alla gravità del sinistro occorso. A seconda del danno subito, eventuali tempi previsti per la liquidazione del danno sono indicati alle specifiche garanzie.</p>	

 <p>Quando e comedevo pagare?</p>	
<p>Premio</p>	<p><i><u>Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP</u></i></p>
<p>Rimborso</p>	<p><i><u>Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP</u></i></p>

 <p>Quando comincia la copertura e quando finisce?</p>	
<p>Durata</p>	<p><i><u>Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP</u></i></p>
<p>Sospensione</p>	<p><i><u>Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP</u></i></p>



Come posso disdire la polizza?

Clausola di tacito rinnovo	<i>Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP</i>
Ripensamento dopo la stipulazione	<i>Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP</i>
Risoluzione	<i>Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP</i>



A chi è rivolto questo prodotto?

La polizza è stata realizzata se chi si assicura è una persona che ha meno di 70 anni e cerca una polizza assicurativa che assista lei e la sua famiglia in caso di infortunio e/o malattie che portano a gravi disagi anche economici.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, determinata sulla base delle rilevazioni contabili relative all'ultimo esercizio della Società (2019), è, in percentuale, pari al 24,80% del premio imponibile ed in valore assoluto pari a 24,80 Euro ogni 100,00 Euro di premio imponibile.

Regime fiscale

Il contratto Globale Salute è soggetto alle seguenti tassazioni - aliquota di imposta del:

2,5% per la Sezione Infortuni;

2,5% per la Sezione Malattie (per tutte le varie combinazioni rappresentate);

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 – Via Abruzzi, 10 – 00187 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 ad HDI.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	E' 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 .

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

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