



LONG TERM CARE

Contratto di Assicurazione Malattia
per gli stati di non autosufficienza

■ Le presenti Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario, devono Essere consegnate al Contraente prima della sottoscrizione del contratto ■

■ Prima della sottoscrizione leggere attentamente il set informativo contenente il DIP, il DIP Aggiuntivo e le Condizioni di Assicurazione con relativo Glossario ■

GLOSSARIO – DEFINIZIONI

Assicurato: la persona protetta dall'assicurazione.

Carenza: il periodo di tempo che intercorre tra la data di effetto dell'Assicurazione e l'inizio di operatività della garanzia.

Conclusione del trattamento attivo della patologia (Obligo oncologico): ai fini della formazione dell'obbligo oncologico, per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.

Condizioni di assicurazione: insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente: la persona che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

Diritto all'obbligo oncologico: il diritto, previsto dall'articolo 2 della Legge 7 dicembre 2023, n. 193 in relazione alla stipulazione o al rinnovo di contratti assicurativi, delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini, ivi incluse a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari, in merito alla pregressa condizione patologica da cui siano state precedentemente affette ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta. Tale periodo è ridotto 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 tabella di cui all'Allegato I, del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'obbligo oncologico, in deroga ai termini previsti dall'articolo 2, comma 1, della legge 7 dicembre 2023, n. 193, matura nei termini indicati nello stesso Allegato.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Età Assicurativa: corrisponde all'età dell'Assicurato determinata in anni interi, cioè pari al numero di anni compiuti, maggiorato di uno qualora, a tale data, dall'ultimo compleanno siano trascorsi 6 mesi.

Indennità sostitutiva: importo mensile erogato dalla Società in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza ed in assenza di richiesta documentata di rimborso spese.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili.

ISVAP-IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni già Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Margine di solvibilità disponibile: il patrimonio della Società, libero da qualsiasi impegno prevedibile ed al netto degli elementi immateriali.

Margine di solvibilità richiesto: l'ammontare minimo del patrimonio netto del quale la Società dispone costantemente, secondo quanto previsto nelle direttive comunitarie sull'assicurazione diretta.

Massimale mensile: l'importo massimo della prestazione dell'assicuratore in ciascun mese.

Polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio: l'importo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

Prescrizione dei diritti: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

Sinistro: il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

INDICE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	3
PARTE I	3
OGGETTO DEL CONTRATTO	3
Art. 1 - Prestazioni assicurate	3
Art. 2 - Definizione dello stato di Non Autosufficienza	3
Art. 3 – Precisazione-Limite territoriale.....	3
Art. 4 - Premio.....	3
PARTE II	4
CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DIRITTO DI RECESSO	4
Art. 5 - Conclusione del contratto ed entrata in vigore delle garanzie	4
Art. 6 - Durata del contratto – Tacita proroga del contratto	4
Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	4
Art. 8 - Diritto di recesso	4
PARTE III	5
REGOLAMENTAZIONE NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE	5
Art. 9 - Adeguamento Tariffario	5
Art. 10 - Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione del contratto.....	5
Art. 11 - Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto	5
Art. 12 - Riscatto	5
PARTE IV	6
BENEFICIARI E PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ	6
Art. 13 – Beneficiari	6
Art. 14 - Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società	6
Art. 15 - Rimborso spese	6
Art. 16 - Rivedibilità dello stato di non autosufficienza	6
PARTE V	8
ESCLUSIONI E LIMITAZIONI	8
Art. 17 - Esclusioni	8
Art. 18 - Limitazioni delle garanzie – periodo di carenza	8
PARTE VI	9
LEGGE APPLICABILE E FISCALITÀ	9
Art. 19 - Obblighi della Società, del Contraente, Legge applicabile	9
Art. 20 - Foro competente.....	9
Art. 21 - Collegio arbitrale	9
Art. 22 - Tasse e imposte	9
PARTE VII	10
RECESSO DA CONTRATTI CONCLUSI A DISTANZA	10
Art. 23 – Recesso da Polizze concluse a distanza.....	10
PARTE VIII	11
DIRITTI DELLE PERSONE CHE SONO STATE AFFETTE DA MALATTIE ONCOLOGICHE	11
Art. 24 – Diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche (Oblio oncologico).....	11
ALLEGATO 1	12
Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico.....	12

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PARTE I
OGGETTO DEL CONTRATTO**Art. 1 - Prestazioni assicurate**

Il presente contratto garantisce, nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Non Autosufficienza come definito al successivo Art. 2 nel corso della durata del contratto, il rimborso all'Assicurato delle spese sostenute per l'assistenza, **nei limiti del massimale mensile assicurato indicato nel documento di polizza.**

In assenza di richiesta di rimborso spese, in luogo di quanto sopra indicato, **verrà corrisposta all'Assicurato una indennità sostitutiva mensile,** il cui importo è indicato nel documento di polizza, nonché, contestualmente al pagamento della prima indennità mensile, una somma forfettaria "una tantum" pari a 5 volte l'indennità mensile stessa.

