

Assicurazione malattia

HDI
ASSICURAZIONI

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

Impresa: HDI Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Salute HDI

Documento realizzato il 9 maggio 2023
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: piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma (Italia) – Telefono +39.06.4210.31 – fax +39.06.4210.3500 – Sito Internet: www.hdiassicurazioni.it – indirizzo di posta elettronica: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it. Codice Fiscale, Partita IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172.

Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'08.06.1993 (G.U. 14.06.1993) e iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022. Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015.

Il patrimonio netto al 31 dicembre 2022 ammonta a 663,0 milioni di euro (di cui 216,0 milioni di euro relativi al comparto Vita e 447,0 milioni di euro al comparto Danni), ed è costituito da capitale sociale per 351,0 milioni di euro (di cui 76,0 milioni di euro vita e 275,0 milioni di euro danni) e da riserve patrimoniali e dal risultato d'esercizio per 312,0 milioni di euro (di cui 140,0 milioni di euro vita e 172,0 milioni di euro danni).

La Compagnia ha determinato il Requisito Patrimoniale di Solvibilità ed il Requisito Patrimoniale Minimo al 31 dicembre 2022 secondo quanto previsto dalla vigente normativa Solvency II.

Il Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 353,0 milioni di euro ed i Fondi Propri Ammissibili a copertura dello stesso sono pari a 942,6 milioni di euro. Si registra così una eccedenza di 589,6 milioni di euro ed un Solvency Ratio pari al 267,0%.

Il Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 158,9 milioni di euro ed i Fondi Propri Ammissibili a copertura dello stesso sono pari a 797,8 milioni di euro. Si registra così una eccedenza di 638,9 milioni di euro ed un Ratio pari al 502,2%.

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

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

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

SEZIONE MALATTIA

L'ambito di rischio descritto nella Sezione Malattia è costituito da due differenti Formule, alternative fra loro, così composte:

Formula Diaria+:

La Società riconosce, in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria a seguito di Infortunio, Malattia o Parto o aborto terapeutico, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza, anche per i ricoveri avvenuti in regime di degenza diurna senza pernottamento (Day Hospital).

E' altresì sempre operante la garanzia "**Diaria da convalescenza**" che prevede un indennizzo giornaliero per ogni giorno di degenza domiciliare post-ricovero con o senza intervento (Esclusa in caso di Day-Hospital, parto cesareo / naturale e aborto terapeutico).

Formula Rimborso spese mediche+:

La Società riconosce, in caso di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura a seguito di Infortunio, Malattia o Parto (incluso l'aborto terapeutico), le spese mediche sostenute **fino a concorrenza del massimale indicato in Scheda di Polizza:**

- 1) gli onorari dell'equipe medico-chirurgica (Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto) partecipante attivamente all'intervento, o che ha prestato la propria opera durante il ricovero;
- 2) i diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- 3) l'assistenza medica, i consulti, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami eseguiti durante il periodo di ricovero;
- 4) le rette di degenza;
- 5) le protesi ed endoprotesi applicate durante il periodo di ricovero;
- 6) il ricovero o day-hospital con intervento chirurgico in Istituto di cura;
- 7) l'esecuzione di terapie mediche in Istituto di cura;
- 8) l'intervento chirurgico o terapia chirurgica (laserterapia, crioterapia) svolta in regime ambulatoriale presso un Istituto di cura;
- 9) gli interventi ambulatoriali;

10) il ricovero in istituto di cura a seguito di parto naturale, parto cesareo o aborto terapeutico.

Sono altresì sempre operanti le seguenti estensioni di garanzia:

- Spese prima e dopo il ricovero
- Trapianto di organi
- Indennità giornaliera sostitutiva
- Spese dentarie a seguito di infortunio
- Ticket sanitari
- Retta dell'accompagnatore
- Apparecchi Protesici Ed Ortopedici
- Neonato
- Prestazioni Mediche a carattere di urgenza effettuate in Italia/Estero
- Terapie Oncologiche
- Second Opinion

Inoltre, sia per la Formula Diaria+ e sia per la Formula Rimborso Spese mediche+, sono sempre operanti le seguenti garanzie:

- **Spese Extra ricovero:**
 - Alta diagnostica
 - Trattamenti laser ad eccimeri
 - Visite specialistiche ed esami diagnostici
 - Cure Fisioterapiche: Rimborso delle spese mediche per sedute di fisioterapia indicata da prescrizione medica e conseguente a malattie/infortuni, incluse spese di noleggio attrezzature fisioterapiche
 - Cure di Logopedia: Rimborso delle spese mediche per sedute di logopedia indicata da prescrizione medica e conseguente a malattie/infortuni
- **Prevenzione:** la Società riconosce a scopo preventivo, all'Assicurato che abbia compiuto 18 anni di età, di beneficiare di un Check-up gratuito biennale in Network convenzionato.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DI PREMIO: è possibile beneficiare di uno sconto sul premio acquistando le seguenti garanzie facoltative:

