

Assicurazione Infortuni e Malattie collettiva

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

HDI Assicurazioni S.p.A.

Prodotto Carige Niente Male



Documento aggiornato l' 8 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 del prodotto 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 Assicurative 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 2021 ammonta a 662,35 milioni di Euro (di cui 204,65 milioni di Euro relativi al comparto Vita e 457,70 milioni di Euro al comparto Danni), ed è costituito da capitale sociale per 351,00 milioni di Euro (di cui 76,00 milioni di Euro vita e 275,00 milioni di Euro danni) e da riserve patrimoniali e dal risultato d'esercizio per 311,35 milioni di Euro (di cui 128,65 milioni di Euro vita e 182,70 milioni di Euro danni).

La Compagnia ha determinato il Requisito Patrimoniale di Solvibilità ed il Requisito Patrimoniale Minimo al 31 dicembre 2021 secondo quanto previsto dalla vigente normativa Solvency II.

Il Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 410,10 milioni di Euro ed i Fondi Propri Ammissibili a copertura dello stesso sono pari a 1.006,26 milioni di Euro. Si registra così una eccedenza di 596,16 milioni di Euro ed un Solvency Ratio pari al 245,37%.

Il Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 184,55 milioni di Euro ed i Fondi Propri Ammissibili a copertura dello stesso sono pari a 838,12 milioni di Euro. Si registra così una eccedenza di 653,58 milioni di Euro ed un Ratio pari al 454,15%.

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 na.



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP, le garanzie assicurano, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Invalidità Permanente da Infortunio: infortuni derivanti da colpa grave dell'assicurato, derivanti da tumulti popolari in cui l'assicurato non vi abbia preso parte attiva, per invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%, l'indennità è corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato senza deduzione della franchigia;
- Invalidità Permanente da Malattia: per invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%, l'indennità è corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato senza deduzione della franchigia;
- Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia: diaria per ogni giorno di malattia o successivo all'infortunio subito, che impediscono all'assicurato di svolgere totalmente le sue normali occupazioni lavorative;
- Rimborso Spese Mediche da Infortunio o Malattia: spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria, materiale di intervento.

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali ed alle somme assicurate concordate con il Contraente.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Sì, sono presenti i seguenti limiti di copertura:

ad integrazione di quanto indicato all'interno del DIP, si intendono esclusi gli infortuni derivanti:

- direttamente o indirettamente dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo, nonché da radiazioni nucleari o atomiche, naturali o artificiali;
- da eventi connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, operazioni militari, guerra civile;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida;
- dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- da infarto, ictus provocato da emorragia cerebrale, a trombosi cerebrale, ad embolia o rottura di aneurisma;
- da ubriachezza o da uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- da operazioni chirurgiche, trattamenti e cure mediche non rese necessarie da infortunio;
- da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da trombe, uragani;
- direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica e a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in tutte le tipologie di competizioni, ivi incluse corse auto e di rally, non di regolarità pura e nelle relative prove;
- dall'uso di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri e simili), salvo gli infortuni subiti durante i viaggi aerei che venissero effettuati dall'Assicurato, in qualità di passeggero, su veicoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistiche e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs;
- dalla pratica di sport aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3°, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, canoa fluviale, hockey sul ghiaccio;
- dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- Non sono equiparati ad Infortunio, e sono quindi esclusi dall'Assicurazione, gli eventi causati da, o che abbiano come conseguenza, l'infezione da Sars-CoV-2 (Coronavirus disease COVID-19) o l'insorgenza di qualunque patologia correlata all'infezione da SARS-CoV-2 o ad ogni sua variazione o mutazione futura.

Sono inoltre escluse dall'assicurazione le malattie:

- derivanti dalla sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad essa collegate;
- Pandemie: intendendosi patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.

Non sono considerate malattie:

- l'infertilità e la sterilità;
- la gravidanza e le patologie connesse, il parto e l'aborto volontario non terapeutico.

Inoltre, per gli Assicurati di età superiore a 65 anni, i massimali relativi a ciascuna garanzia saranno ridotti al 50%.

Infine, l'assicurazione non vale se l'Assicurato risulta persona affetta da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome di immunodeficienza acquisita. Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle affezioni o malattie di cui sopra nel corso del contratto, costituisce causa di cessazione dell'Assicurazione.

Per le singole coperture Infortuni sono operanti i seguenti limiti e/o esclusioni:

Invalità Permanente:

- l'indennizzo è dovuto se l'Invalità si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio;
- l'indennizzo è calcolato sulla somma assicurata per la IP totale in proporzione al grado di Invalità accertato sulla base dei criteri previsti dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalità Permanente per l'industria";
- l'indennizzo è calcolato in base alla franchigia prevista pari al 59%.

Invalità Permanente da Malattia:

- la percentuale di IPM viene accertata non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia;
- l'indennizzo è calcolato sulla somma assicurata per la IPM totale in proporzione al grado di Invalità accertato sulla base dei criteri previsti dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalità Permanente per l'industria";
- l'indennizzo è calcolato in base alla franchigia prevista pari al 59%.

