

Assicurazione malattia



Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni
(DIP Danni)

Compagnia: HDI Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Salute HDI

Documento realizzato il 9 maggio 2023

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto e alla natura sociale della Compagnia sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura, con un unico contratto, fino a 10 persone (individuate nominalmente), le spese conseguenti a ricovero da malattia, infortunio o parto oltre che le spese relative ad accertamenti di alta diagnostica e visite mediche specialistiche. La polizza assicura inoltre prestazioni e servizi di assistenza in caso di infortunio o malattia.



Che cosa è assicurato?

✓ **Sezione MALATTIA:**

L'Assicurazione copre le spese conseguenti a ricovero da malattia, infortunio o parto e permette all'Assicurato di scegliere tra due diverse formule di copertura, indennitaria o rimborsuale, alternative tra loro:

Formula Diaria+ che prevede le seguenti garanzie:

- Diaria da ricovero per Infortunio, Malattia o Parto;
- Prevenzione;
- Spese Extraricovero, suddivise in:
 - Alta Diagnostica: prestazioni sanitarie ambulatoriali, indipendentemente dal ricovero;
 - Visite Specialistiche ed esami diagnostici: prestazioni sanitarie, ambulatoriali, rese necessarie da malattia o infortunio inclusi analisi ed esami diagnostici;

Formula Rimborso Spese Mediche+ che prevede le seguenti garanzie:

- Rimborso delle spese mediche in caso di ricovero a seguito di infortunio o malattia (incluso il parto o l'aborto terapeutico);
- Prevenzione;
- Spese Extraricovero, suddivise in:
 - Alta Diagnostica: prestazioni sanitarie ambulatoriali, indipendentemente dal ricovero;
 - Visite Specialistiche ed esami diagnostici: prestazioni sanitarie, ambulatoriali, rese necessarie da malattia o infortunio inclusi analisi ed esami diagnostici.

Le precedenti garanzie sono integrate da **"Estensioni di copertura sempre operanti."**

Le formule **Diaria+** e **Rimborso Spese Mediche+** possono essere arricchite acquistando le **"Garanzie facoltative"** (a pagamento):

- Malattie Gravi;
- Cure dentarie.

✓ **Sezione ASSISTENZA:** (sempre operante per Le formule **Diaria+** e **Rimborso Spese Mediche+**) garantisce prestazioni di assistenza all'Assicurato a seguito di infortunio o malattia.

Operano esclusivamente le Sezioni e le garanzie effettivamente acquistate, entro i limiti delle somme e dei massimali assicurati indicati sulla scheda di polizza e sui relativi allegati.

Per ulteriori informazioni si rimanda al DIP Aggiuntivo.



Che cosa non è assicurato?

Nell'ambito di ciascuna Sezione non sono assicurati:

✘ **Sezione MALATTIA:** Non sono assicurabili persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, tale aggravamento del rischio dovrà essere tempestivamente comunicato alla Compagnia, che si riserva il diritto di recedere dalla Polizza ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile, ove ne ricorrano i presupposti.

✘ **Sezione ASSISTENZA:**

- per più di 3 (tre) volte per anno assicurativo le prestazioni al domicilio, la Consulenza Medica e la prestazione My Clinic di Consulto medico generico e Consulto medico specialistico;
- per più di 1 (una) prestazione per anno assicurativo di Care Manager e di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)

Per ulteriori informazioni sui rischi esclusi si rimanda al DIP Aggiuntivo.



Ci sono limiti di copertura?

Per ciascuna garanzia, incluse quelle facoltative:

! l'indennizzo può essere corrisposto con limiti inferiori alle somme assicurate o ai massimali indicati sulla scheda di polizza e relativi allegati;

! possono essere applicati scoperti (espressi in percentuale) e franchigie (esprese in percentuale o in valore assoluto) indicati nelle Condizioni di Assicurazione e/o sulla scheda di polizza e relativi allegati che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo. Sono altresì presenti esclusioni per effetto delle quali la copertura non è operante e la Società non è obbligata a rispondere del danno.

Per il dettaglio delle condizioni di operatività, delle delimitazioni, delle detrazioni e delle esclusioni si rimanda al DIP Aggiuntivo.



Dove vale la copertura?

Per la Sezione "MALATTIA"

- ✓ L'assicurazione vale nel mondo intero.