L'accertamento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato avviene come descritto all'Art. 14.

Art. 2 - Definizione dello stato di Non Autosufficienza

Viene riconosciuta in stato di Non Autosufficienza la persona che:

- si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata, di poter compiere 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana:
 - Lavarsi, inteso come la capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale senza l'assistenza di una terza persona;
 - Nutrirsi, inteso come la capacità di mangiare e bere, senza l'assistenza di una terza persona;
 - Spostarsi, inteso come la capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi senza l'assistenza di una terza persona;
 - Vestirsi, inteso come la capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti senza l'assistenza di una terza persona

Oppure

è affetta da morbo di Alzheimer o similari, demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici (test MMSE di Folstein con punteggio inferiore a 15), tali da giustificare l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.

Art. 3 – Precisazione-Limite territoriale

Il rischio di non autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa purché non derivi da:

malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data all'Assicurato.

La prestazione è prestata senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato - **fatte salve le esclusioni e le limitazioni descritte agli artt. 17 e 18.**

Art. 4 - Premio

Il premio annuo, indicato in polizza, è dovuto dal Contraente alla data di decorrenza del contratto e ad ogni suo anniversario che precede la scadenza contrattuale e deve essere corrisposto in via anticipata, nella rateazione pattuita, ma comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Il diritto della Società alla riscossione del premio si interrompe al ricevimento della denuncia dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, fermo restando che, qualora lo stesso non venisse riconosciuto dalla Società, **il Contraente è tenuto al pagamento delle rate di premio in arretrato relative ai premi scaduti successivamente alla denuncia.**

L'ammontare del premio annuo rimane invariato per tutta la durata originaria o rinnovata del contratto, **ad eccezione di quanto previsto al successivo Art. 9.**

Fermo restando che le parti possono stabilire modalità specifiche per il pagamento del premio, il Contraente dovrà versare il premio alla Società, tramite il competente soggetto abilitato al collocamento, scegliendo una delle seguenti modalità:

- **bonifico bancario (anche mediante addebito automatico sul proprio conto corrente, se stabilito contrattualmente dalle parti) con accredito sull'apposito conto corrente intestato alla Società o al competente soggetto abilitato, purché in qualità di intermediario della stessa. In tal caso, la relativa scrittura di addebito ha valore di quietanza;**
- **assegno bancario o circolare munito di clausola di non trasferibilità emesso all'ordine del competente soggetto abilitato, purché in qualità di intermediario della Società, contro rilascio di apposita quietanza dallo stesso sottoscrittore.**

Il Contraente che intenda successivamente estinguere il conto corrente utilizzato per l'addebito automatico potrà proseguire il pagamento dei premi mediante bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società che verrà comunicato a richiesta.

È tassativamente vietato il pagamento del premio in contanti.

PARTE II

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DIRITTO DI RECESSO

Art. 5 - Conclusione del contratto ed entrata in vigore delle garanzie

Il contratto si intende concluso nel giorno in cui:

- la polizza, firmata dalla Società, viene sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato, oppure
- il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve dalla Società la polizza debitamente firmata o altra comunicazione scritta attestante l'assenso della Società stessa.

Fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 18, le garanzie entrano in vigore, a condizione che sia stata versata la prima rata di premio, alle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o della data di decorrenza indicata in polizza, se successiva. **Nel caso in cui il versamento della prima rata di premio sia effettuato successivamente alla data di conclusione del contratto e alla data di decorrenza indicata in polizza, le garanzie entrano in vigore alle ore 24 del giorno del versamento.**

Art. 6 - Durata del contratto – Tacita proroga del contratto

Il contratto ha una durata decennale.

In mancanza di disdetta da parte del Contraente, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per un periodo di 1 anno e così successivamente, per tutta la vita dell'Assicurato. L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata alla Società **a mezzo raccomandata almeno 60 giorni prima** della scadenza del contratto oppure inviando una e-mail a hdi.assicurazioni@pec.hdia.it.

Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze, relative a circostanze tali che la Società, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, **fatto salvo il diritto all'oblio oncologico, la Società stessa si riserva:**

- di impugnare il contratto e quindi, in caso di sinistro, di rifiutare il pagamento delle prestazioni, ai sensi dell'art. 1892 c.c., quando esiste malafede o colpa grave;
- di recedere dal contratto o, in caso di sinistro, di ridurre le somme assicurate, ai sensi dell'art. 1893 c.c., quando non esiste malafede o colpa grave.

Trascorsi 180 giorni dall'entrata in vigore delle garanzie o dalla data dell'eventuale riattivazione del contratto accordata dalla Società, la stessa può agire, come previsto al precedente comma, esclusivamente quando esiste malafede o colpa grave.

L'inesatta o incompleta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato, se rilevante ai fini delle prestazioni, comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.

