

Assicurazione infortuni

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



Prodotto: Infortuni Conti Deposito Titoli

Documento aggiornato il 10 febbraio 2026

Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato sul sito internet della Società è l'ultimo disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

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 – 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 2024 ammonta a 638,0 milioni di Euro (di cui 227,2 milioni di Euro relativi al comparto Vita e 410,8 milioni di Euro al comparto Danni). Nel 2024 l'utile d'esercizio è stato pari a 28,4 milioni di Euro (di cui 3,0 milioni di Euro Vita e 25,4 milioni di Euro Danni). Con riferimento alla situazione di solvibilità, il valore dell'indice di solvibilità (Solvency Ratio) è pari al 206,5%. La relazione sulla solvibilità finanziaria e sulla condizione finanziaria (SFCR) è disponibile sul sito internet della Società al seguente link: <https://www.hdiassicurazioni.it/it/comunicazioni-e-avvisi/assicurazioni-hdi-informativa-mercato>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che provocano la morte dell'Assicurato ovvero la sua 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 agli eredi legittimi o testamentari 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 agli eredi legittimi o testamentari 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 agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali il capitale previsto per il caso di morte

Il capitale assicurato per il caso di Morte o Invalidità permanente è pari:

- per i Valori Mobiliari quotati in Borsa, negoziati nel mercato ristretto ovvero nei mercati regolamentati, il prezzo è quello di listino ovvero, per i Titoli negoziati con sistema della contrattazione continua, il prezzo ufficiale dell'ultimo giorno di mercato aperto precedente a quello dell'infortunio. Nel caso di Valori Mobiliari negoziati presso più mercati, il prezzo da prendere a riferimento è quello del mercato su cui i Titoli risultano maggiormente trattati;
- per i Valori Mobiliari non quotati il prezzo è determinato con riferimento al minore importo tra il valore di carico storico, eventualmente aggiornato, secondo il motivato prudente apprezzamento della Banca, sulla base di elementi oggettivi (bilancio annuale, offerte pubbliche ecc.) e quello corrispondente alle concrete possibilità di realizzo;
- per i Titoli obbligazionari non quotati e per i B.O.T. il valore unitario, determinato sulla scorta del criterio indicato al punto precedente, è comprensivo dei ratei di interessi maturati;
- per i Valori Mobiliari sospesi dal listino in data successiva all'acquisto, l'ultima quotazione può essere rettificata sulla base del minor importo tra tale prezzo e quello di presunto realizzo, calcolato secondo un motivato e prudente apprezzamento dell'intermediario autorizzato. Trascorso un anno dal provvedimento di sospensione, i Valori Mobiliari in oggetto sono valutati sulla base dei criteri previsti per quelli non quotati; analoga valutazione viene effettuata per i Valori Mobiliari sospesi dal listino acquisiti dopo la data di sospensione;
- per le quote di investimento collettivo il valore è rappresentato dall'ultima quotazione disponibile rilevata l'ultimo giorno di Borsa aperta precedente a quello dell'infortunio;
- per i Valori Mobiliari esteri il prezzo, individuato per le diverse categorie secondo i criteri sopra indicati, è espresso in euro applicando i relativi cambi ufficiali del giorno precedente a quello dell'infortunio. Per i casi di Titoli espressi in valute diverse da quelle di conto valutario, il controvalore è determinato arbitrando sui cambi accertati in mercati aventi rilevanza e significatività internazionale.

Il capitale assicurato come sopra specificato è modificato dalle registrazioni delle eventuali operazioni già effettuate presso la Banca contraente o presso altri Istituti di credito entro il giorno precedente a quello dell'infortunio a favore o per conto del Cliente ma non ancora registrate, come dalle risultanze contabili del Contraente.

Per i rapporti in valuta estera resta convenuto fra le Parti che, sia per la regolazione del premio sia per la liquidazione di un eventuale sinistro, il Contraente comunicherà alla Società il controvalore in Euro al cambio ufficiale rispettivamente alla fine di ciascuna annualità assicurativa e nelle 24 ore precedenti l'evento.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

In aggiunta a quanto riportato nel DIP Danni, sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- ✖ da rivoluzioni, invasioni, occupazioni militari, insurrezioni;
- ✖ da guerra, insurrezioni popolari, salvo che quelli avvenuti all'estero, purché avvengano nei 14 giorni 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;
- ✖ da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche, verificatisi in Italia, nella Repubblica di San Marino o nello Stato della Città

	<p>del Vaticano;</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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.); * da attività svolte durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, o durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana; * dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici. <p>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.</p>
--	---



Ci sono limiti di copertura?

L'indennizzo previsto per il caso di invalidità permanente verrà corrisposto secondo le seguenti modalità:

- per invalidità permanente di grado inferiore al 60% della totale (ovvero al 25% in caso di Assicurati minori di anni 10), non sarà corrisposto alcun indennizzo;
- per invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale (ovvero al 25% in caso di Assicurati minori di anni 10), l'indennizzo sarà corrisposto senza applicazione di alcuna franchigia, e nella misura del 100% della somma assicurata.

Il grado di invalidità va accertato facendo riferimento alla tabella delle percentuali di invalidità permanente di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro), e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa.

In caso di accertato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

Per la valutazione delle menomazioni visive e uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso in cui l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

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

Se l'Assicurato muore, per cause diverse dall'infortunio denunciato, dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'indennizzo in favore dell'Assicurato, la Società, liquida agli eredi:

- l'importo già concordato con l'Assicurato oppure, in mancanza,
- l'importo già offerto all'Assicurato oppure, in mancanza,
- l'importo oggettivamente determinabile secondo le risultanze degli accertamenti medico-legali svolti.

Se invece l'Assicurato muore per cause diverse dall'infortunio denunciato, prima che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali, la Società liquida agli eredi l'importo oggettivamente determinabile sulla base di documentazione sanitaria (ad esempio, certificazione INAIL, certificazione INPS, certificazione ospedaliera, relazione medica di parte), prodotta dagli eredi, idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi invalidanti.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il Prodotto è rivolto alle persone fisiche titolari di Conti Deposito Titoli personali o aziendali presso il Gruppo Sella e che intendono garantirsi contro gli infortuni che comportino o invalidità permanenti con conseguenze gravi ed importanti limitazioni fisiche, ovvero da morte da infortunio.



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 (2024), è, in percentuale, pari al 40,0% del premio imponibile.

Si segnala che i costi di intermediazione a carico dell'aderente sono compresi nei premi indicati nel modulo di adesione e conteggiati per ciascuna forma di copertura prescelta. Tali premi sono "finiti" e null'altro deve essere corrisposto dall'aderente.

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 Intermediario (inclusi i suoi dipendenti e collaboratori), la gestione di un sinistro, si invita ad utilizzare il sito web della Società: http://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 avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito http://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.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Le imposte sono applicate sui premi imponibili nella misura prevista dalle disposizioni ministeriali vigenti alla data di incasso della polizza ed ammontano ad un'aliquota di imposta pari al 2,50% del premio per tutte le garanzie prestabili con la polizza. Sono a carico dell'aderente le imposte e gli altri oneri derivanti per legge dalla stipulazione del contratto e non sono rimborsabili per
---	--

	alcun motivo.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se l'Assicurato è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche – il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi – non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.hdiassicurazioni.it/it/comunicazioni-e-avvisi/oblio-oncologico .
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	L'Assicurato che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente alla Società o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. La Società ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per l'Assicurato. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.
PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. <i>HOME INSURANCE</i>), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.	