Massimale Nucleo (valida solo per la garanzia Rimborso Spese mediche da Infortunio, Malattia o Parto, Spese Extraricovero Alta diagnostica e Visite specialistiche ed esami diagnostici.)	L'attivazione di questa opzione prevede un massimale unico, per periodo assicurativo e per sinistro, per le Spese mediche di tutti gli Assicurati indicati in Scheda di Polizza facenti parte del Nucleo familiare del Contraente.
Opzione franchigia Frontale (valida solo per la Formula Rimborso Spese Mediche+)	L'attivazione di questa opzione prevede l'applicazione di una franchigia sulle Prestazioni Sanitarie erogate in Network Convenzionato.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: la copertura può essere integrata acquistando le seguenti garanzie facoltative:

Malattie Gravi	La Società riconoscerà un indennizzo nel caso in cui all'Assicurato viene diagnosticata una delle Malattie Gravi definite nelle Condizioni di Polizza.
Cure Dentarie	La Società riconoscerà le spese mediche di prevenzione e di emergenza odontoiatrica, elencate nella tabella "Tabella Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" definite nelle Condizioni di Polizza, sia in caso di Prestazioni Sanitarie in Network Convenzionato, sia in caso di Prestazioni Sanitarie fuori Network Convenzionato entro i limiti .

ASSISTENZA

Servizio Assistenza Salute:

la copertura assicurativa garantisce prestazioni di assistenza all'Assicurato a seguito di infortunio o malattia erogate tramite la Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. che provvederà ad erogare le seguenti prestazioni:

1. My Clinic;
2. Consulenza medica;
3. Invio di un medico al domicilio o di una autoambulanza al domicilio;
4. Consegna farmaci al domicilio;
5. Invio di un infermiere al domicilio;
6. Invio baby-sitter al domicilio;
7. Invio colf al domicilio;
8. Invio pet sitter al domicilio;
9. Invio di un pediatra a domicilio;
10. Care Manager;
11. Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.);
12. Trasferimento in un centro ospedaliero;
13. Rientro dal centro ospedaliero;
14. Ricerca negozi per articoli sanitari, presidi, e protesi;
15. Supporto nutrizionale per il mantenimento dello stato di salute;
16. Supporto psicologico;

- 17. Viaggio di un familiare;
- 18. Rientro anticipato;
- 19. Rientro Salma;
- 20. Informazioni e segnalazione di medicinali corrispondenti all'Estero.

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 riduzione di premio.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni.



Ci sono limiti di copertura?

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

FORMULA DIARIA+

Delimitazioni e detrazioni:

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

- **Formula Diaria+**

Garanzia	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto	
		In Network	Fuori Network
Diaria da Ricovero per Infortunio Malattia o Parto	€ 200,00 per giorno di ricovero, massimo 365 giorni per persona ed anno assicurativo	===	===
Diaria da convalescenza per Infortunio e Malattia	€ 200,00 per giorno di convalescenza sino al doppio dei giorni di ricovero, massimo 20 giorni per sinistro per persona ed anno assicurativo	===	===
Alta Diagnostica	vedere scheda di polizza	Nessuno Scoperto/franchigia 0%	Scoperto 20% minimo € 50,00 per sinistro
Alta Diagnostica Trattamenti Laser ad eccimeri	€ 1.200,00 per persona ed anno assicurativo	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% minimo € 50,00 per sinistro
Visite specialistiche ed esami diagnostici	vedere scheda di polizza	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% minimo € 50,00 per sinistro
Visite specialistiche ed esami diagnostici cure fisioterapiche	€ 1.000,00 per persona ed anno assicurativo	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% minimo € 50,00 per sinistro
Visite specialistiche ed esami diagnostici cure di logopedia	<ul style="list-style-type: none"> • in Network: Vedere massimale Visite specialistiche ed esami diagnostici • fuori Network: € 500,00 per persona ed anno assicurativo 	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto del 20% con un minimo di €50,00 per sinistro

- **Formula Rimborso Spese Mediche+**

Garanzia	Limiti di indennizzo	Franchigia / Scoperto	
		In Network	Fuori Network
Rimborso spese mediche – Ricovero o day-hospital con intervento chirurgico in Istituto di cura	vedere scheda di polizza	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% Franchigia: – minima: € 1.000,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro

<ul style="list-style-type: none"> - Ricovero o day-hospital con intervento chirurgico in Istituto di cura Opzione Franchigia frontale 	<i>vedere scheda di polizza</i>	<i>franchigia € 1.500,00 per sinistro</i>	Scoperto 20% Franchigia: <ul style="list-style-type: none"> - minima: € 1.500,00 per sinistro - massima: € 2.500,00 per sinistro
<ul style="list-style-type: none"> - Ricovero senza intervento chirurgico o di day-hospital 	<i>50% del massimale rimborso spese mediche per anno assicurativo</i>	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% Franchigia: <ul style="list-style-type: none"> - minima: € 1.000,00 per sinistro - massima: € 2.500,00 per sinistro
<ul style="list-style-type: none"> - Ricovero senza intervento chirurgico o di day-hospital Opzione Franchigia frontale 	<i>50% del massimale rimborso spese mediche per anno assicurativo</i>	<i>franchigia € 1.500,00 per sinistro</i>	Scoperto 20% Franchigia: <ul style="list-style-type: none"> - minima: € 1.500,00 per sinistro - massima: € 2.500,00 per sinistro
<ul style="list-style-type: none"> - Intervento chirurgico o terapia chirurgica (laserterapia, crioterapia) svolta in regime ambulatoriale 	<i>30% del massimale rimborso spese mediche per anno assicurativo</i>	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% Franchigia: <ul style="list-style-type: none"> - minima: € 1.000,00 per sinistro - massima: € 2.500,00 per sinistro
<ul style="list-style-type: none"> - Intervento chirurgico o terapia chirurgica (laserterapia, crioterapia) svolta in regime ambulatoriale Opzione Franchigia frontale 	<i>30% del massimale rimborso spese mediche per anno assicurativo</i>	<i>franchigia € 1.500,00 per sinistro</i>	Scoperto 20% Franchigia: <ul style="list-style-type: none"> - minima: € 1.500,00 per sinistro - massima: € 2.500,00 per sinistro
<ul style="list-style-type: none"> - Indennità sostitutiva in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale 	<i>€ 150,00 giornaliera e con il limite di 180 giorni per anno assicurativo</i>	===	===
<ul style="list-style-type: none"> - Spese prima e dopo il ricovero 	<i>120 giorni precedenti e successivi al ricovero</i>	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% Franchigia: <ul style="list-style-type: none"> - minima: € 1.000,00 per sinistro - massima: € 2.500,00 per sinistro
<ul style="list-style-type: none"> - Spese prima e dopo il ricovero Opzione Franchigia frontale 	<i>120 giorni precedenti e successivi al ricovero</i>	<i>franchigia € 1.500,00 per sinistro</i>	Scoperto 20% Franchigia: <ul style="list-style-type: none"> - minima: € 1.500,00 per sinistro - massima: € 2.500,00 per sinistro
<ul style="list-style-type: none"> - Trapianto di organi 	<i>Vedere massimale Rimborso spese mediche</i>	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% Franchigia: <ul style="list-style-type: none"> - minima: € 1.000,00 per sinistro - massima: € 2.500,00 per sinistro
<ul style="list-style-type: none"> - Trapianto di organi Opzione Franchigia frontale 	<i>Vedere massimale Rimborso spese mediche</i>	<i>Franchigia € 1.500,00 per sinistro</i>	Scoperto 20% Franchigia: <ul style="list-style-type: none"> - minima: € 1.500,00 per sinistro - massima: € 2.500,00 per sinistro
<ul style="list-style-type: none"> - Spese dentarie in caso di Infortunio 	<i>€ 10.000 per anno assicurativo</i>	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% Franchigia: <ul style="list-style-type: none"> - minima: € 1.000,00 per sinistro - massima: € 2.500,00 per sinistro
<ul style="list-style-type: none"> - Spese dentarie in caso di Infortunio Opzione Franchigia frontale 	<i>€ 10.000 per anno assicurativo</i>	<i>franchigia € 1.500,00 per sinistro</i>	Scoperto 20% Franchigia: <ul style="list-style-type: none"> - minima: € 1.500,00 per sinistro - massima: € 2.500,00 per sinistro

- Apparecchi protesici ed ortopedici	€ 2.000,00 per anno assicurativo	===	per sinistro ===
- Parto	parto naturale fino ad € 4.000,00 parto cesareo fino ad € 6.000,00	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% Franchigia: - minima: € 1.000,00 per sinistro - massima: € 2.500,00 per sinistro
- Parto Opzione Franchigia frontale	parto naturale fino ad € 4.000,00 parto cesareo fino ad € 6.000,00	franchigia € 1.500,00 per sinistro	Scoperto 20% Franchigia: - minima: € 1.500,00 per sinistro - massima: € 2.500,00 per sinistro
- Neonato	Vedere massimale Rimborso spese mediche	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% Franchigia: - minima: € 1.000,00 per sinistro - massima: € 2.500,00 per sinistro
- Neonato Opzione Franchigia frontale	Vedere massimale Rimborso spese mediche	franchigia € 1.500,00 per sinistro	Scoperto 20% Franchigia: - minima: € 1.500,00 per sinistro - massima: € 2.500,00 per sinistro
- Terapie oncologiche	€ 6.000,00 per anno assicurativo	===	===
- Second opinion	€ 650,00 per sinistro e per anno assicurativo	===	===
- Retta dell'accompagnatore	€ 60,00 giornaliero e con il limite di 30 giorni per sinistro e per anno assicurativo	===	===
- Ticket sanitari	€ 1.000,00 per anno assicurativo	===	===
Alta Diagnostica	vedere scheda di polizza	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% con il minimo di € 50,00 per persona e per sinistro
Alta Diagnostica Trattamenti Laser ad eccimeri	€ 1.200,00 per persona ed anno assicurativo	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% con il minimo di € 50,00 per persona e per sinistro
Visite specialistiche ed esami diagnostici	vedere scheda di polizza	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% con il minimo di € 50,00 per persona e per sinistro
Visite specialistiche ed esami diagnostici Cure fisioterapiche	€ 1.000,00 per persona ed anno assicurativo	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% con il minimo di € 50,00 per persona e per sinistro
Visite specialistiche ed esami diagnostici Cure di logopedia	<ul style="list-style-type: none"> • in Network: Vedere massimale Visite specialistiche ed esami diagnostici • fuori Network: € 500,00 per persona ed anno assicurativo 	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% con il minimo di € 50,00 per persona e per sinistro