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia:

- sono previsti una franchigia di 60 giorni ed un limite temporale pari a 150 giorni consecutivi.

Rimborso Spese Mediche da Infortunio o Malattia:

- le coperture valgono esclusivamente per i ricoveri resi necessari dalle seguenti gravi malattie: infarto del miocardio, coronaropatia, ictus cerebrale, cancro, paralisi;

- le coperture valgono esclusivamente per gli interventi di alta chirurgia resi necessari dalle seguenti malattie o infortuni: cardiocirurgia, chirurgia generale, chirurgia ginecologica, chirurgia oculistica, chirurgia oro-maxillo-facciale, chirurgia ortopedica, chirurgia otorinolaringoiatrica, chirurgia pediatrica, chirurgia urologica, chirurgia vascolare, neurochirurgia, trapianto ed espianto di organi, ricoveri in reparto di terapia intensiva;
- limite temporale di 60 giorni in caso di ricovero per ictus cerebrale o paralisi senza intervento di alta chirurgia;
- sono coperte le spese di trasporto dell'Assicurato in Istituto di Cura con limite annuo di Euro 1.000,00;
- sono coperte le spese di vitto e pernottamento in Istituto di Cura dell'accompagnatore (con il massimo di 40 giorni per ricovero) e con il limite di Euro 1.000,00;
- sono coperte le spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi onorari medici), trattamenti specialistici effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura, cure termali (con l'esclusione delle spese alberghiere) nei successivi 90 giorni al ricovero o intervento chirurgico;
- in caso di ricovero (o intervento chirurgico in Day Hospital) effettuati in regime di accreditamento con il S.S.N., la garanzia varrà in eccedenza delle spese rimaste a carico dell'Assicurato; in alternativa al rimborso delle spese relative al ricovero e comunque nel caso in cui non abbia per esso sostenuto alcuna spesa, questi può richiedere il pagamento di un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero di importo pari ad Euro 100,00 con il limite annuo di 90 giorni (in caso di ricovero in Day Hospital l'indennità sarà pari ad Euro 50,00);
- è previsto un periodo di carenza pari (per le malattie) a 30 giorni;
- è previsto un periodo di carenza pari (per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente) a 300 giorni;
- l'indennizzo verrà corrisposto previa detrazione di una franchigia di Euro 2.500,00 per le prime due combinazioni, di Euro 3.000,00 per le altre tre combinazioni.

MASSIMO INDENNIZZO

Nel caso in cui una persona fosse assicurata con più certificati di adesione, il massimo indennizzo sarà determinato dai massimali identificati con la combinazione n° 5.

La Società rinuncia, a favore delle persone assicurate e dei suoi aventi diritto, all'azione di regresso di cui all'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Denuncia di sinistro: in caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza ai sensi dell'Art. 1913 c.c., mediante avviso scritto di sinistro, tramite A.R., da indirizzare al seguente indirizzo: HDI ASSICURAZIONI S.p.A. Ufficio Contact Center - Servizio B.O. Gestionale Canali Alternativi - Mura di Santa Chiara, 1 - 16128 Genova (Ge). L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 c.c. La denuncia dell'Infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: non sono previste forme di assistenza diretta o in convenzione.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: non sono previste forme di gestione da parte di altre imprese.</p> <p>Prescrizione: fatto salvo quanto previsto dal primo comma dell'Art. 2952 c.c., i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi del medesimo Art. 2952 c.c.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza.</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p>Pagamento dell'indennizzo: espletata l'attività istruttoria necessaria alla verifica della copertura di polizza e alla quantificazione del danno, l'indennizzo o il risarcimento – se dovuto – verrà liquidato da HDI Assicurazioni entro 30 giorni dal compimento dell'ultimo atto istruttoria necessario. In caso di contenzioso civile, l'indennizzo o risarcimento verrà erogato negli stessi termini temporali, in ossequio a quanto disposto dal giudice in sentenza e nel rispetto dei termini previsti dal Codice di Procedura Civile.</p>



Quando e come devo pagare?

<p>Premio</p>	<p>Per il pagamento del premio non sono previste forme di frazionamento diverse da annuale.</p>
<p>Rimborso</p>	<p>In caso di recesso per sinistro esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relative al periodo di rischio non corso.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata; in caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relative al periodo di rischio non corso. Con riferimento alla garanzia malattia, il recesso a seguito di sinistro non può essere esercitato.
Risoluzione	Non sono previsti altri casi, oltre quelli disciplinati dalla Legge.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a persone fisiche correntiste della Banca Distributrice per la tutela contro infortuni e malattie.



Quali costi devo sostenere?

costi di intermediazione: il contratto prevede costi di intermediazione pari al 25% del premio imponibile.

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: tutela.consumatore@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	La procedura di mediazione è obbligatoria, ovverosia condizione di procedibilità per la successiva (ed eventuale) domanda giudiziale. È possibile interpellare 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 all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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 . Arbitrato Irrituale: le controversie di natura medica possono essere demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio medico, risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. In caso di liti transfrontaliere infine, il reclamante avente domicilio in Italia potrà presentare reclamo direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm , chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, oppure all'IVASS, che provvederà all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

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.