

Assicurazione infortuni e assistenza



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

Impresa: HDI Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Persona InChiaro

Documento aggiornato il 1° luglio 2020
Il DIP Aggiuntivo pubblicato sul sito internet della Società 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 Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

HDI Assicurazioni S.p.A. (di seguito Società) – Sede Legale e Direzione Generale: 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?

SEZIONE INFORTUNI

In aggiunta alle informazioni presenti nel DIP Danni, l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DI PREMIO

Sconto progressivo	Nel caso in cui il Contraente risulti titolare di altro contratto di assicurazione stipulato con la Società e ricadente nei seguenti prodotti: "Incendio Mutui", "Famiglia InChiaro", "Casa InChiaro" e "Business Protetto", al momento della stipula del presente contratto verrà applicato uno sconto progressivo dal 10% al 20% sulla sola garanzia Infortuni esclusa quindi Assistenza, fermo il rispetto del premio minimo previsto e che risulta pari a Euro 50,00.
---------------------------	---

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.

SEZIONE ASSISTENZA

Garanzie Base

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


Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DI PREMIO: Non sono previste opzioni con riduzione di premio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.

Assistenza Top	Le seguenti prestazioni sono riservate agli Assicurati a seguito di ricovero con o senza intervento chirurgico. Assistenza domiciliare integrata 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
-----------------------	---

	<p>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 della Società.</p> <p>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, necessiti 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.</p> <p>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> <p>Medical Advice Program (In funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali) Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, per i quali sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico, desideri richiedere un approfondimento o 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. 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> <p>Consulenza medica di secondo livello 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).</p> <p>Attivazione della rete nazionale di Centri di eccellenza 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 della Società così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di € 200 per sinistro. 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. La Società terrà a proprio carico tutti i costi.</p> <p>Attivazione del secondo parere internazionale 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>
--	---

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	<p>Sezione Infortuni In aggiunta a quanto riportato nel DIP Danni, sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; 2) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto al successivo Esclusioni Rischio volo (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). 3) dalla pratica, anche puramente ricreativa, di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, alpinismo su scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, canoa fluviale oltre il 3° grado, rafting, hydrospeed, salto con l'elastico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere; 4) dalla partecipazione a competizioni - e relative prove e allenamenti - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro e di pallavolo, salvo che esse abbiano carattere ricreativo o riguardino gare aziendali e interaziendali;

- 5) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 6) da guerra, salvo che quelli avvenuti all'estero, purché avvengano nei 14 gg dall'inizio delle ostilità, in un paese sino ad allora in pace e che sorprendano l'Assicurato che non deve aver partecipato attivamente a tali eventi, in qualità di civile;
- 7) insurrezioni, tumulti popolari, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni, nonché aggressioni od atti violenti a cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente;
- 8) dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;
- 9) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 10) dalla fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, corrosivi, e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei.

L'assicurazione non è inoltre operante per:

- a) le conseguenze dirette o indirette di infortuni, nonché di malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza, sottaciuti alla Società dal Contraente e/o dall'Assicurato con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione stessa;
- b) le cure o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza.

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.

Sezione Assistenza

Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni di Assistenza

- Tutte le prestazioni sono fornite ad ogni Assicurato per un massimo di tre volte per tipo, se non altrimenti disposto specificamente, per ogni anno di validità della polizza.
- La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuativa all'estero, nel corso di ciascun anno di validità della polizza, è di 60 giorni.
- Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da: 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; scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo; dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o tentato suicidio;
- infortuni derivanti da 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.
- Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.
- L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa polizza, i medici che lo hanno visitato o curato dopo e anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei Magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.
- Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
- La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.
- Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di un anno dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 del Codice Civile.
- Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.



Ci sono limiti di copertura?

Fatto salvo quanto espressamente indicato nel DIP Danni, in merito alle esclusioni, la copertura della garanzia entra in vigore a condizione che sia stata versata la prima rata di premio, alle ore 24 del giorno indicato in polizza o in data antecedente, altrimenti alle ore 24 del giorno del versamento del premio.

Sezione Infortuni

Limiti per: 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 alla Società, 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	% di indennizzo in base alla classe di attività svolta al momento del sinistro		
Classi	A	B	C
A (vedi tabella nelle Condizioni)	100	075	060
B (vedi tabella nelle Condizioni)	100	100	075
C (vedi tabella nelle Condizioni)	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", 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 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 alinea precedenti, varrà quanto stabilito nel presente articolo al riguardo dello svolgimento di un'attività diversa da quella dichiarata.