Esclusioni:

La copertura assicurativa non è operante per:

1. le conseguenze dei delitti dolosi compiuti o tentati dal Contraente-Assicurato, compreso ogni atto contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
2. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
3. la partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile e la perdita di autosufficienza avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
4. la partecipazione ad operazioni od interventi militari derivanti da obblighi verso lo Stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
5. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
6. le cure da Malattie mentali e/o da disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi, e loro conseguenze;
7. le patologie correlate alla infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
8. le intossicazioni e le patologie direttamente conseguenti ad abuso clinicamente accertato di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o

psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;

9. gli stati invalidanti, gli Infortuni e le Malattie in genere già conosciuti, diagnosticati o che abbiano dato origine a cure, esami, anteriormente alla data di decorrenza dell'Assicurazione e relative complicanze, conseguenze dirette e indirette.
Questa esclusione vale anche se tali stati invalidanti, Infortuni e Malattie siano state comunicati o siano conosciuti dalla Società in qualsiasi forma all'atto dell'assunzione del Rischio o successivamente (es: attraverso questionario anamnestico, Cartelle Cliniche, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'Assicurato);
10. i farmaci, le visite, i trattamenti medici e chirurgici e le Prestazioni Sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio della professione;
11. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
12. le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Ricovero (fatto salvo quanto previsto dalla garanzia Apparecchi Protesici Ed Ortopedici ");
13. i trapianti e le spese sostenute a fronte di espianto da donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi (fatto salvo quanto previsto dalla garanzia "Trapianto di organi");
14. le spese per amniocentesi o villocentesi se non vi è la presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante sotto i 35 anni di età;
15. l'interruzione volontaria della gravidanza;
16. le spese mediche per trattamenti/ Prestazioni Sanitarie effettuate e fatturate successivamente al termine l'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a Malattie diagnosticate e Infortuni occorsi durante la validità della Polizza e denunciate durante il periodo di validità della stessa;
17. le necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
18. le necessità dell'Assicurato di essere assistito in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di una Struttura Sanitaria;
19. le Prestazioni Sanitarie di logopedia (fatto salvo quanto previsto dalla garanzia "Cure di Logopedia");
20. le Prestazioni Sanitarie non corredate dall'indicazione della diagnosi (accertato o sospetta) e della data d'insorgenza, nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
21. le spese relative a Prestazioni Sanitarie di routine e/o controllo, i vaccini, i trattamenti e i ricoveri non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Infortuni e Malattia, effettuati allo scopo di praticare check-up clinici, (fatto salvo quanto previsto dalla garanzia "Prevenzione");
22. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di medici specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
23. le Prestazioni dietologiche, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico salvo:
 - a) gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per neoplasia maligna o a seguito di infortunio comprovato da referto di pronto soccorso effettuato, una sola volta dopo l'Intervento chirurgico demolitivo;
 - b) gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
24. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla data di decorrenza dell'Assicurazione, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore di 1 anno assicurati dalla nascita;
25. interventi di chirurgia refrattiva per la correzione o l'eliminazione dei difetti visivi, (salvo quanto previsto dalla garanzia "Trattamenti laser ad eccimeri");
26. le Prestazioni Sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le Prestazioni Sanitarie e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;
27. le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche (salvo quanto previsto dalla garanzia facoltativa "Cure Dentarie");
28. gli Infortuni in seguito ad incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
29. gli Infortuni in seguito ad incidenti causati da pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove e allenamenti;
30. gli Infortuni in seguito alla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta sia indiretta;
31. gli Infortuni in seguito alla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti;
32. gli Infortuni in seguito alla manipolazione di materiale pirotecnico e uso o produzione di esplosivi, anche come attività non professionale;
33. gli Infortuni alla guida di veicoli in genere in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti, o nel corso di proprie azioni delittuose.