Per la Sezione "ASSISTENZA"

- ✓ Le prestazioni sono erogabili in Italia, Repubblica di San Marino e Città Stato del Vaticano ad eccezione delle prestazioni: "My Clinic" e "Consulenza Medica" che sono valide in tutto il Mondo.



Che obblighi ho?

Quando si sottoscrive il contratto, si ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare comunicando l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio e comunicando altresì, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano una variazione del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza nonché la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso alla Compagnia nei termini e con le modalità previste contrattualmente e fare quanto gli è possibile per contenere o diminuire il danno.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al rilascio della polizza. Di norma, la rata successiva di premio viene corrisposta ad ogni scadenza annuale, ma il premio annuo può essere frazionato in rate semestrali, quadrimestrali o trimestrali. Il frazionamento comporta una maggiorazione del premio annuo del: 2% in caso di frazionamento semestrale, 3% in caso di frazionamento quadrimestrale, 4% in caso di frazionamento trimestrale, ed in tale caso le rate vanno pagate alle scadenze stabilite.

Il premio può essere pagato tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico, anche on line, senza oneri a carico del Contraente, oppure con denaro contante nei limiti consentiti dalle norme vigenti. Il premio è comprensivo di imposte secondo le aliquote in vigore alla data di emissione della polizza. In caso di contratti stipulati a distanza le modalità di pagamento del premio possono essere soggette ad alcune limitazioni.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 del giorno indicato sulla scheda di polizza a condizione che sia stato pagato il relativo premio. In caso contrario la copertura decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Termini di aspettativa: tuttavia, per la sezione "Malattia", la copertura assicurativa ha efficacia dalle ore 24:

- per gli Infortuni: del giorno di decorrenza dell'Assicurazione;
- per le malattie: del 30° giorno successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- per le malattie che siano conseguenza diretta di stati patologici non noti all'Assicurato, ma insorti prima della stipulazione del contratto: del 180° giorno successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- per la garanzia Malattie Gravi: del 180° giorno successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- per il parto: del 270° giorno successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- per l'Aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza: del 30° giorno successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di decorrenza dell'Assicurazione;
- per la garanzia Cure Dentarie per le prestazioni di "Emergenza odontoiatrica" e "Prevenzione odontoiatrica": del 60° giorno successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione;

Se il Contraente non paga il premio o le rate di premio successive alla prima, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo al giorno di scadenza della rata di Premio e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Relativamente alla Sezione "Malattia", se il pagamento della rata di premio o delle rate successive non avviene entro le ore 24 del novantesimo giorno dopo quello della scadenza, l'Assicurazione riprenderà efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento **e si applicano nuovamente i termini di aspettativa sopra indicati.**

La copertura termina alle ore 24 del giorno indicato sulla scheda di polizza.

Non è prevista la possibilità di sospendere la copertura assicurativa.



Come posso disdire la polizza?

Alla scadenza contrattuale: salvo diversa pattuizione tra le Parti e salvo che non sia diversamente indicato sulla scheda di polizza; l'assicurazione di durata annuale è stipulata con tacito rinnovo. In questo caso, in mancanza di disdetta inviata da una delle Parti mediante lettera raccomandata o Posta Elettronica Certificata (PEC) almeno 30 giorni prima della scadenza indicata nella scheda di polizza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente. Se il contratto è stipulato senza tacito rinnovo, la polizza cessa alla scadenza contrattuale senza necessità di disdetta.

Il contratto non si rinnoverà tacitamente alla scadenza, qualora anche uno solo degli Assicurati raggiunga l'età massima a scadenza del contratto di 75 anni e/o di 70 anni nel caso sia stata acquistata la garanzia facoltativa Malattie Gravi.

Nel caso il Contraente coincida con il soggetto assicurato, che ha raggiunto l'età massima a scadenza e non siano assicurati altri soggetti, l'assicurazione cessa senza obbligo di disdetta da parte della Società, entro e non oltre la scadenza indicata in Scheda di Polizza.

Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più Assicurati, il rinnovo potrà essere richiesto per gli Assicurati che non abbiano raggiunto il limite d'età sopra indicato e in questo caso il Contraente dovrà sottoscrivere il nuovo contratto entro e non oltre i 30 giorni successivi alla scadenza del contratto originario.

In caso di ripensamento: esclusivamente se il contratto è stato stipulato a distanza, il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di recesso nei 14 giorni successivi alla data di conclusione del contratto ai sensi dell'art. 52 e segg. del D. Lgs. 206 del 2005 (codice del consumo).