Limiti per: Morte e morte presunta

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, la Società 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, la Società 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.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza della dichiarazione di morte presunta (artt. 60, comma 3, e 62 del Codice Civile). 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). Resta inteso che, se dopo il pagamento dell'indennizzo risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Limiti per: Commorienza dei genitori

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 figli minori, la Società liquida a questi ultimi una indennità maggiorata del 50% della somma a loro spettante per la morte dei genitori.

In ogni caso, e indipendentemente dai capitali assicurati, il maggior esborso a carico della Società non potrà superare Euro 150.000,00 per ciascun genitore assicurato.

Limiti: Invalidità Permanente Franchigia relativa e Tabella modulare

L'indennizzo definitivo sarà liquidato come segue:

- in caso di invalidità permanente accertata di grado **fino al 3% non sarà liquidato alcun indennizzo**;
- in caso di invalidità permanente accertata di grado **superiore al 3% e fino al 59% l'indennizzo sarà liquidato sulla base della seguente tabella:**

Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
4	1	18	18	32	44	46	72
5	2	19	19	33	46	47	74
6	4	20	20	34	48	48	76
7	5	21	22	35	50	49	78
8	6	22	24	36	52	50	80
9	8	23	26	37	54	51	82
10	9	24	28	38	56	52	84
11	10	25	30	39	58	53	86
12	11	26	32	40	60	54	88
13	12	27	34	41	62	55	90
14	14	28	36	42	64	56	92
15	15	29	38	43	66	57	94
16	16	30	40	44	68	58	96
17	17	31	42	45	70	59	98

- in caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 60% **l'indennizzo sarà liquidato nella misura del 100% della somma assicurata.**

Limiti per: Indennità giornaliera per ricovero o gessatura e per convalescenza

Nel caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in polizza:

- in caso di ricovero in istituto di cura, per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 365 giorni per evento. Il giorno di dimissione non è indennizzabile; la Società corrisponderà inoltre, a titolo di diaria di convalescenza, l'indennità indicata in polizza per un ulteriore numero di

giorni pari al triplo di quelli del ricovero, con il massimo di 60 giorni per evento e per anno.

- in caso di gessatura, applicata in istituto di cura o ambulatorio, per ogni giorno di gessatura e per la durata massima di 40 giorni per evento. Il giorno di applicazione e quello di rimozione dell'ingessatura o del tutore non sono indennizzabili;
- 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 per la durata massima di 30 giorni per evento.

Le indennità suddette non sono cumulabili fra loro

Limiti per: Rimborso spese mediche da infortunio

La Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma indicata in polizza, per ogni sinistro e per anno assicurativo, le spese sostenute dall'Assicurato e rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per:

- A) il trasporto dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, al posto di Pronto Soccorso o all'ambulatorio con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo;
- B) in caso di sinistro che comporti un ricovero, anche in regime di Day Hospital, e/o un intervento chirurgico, anche ambulatoriale, e/o gessatura o immobilizzazione con tutori applicabili e rimovibili solo da parte di personale medico o paramedico specializzato:
- 1) le rette di degenza;
 - 2) gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - 3) i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi;
 - 4) il materiale di cura e i medicinali prescritti dai sanitari;
 - 5) gli accertamenti radiografici e radioscopici, gli esami e le analisi in genere e i relativi ticket;
 - 6) le notule per cure mediche in genere e per visite specialistiche;
 - 7) gli apparecchi gessati e i tutori;
 - 8) il trasporto in autoambulanza dall'Istituto di cura, dal posto di Pronto Soccorso o dall'ambulatorio ad altro Istituto di cura o al domicilio dell'Assicurato, reso necessario dalle sue condizioni di salute, entro il limite del 20% della somma indicata in polizza.
 - 9) le terapie fisiche e le cure termali prescritte dai sanitari (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
- C) in caso di sinistro che non comporti ricovero né intervento chirurgico, né gessatura o immobilizzazione con tutori, le spese di cui alle precedenti lettere A) e B), numeri da 4 a 6, entro il limite del 30% della somma indicata in polizza;
- D) in caso di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, le spese di cui alla precedente lettera B), i primi 6 punti.

Il rimborso è effettuato a cura ultimata all'Assicurato, o ai suoi beneficiari in caso di morte, previa presentazione delle ricevute originali di quanto pagato per i titoli suindicati. Sono rimborsabili le spese sostenute entro un anno dalla data dell'infortunio.

Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a terzi per ottenerne il rimborso, la Società 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.

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.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato o gli aventi diritto deve darne avviso alla Società entro dieci giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

La denuncia di sinistro può essere presentata:

- a mezzo telefono al numero verde 800 23 31 20
- a mezzo fax al numero verde 800 60 61 61
- a mezzo posta indirizzata a: HDI Assicurazioni S.p.A. – Area Sinistri Via Abruzzi, 10 – 00187 Roma
- a mezzo posta elettronica indirizzata a: sinistri@hdia.it
- a mezzo posta elettronica, per i titolari di posta elettronica certificata, indirizzata a: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it
- rivolgendosi al proprio intermediario

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

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al risarcimento (art. 1915 C.C.).

Inoltre, in caso di esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificazione di Pronto Soccorso medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

In caso di ricovero, dopo la dimissione dall'Istituto di cura dovrà essere prodotta copia della cartella clinica completa.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Assistenza

Limitatamente alla garanzia Assistenza e per poter usufruire delle prestazioni, sarà necessario contattare la Struttura Organizzativa, in funzione 24 ore su 24, o entro i diversi limiti previsti dal contratto.

In ogni caso dovranno essere fornite le seguenti informazioni:

- il tipo di assistenza di cui si necessita;
- cognome e nome del richiedente;
- numero di polizza preceduto dalla sigla:
- HINS, se operanti le garanzie di Assistenza Base;
- HING, se operanti le garanzie di Assistenza Top;

	<ul style="list-style-type: none"> • indirizzo del luogo in cui si trova; • numero telefonico dove reperirlo nel corso dell'assistenza.
	<p>Assistenza diretta Le prestazioni relative alla garanzia Assistenza sono erogate direttamente da Europ Assistance Italia S.p.A., ente convenzionato con la Società tramite la propria organizzazione. In caso di sinistro si può contattare direttamente la Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A., in funzione 24 ore su 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per telefono, dall'Italia, al numero verde 800.542.002 • per telefono, anche dall'estero, al numero +39.02.5828.6671 • per fax, al numero +39.02.58.47.72.01 • per telegramma, indirizzato a: Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento 8, 20135 Milano (MI)
	<p>Gestione da parte di altre imprese Non sono previste altre imprese che si occupano della trattazione dei sinistri.</p>
	<p>Prescrizione I diritti derivanti dalla polizza e dalla richiesta di risarcimento si prescrivono in 2 anni dalla data dell'evento.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
Obblighi dell'impresa	La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio documentate da certificazione di Pronto Soccorso medico. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indennizzabili, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	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. Nel caso di risoluzione spetta al Contraente il rimborso della parte di premio relativa al periodo di assicurazione non goduto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	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 sospensione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana. Nel caso di sospensione il Contraente ha diritto di ottenere il protrarsi dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione.



Come posso disdire la polizza?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Il Prodotto è rivolto alle persone fisiche ed offre una protezione al verificarsi di eventi di particolare rilievo conseguente ad un infortunio occorso nell'ambito della vita professionale e privata.



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 27,59% del premio imponibile ed in valore assoluto pari a 27,59 Euro ogni 100,00 Euro di premio imponibile. Si segnala che i costi di intermediazione a carico dell'aderente sono compresi nei premi indicati nella Scheda di polizza e conteggiati per ciascuna forma di copertura prescelta. Tali premi sono "finiti" e null'altro deve essere corrisposto dall'aderente.
Regime fiscale	Le imposte sono applicate sui premi imponibili nella misura prevista dalle disposizioni ministeriali vigenti alla data di incasso della polizza. Alla data di pubblicazione del presente documento le imposte di legge ammontano al <ul style="list-style-type: none"> • 2,50% per le garanzie relative alla sezione Infortuni; • 10,00% per le garanzie relative alla sezione Assistenza. 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.

La Società rilascerà dichiarazione al fine dell'eventuale spettanza della detrazione d'imposta, in base alla vigente normativa in materia di IRPEF. Tale dichiarazione indicherà i premi complessivamente corrisposti nell'anno solare, nonché la parte di premio detraibile. Per ottenere la dichiarazione relativa al premio pagato nell'anno solare per il quale viene richiesta detrazione d'imposta, il Contraente dovrà collegarsi al sito internet: <http://verificadocumenti.hdiassicurazioni.it/servizi/detraibilitafiscale.aspx>

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 alla Società.
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 . Per la risoluzione di liti transfrontaliere si può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

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.