MALATTIE GRAVI

Criteri di indennizzabilità:

L'Indennizzo, in quanto sostegno economico addizionale all'Assicurato, verrà riconosciuto all'Assicurato in caso di diagnosi della Malattia Grave e a condizione che l'Assicurato sia ancora in vita al decorso del Periodo di Sopravvivenza.

Delimitazioni e detrazioni:

A seguito della liquidazione dell'Indennizzo, la garanzia cessa e nessun'ulteriore pagamento sarà effettuato nel caso in cui venga diagnosticata una seconda grave malattia in corso di annualità assicurativa.

Resta inteso che alla prima scadenza annuale della Polizza, successiva alla denuncia del sinistro, la garanzia verrà automaticamente eliminata dalla

Polizza e non sarà quindi richiesto il relativo Premio.

Esclusioni

Fermo quanto previsto dalle esclusioni applicate a tutte le garanzie della sezione Malattia, specificatamente per la garanzia Malattie Gravi, sono inoltre escluse:

- 1) Nel caso di *Ictus Cerebrale*:
 - a. attacco ischemico transitorio (TIA), (definito come deficit neurologico reversibile entro le 24 ore);
 - b. danno al tessuto cerebrale causato da un trauma cranico, sintomi cerebrali associati a deficit neurologico reversibile;
- 2) nel caso di Trapianto degli organi principali o vitali, il trapianto selettivo di cellule di Langerhan;
- 3) nel caso di *Cancro*:
 - a. tumori benigni o precancerosi, maligni borderline, a bassa potenzialità di malignità, non-invasivi, o qualsiasi grado di displasia;
 - b. tumori non-invasivi e tumori "in situ" Tis, secondo la classificazione internazionale TNM;
 - c. displasia cervicale CIN I-III;
 - d. carcinoma della vescica allo stadio Ta, secondo la classificazione internazionale TNM;
 - e. carcinoma papillare e follicolare della tiroide, diagnosticato istologicamente come T1a, secondo la classificazione internazionale TNM (tumore di dimensioni <=1 cm), salvo interessamento di linfonodi e/o metastasi a distanza;
 - f. carcinoma della prostata diagnosticato istologicamente come T1N0M0, secondo la classificazione internazionale TNM;
 - g. leucemia linfatica cronica e ricerca di anticorpi irregolari meno di 3;
 - h. ogni tumore della pelle non menzionato nella definizione di Cancro sopra riportata;
 - i. ogni tumore maligno che si manifesta in presenza della sindrome da HIV o AIDS.
- 4) nel caso di *Bypass coronarico*: gli interventi non chirurgici quali angioplastica con palloncino, angioplastica con laser, posa di uno o più STENT o qualsiasi altra procedura diversa dalla sternotomia.
- 5) le diagnosi della Malattia Grave effettuata precedentemente alla data del primo ingresso in copertura dell'Assicurato.

Cure Dentarie

Criteri di indennizzabilità:

La Società riconosce, entro i limiti indicati nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" sotto riportata, le spese mediche rese necessarie da:

- Prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica;
- Prestazioni di Emergenza Odontoiatrica a seguito di Infortunio o Malattia avvenuto in corso di contratto.

Delimitazioni e detrazioni:

Sia in caso di Prestazioni Sanitarie in Network Convenzionato, sia in caso di Prestazioni Sanitarie fuori Network Convenzionato fino a concorrenza del massimale indicato in Polizza.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI PREVENZIONE		
Descrizione	In Network	Fuori Network
Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	<i>Pagamento diretto</i>	€ 10,00
Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite currettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale		€ 41,25
Assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura); applicazioni topiche oligoelementi 2 denti		€ 15,00
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI EMERGENZA		
Descrizione	In Network	Fuori Network
Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	<i>Pagamento diretto</i>	€ 16,50
Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o Endorale per due elementi vicini		€ 16,50
Radiografia per monitorare la cura iniziata		€ 12,75
Otturazione per carie semplice Cavità di I e V Classe di Black		€ 30,00
Otturazione per carie semplice Cavità di II Classe di Black due pareti		€ 52,50
Estrazione semplice di dente o radice		€ 22,50
Devitalizzazione asportazione del nervo e otturazione monocanalare		€ 52,50
Devitalizzazione asportazione del nervo e otturazione bicanalare		€ 82,50
Devitalizzazione asportazione del nervo e otturazione tricanalare		€ 120,00
Medicazioni canalari e sedute per specificazione		€ 26,25
Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica		€ 30,00

Esclusioni

Fermo quanto previsto dalle esclusioni applicate a tutte le garanzie della sezione Malattia, specificatamente per la garanzia **Cure Dentarie**, sono inoltre escluse:

1. tutte le Prestazioni Sanitarie ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
2. le Prestazioni Sanitarie effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
3. le cure o i trattamenti medico odontoiatrici che non corrispondono alla definizione di Emergenza Odontoiatrica o Prevenzione Odontoiatrica e/o non compresi nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate";
4. le patologie preesistenti alla data di decorrenza dell'Assicurazione solo per le Prestazioni da "Emergenza Odontoiatrica";
5. i trattamenti ortodontici e le Prestazioni di ortodonzia;
6. le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni odontoiatriche;
7. le estrazioni di denti decidui (da latte);
8. le Prestazioni Sanitarie di rimozione chirurgica di impianti e parti di essi, o qualsiasi Prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che removibile;
9. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca;
10. i controlli di routine e/o check-up, salvo quanto previsto dalla garanzia "Dentarie" per le Prestazioni Sanitarie di "Prevenzione Odontoiatrica";
11. qualsiasi Prestazione medica relativa a denti mancanti alla data di decorrenza dell'Assicurazione.

ASSISTENZA

Delimitazioni e detrazioni:

Fermo restando che l'operatività delle prestazioni di assistenza è soggetta alle limitazioni e ai provvedimenti imposti dalle Autorità governative, locali e sanitarie, ogni prestazione che la Società si impegna ad erogare tramite la Struttura Organizzativa sarà fornita per ciascun Assicurato e per anno assicurativo nelle modalità indicate in ogni singola prestazione, come di seguito riportato:

Servizio Assistenza Salute	
Prestazione	Massimale per sinistro o altro limite di durata o di importo
My Clinic	===
Consulenza medica	===
Invio di un medico al domicilio o di una autoambulanza al domicilio	dalle ore 20 alle ore 8 sabato e domenica e nei giorni festivi 24 ore su 24
Consegna farmaci al domicilio	===
Invio di un infermiere a domicilio	5 ore per sinistro
Invio baby-sitter al domicilio a domicilio	5 ore per sinistro
Invio colf al domicilio	5 ore per sinistro
Invio pet sitter al domicilio	Max 5 giorni per 1 ora al giorno 7 giorni su 7, dalle 9 alle 18
Invio di un pediatra a domicilio	dalle ore 20 alle ore 8 sabato e domenica e nei giorni festivi 24 ore su 24
Care Manager	dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 18:00
Assistenza Domiciliare Integrata	massimo di 15 giorni continuativi e non frazionabili
Trasferimento in un centro ospedaliero	===
Rientro dal centro ospedaliero attrezzato in Italia	===
Ricerca negozi per articoli sanitari, presidi, e protesi	===
Supporto nutrizionale per il mantenimento dello stato di salute	===
Supporto psicologico	4 sedute da fruire entro un mese dall'attivazione, in video consulto
Viaggio di un familiare	€ 5.00,00
Rientro anticipato	€ 5.00,00
Rientro salma	€ 10.000,00
Informazioni e segnalazione di medicinali corrispondenti all'Estero	===

Esclusioni:

Per tutte le garanzie, sono esclusi i sinistri provocati da:

- a) alluvioni, inondazioni, eruzioni vulcaniche, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- b) fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c) guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- d) dolo;
- e) infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati prima dell'acquisto della polizza e loro complicanze;
- f) stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- g) malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- h) infortuni e malattie dovuti all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- i) malattie dovute all'abuso di alcolici;
- j) infortuni causati da un tasso alcolemico uguale o superiore a 0,5 grammi/litro;
- k) aborto volontario non terapeutico;
- l) una gravidanza iniziata prima dell'acquisto della polizza;

- m) infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;
- n) infortuni derivanti o imputabili ad attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;
- o) cure dentarie, protesi dentarie e le parodontopatie non conseguenti ad infortunio;
- p) applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia);
- q) soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come Istituti di Cura).
- r) epidemie o pandemie in base a quanto dichiarato dall' Organizzazione Mondiale della Sanità ad eccezione di Covid-19;
- s) conseguenze indirette dell'epidemia/pandemia da Covid 19.
- t) tutto quanto non indicato all'art. 5.1. "Servizio Assistenza Salute" per le singole Prestazioni/garanzie.

Sono inoltre esclusi i seguenti casi:

- il mancato rispetto delle ordinanze/norme imposte dagli organi di controllo/dei paesi ospitanti o dei paesi di origine;
- le conseguenze dovute o riconducibili a quarantene o misure restrittive della libertà di movimento decise dalle autorità competenti che isolino il Comune/zone territoriali più estese in cui ti trovi durante il Viaggio.

Salvo quanto indicato nelle singole Garanzie, non sono assicurate le spese dovute o riconducibili/conseguenti a quarantena o ad altre misure restrittive della libertà di movimento, decise dalle competenti Autorità Internazionali e/o locali, intendendosi per Autorità locali qualsiasi autorità competente del Paese di origine o di qualsiasi Paese dove hai pianificato il tuo Viaggio o attraverso il quale stai transitando per raggiungere la tua destinazione.

Limitazione di responsabilità

La Società non dovrà risarcire i danni:

- causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza;
- conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e non prevedibile.

Si precisa inoltre che l'operatività delle Prestazioni è comunque soggetta alle limitazioni e ai provvedimenti imposti dalle Autorità governative, locali e sanitarie anche eventualmente riferite alla singola Struttura Sanitaria/ospedaliera o centro medico per il contenimento e il contrasto del diffondersi di epidemie/pandemie sul territorio.

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro</p> <p>È fatto obbligo di comunicare il sinistro alla Società entro 10 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o da quando se ne è avuta conoscenza o dalla data di dimissione dalla Struttura Sanitaria.</p> <p>La denuncia di sinistro può essere presentata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Area riservata: https://app.myassistance.eu - Numero verde 800.031.913 - Numero nero (chiamate dall'estero e da rete cellulare): +39.02.303.500.031 - posta elettronica indirizzata a: sinistri.hdi@myassistance.it - rivolgendosi al proprio intermediario <p>Per la sezione MALATTIA:</p> <p>L'Assicurato potrà contattare la Centrale Operativa di MyAssistance per richiedere la presa in carico diretta delle Spese Sanitarie formalizzando la denuncia del sinistro e dovrà fornire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - numero di polizza; - prescrizione del medico curante; - luogo e recapito telefonico per i successivi contatti; - Struttura Sanitaria ed eventuali medici convenzionati cui intende rivolgersi. <p>Nel caso in cui, prima della corresponsione dell'Indennizzo, dell'Indennità o del Rimborso, sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente, se diverso dall'Assicurato o i suoi eredi legittimi, devono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dare immediato avviso alla Società; - fornire il certificato di morte dell'Assicurato; - fornire l'atto notorio attestante la qualifica di eredi; - assolvere agli adempimenti sopra indicati. <p>Relativamente alla garanzia "Malattie Gravi" l'Assicurato matura il diritto all'indennizzo se è in vita decorso il Periodo di Sopravvivenza.</p> <p>Tuttavia, se l'Assicurato muore, decorso il Periodo di Sopravvivenza, e prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa ricezione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - del certificato di morte dell'Assicurato; - dell'atto notorio o della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio attestante la qualifica di eredi; <p>liquida agli eredi o aventi diritto l'indennizzo.</p>
	<p>Assistenza diretta / in convenzione</p> <p>Sezione ASSISTENZA:</p> <p>Le prestazioni relative ai Servizi Assistenza sono erogate direttamente da Europ Assistance Italia S.p.A., ente convenzionato con la Società tramite la propria organizzazione. In caso di sinistro si può contattare direttamente la Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A., in funzione 24 ore su 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per telefono, dall'Italia, al numero verde 800.010.634

	<p>- per telefono, anche dall'estero, al numero +39.02.58.28.62.06</p> <p>Si dovranno comunicare subito all'operatore le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tipo di intervento richiesto; - nome e cognome; - indirizzo del luogo in cui ci si trova; - recapito telefonico. <p>Qualora si fosse nell'impossibilità di contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, si può inviare un fax al numero 02.58477201.</p> <p>Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata: In caso di sinistro l'Assicurato deve prendere contatto con la Struttura Organizzativa almeno 48 ore prima delle previste dimissioni dall'Istituto di Cura chiamando il numero verde 800.010.634 o dal cellulare il numero di telefono 02.58.28.62.06 oppure inviando via fax al numero 02.58.47.72.01 l'opportuna certificazione medica con prescrizione dell'assistenza domiciliare. L'inadempimento di tale obbligo comporta la decadenza al diritto alle prestazioni di assistenza.</p> <p>Assistenza diretta \ in convenzione Per l'assistenza diretta (utilizzo di strutture convenzionate con MyAssistance) e per l'elenco delle Cliniche e Network Convenzionati, la Società si avvale di MyAssistance S.r.l, Via Montecuccoli 20/21- 20146 Milano., la cui Centrale Operativa risponde, dalle ore 8,00 alle ore 18,00 dei giorni dal lunedì al venerdì (esclusi i festivi), ai seguenti numeri telefonici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero verde (chiamate da rete fissa): 800.031.913 • Numero nero (chiamate dall'estero e da rete cellulare): +39.02.303.500.031
	<p>Gestione da parte di altre imprese La Società, per la gestione e la liquidazione dei Sinistri afferenti alla Sezione Malattia, si avvale della Centrale Operativa di MyAssistance S.r.l, Via Montecuccoli 20/21- 20146 Milano. L'Assicurato dovrà contattare direttamente la Centrale Operativa di MyAssistance per poter usufruire delle Prestazioni in Network (forma diretta).</p> <p>Le prestazioni relative al Servizio Assistenza sono erogate direttamente da Europ Assistance Italia S.p.A., ente convenzionato con la Società, tramite la propria organizzazione.</p> <p>Prescrizione I diritti derivanti dalla polizza e dalla richiesta di risarcimento si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>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.</p>
Obblighi dell'impresa	<p>Per i sinistri ascrivibili alla sezione Malattia, ricevuta la documentazione richiesta, riconosciuta l'indennizzabilità del sinistro e determinato l'indennizzo dovuto, la Società ne comunica l'importo agli interessati. Ricevuta notizia della loro accettazione, provvede al relativo pagamento entro 30 giorni dalla data di quest'ultima.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Indicizzazione: in caso di contratto con tacito rinnovo, salvo che non sia diversamente indicato nella scheda di polizza, è previsto l'adeguamento automatico delle somme assicurate, dei massimali, e dei premi. L'indice di riferimento è quello ISTAT dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (già indice del costo della vita). Alla polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di settembre dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto. Ad ogni scadenza annuale si effettua il confronto fra l'indice iniziale di riferimento (o quello dell'ultimo adeguamento) e l'indice del mese di settembre dell'anno solare precedente quello della scadenza. Se si verifica una variazione in aumento rispetto all'indice iniziale o a quello dell'ultimo adeguamento, le somme assicurate, i massimali ed i premi vengono adeguati in proporzione. In caso di deflazione non è prevista riduzione dei premi e delle somme assicurate/massimali che pertanto restano invariati.</p>
---------------	--

	<p>Non sono soggetti ad adeguamento: i limiti di Indennizzo, le franchigie, i minimi e massimi di scoperto ed i valori espressi in percentuale, la garanzia Prevenzione nonché tutte le prestazioni della sezione Assistenza.</p> <p>L'indicizzazione non è prevista se il contratto è stipulato senza tacito rinnovo.</p> <p>Ridefinizione del premio per età: Ad ogni scadenza annuale, il premio della sezione Malattia viene rideterminato in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato sulla base dei Coefficienti di Adeguamento per Età (CAE) indicati nell'apposita tabella riportata in allegato alle Condizioni di Assicurazione.</p>
Rimborso	<p>Recesso per ripensamento In caso di esercizio del diritto di ripensamento (esclusivamente se il contratto è stato stipulato a distanza), il Contraente ha diritto al rimborso del rateo di premio relativo al residuo periodo di assicurazione, al netto dell'imposta pagata e degli altri oneri derivanti per legge.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La copertura decorre dalle ore 24 del giorno indicato sulla scheda di polizza e a condizione che sia stato pagato il relativo premio. In caso contrario la copertura decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento.</p> <p>Termini di aspettativa: tuttavia, per la sezione "Malattia", la copertura assicurativa ha efficacia dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; <p>Se il Contraente non paga il premio o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo alla data di scadenza della rata di Premio e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento e fino alle successive scadenze. Relativamente alla Sezione "Malattia", se il pagamento del premio 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.</p> <p>La copertura termina alle ore 24 del giorno indicato sulla scheda di polizza.</p>
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere la copertura assicurativa.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	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), salvo il caso in cui sia stato denunciato un sinistro.
Risoluzione	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a chi vuole tutelare sé stesso e/o i suoi familiari e/o i propri dipendenti da spese conseguenti a ricovero da malattia o infortunio in modalità indennitaria o rimborsuale oltre che le spese relative ad accertamenti diagnostici e visite specialistiche. Inoltre, è possibile personalizzare la copertura attraverso le garanzie facoltative delle Cure Dentarie e delle Malattie Gravi.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione

La quota parte percepita dagli intermediari è stabilita nella misura del 20,0% del premio imponibile annuo ed in valore assoluto pari a 20,0 Euro ogni 100,00 Euro di premio imponibile.

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:

- 2,50% per la sezione: Malattia;
- 10,00% per la 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.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Per eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, un servizio assicurativo ricevuto, il comportamento del proprio Agente (inclusi i suoi dipendenti e collaboratori), la gestione di un sinistro, si invita ad utilizzare il sito web della Società: www.hdiassicurazioni.it alla sezione: "Assistenza / Reclami". In alternativa si può contattare la Società mediante i seguenti canali: e-mail: reclami@hdi.it ; fax: +39.06.42103583 ; posta indirizzata a: HDI Assicurazioni S.p.A. – Reclami e Procedure speciali – Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma . Qualora l'intermediario non rivesta la qualifica di Agente, il reclamo sul suo comportamento può essere inoltrato direttamente all'intermediario stesso. La Società è tenuta a rispondere entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	È possibile attivare la conciliazione paritetica gratuita per l'Assicurato tramite una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema e indirizzando una richiesta di conciliazione secondo le modalità descritte sui siti: www.ivass.it – www.ania.it . Per la risoluzione di liti transfrontaliere si può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

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

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