L'assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Art. 8 - Diritto di recesso

Il Contraente può recedere annualmente dal contratto senza alcun onere, **con preavviso di almeno 60 giorni** rispetto alla successiva scadenza annuale. Il recesso deve essere richiesto inviando una e-mail a hdi.assicurazioni@pec.hdia.it, o una **comunicazione scritta da effettuarsi mediante lettera raccomandata** indirizzata a: HDI Assicurazioni, piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma.

Il recesso libera entrambe le parti da ogni obbligazione derivante dal contratto, a decorrere dalle ore 24 della successiva scadenza annuale.

PARTE III

REGOLAMENTAZIONE NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

Art. 9 - Adeguamento Tariffario

La Società si riserva il diritto, in occasione di un anniversario della data di decorrenza del contratto e comunque ad intervalli non inferiori a cinque anni, di incrementare il premio dovuto per gli anni successivi, al verificarsi di un aggravamento del rischio rispetto alle basi tecniche utilizzate per la determinazione del premio in corso, dimostrabile sulla base di dati oggettivamente verificabili, desunti da statistiche nazionali o internazionali o da rilevazioni condotte sui portafogli assicurativi.

Il premio annuale complessivo così aggiornato viene comunicato al Contraente almeno 90 giorni prima dell'anniversario considerato. Il Contraente che non intenda accettare la modifica dovrà informarne la Compagnia, inviando una e-mail a hdi.assicurazioni@pec.hdia.it o una lettera raccomandata A.R., almeno 45 giorni prima dell'anniversario considerato. In tal caso, il massimale mensile assicurato e l'indennità mensile sostitutiva verranno ridotti, con effetto dall'anniversario considerato, di un importo pari alla differenza tra quelli in vigore e quelli assicurabili con il nuovo premio.

Art. 10 - Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione del contratto

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, costituisce - a partire dalle ore 24 di quest'ultima data - interruzione del pagamento dei premi.

In tal caso il contratto resta sospeso e, se non viene riattivato ai sensi dell'Art. 11, si risolve ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso.

Art. 11 - Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

Entro 90 giorni dall'interruzione del pagamento dei premi, il Contraente può riattivare il contratto sospeso, pagando le rate di premio arretrate, aumentate degli interessi legali per il periodo intercorso fra ciascuna data di scadenza e quella di riattivazione. In tal caso, il contratto riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento delle rate di premio arretrate, aumentate degli interessi.

Trascorsi 90 giorni ed entro un anno dall'interruzione del pagamento dei premi, la riattivazione può essere concessa dalla Società che, per decidere se accordarla, può richiedere nuovi accertamenti sanitari.

Art. 12 - Riscatto

Il contratto non prevede riscatto.

PARTE IV BENEFICIARI E PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Art. 13 – Beneficiari

L'Assicurato è il Beneficiario delle prestazioni assicurate. L'Assicurato può designare un'altra persona quale delegato incaricato alla riscossione degli importi dovuti dalla Società ai sensi dell'Art. 1 e può, in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate alla Società a mezzo di raccomandata o inviando una e-mail a hdi.assicurazioni@pec.hdia.it.

Art. 14 - Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società

Nel caso in cui si determini la presunzione delle condizioni di non autosufficienza dell'Assicurato ai sensi del precedente Art. 2, l'Assicurato stesso o altra persona che lo rappresenti deve richiederne il riconoscimento alla Società – **via e-mail a hdi.assicurazioni@pec.hdia.it, o a mezzo di raccomandata a.r.** indirizzata alla sede della stessa o per il tramite dello sportello bancario cui è appoggiato il contratto - **allegando la seguente documentazione:**

- **dichiarazione di sinistro**
 - **referto medico di sinistro per la valutazione dello stato di non autosufficienza**
- entrambi redatti sugli appositi modelli allegati.

La data di denuncia coincide con la data di ricezione, da parte della Società, della denuncia stessa.

L'Assicurato ha **l'obbligo di sottoporsi, a sue spese, a tutti gli accertamenti medici richiesti dalla Società** e ritenuti necessari per la valutazione dello stato di non autosufficienza ed è tenuto a fornire copia di tutta la documentazione sanitaria in suo possesso.

La Società si impegna ad accertare lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato e a dargliene atto entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia.

In caso di controversia sull'esito della valutazione dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, il Contraente ha la facoltà di ricorrere al Collegio Arbitrale, così come indicato al successivo Art. 21.

In caso di mancato riconoscimento dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato o altra persona che lo rappresenti, potrà inviare una successiva denuncia solo alle seguenti condizioni:

- è trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima denuncia,
- i documenti giustificativi aggiornati contengono elementi nuovi che giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta,
- il contratto risulti in vigore ed al corrente con il pagamento dei premi.

Art. 15 - Rimborso spese

Una volta riconosciuto lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, la Società rimborserà, con frequenza mensile, le spese di assistenza sostenute dall'Assicurato **a partire dal 91° giorno successivo alla data della denuncia – previa consegna della documentazione di spesa (fatture e ricevute) in originale debitamente quietanzata** - nei limiti del massimale mensile assicurato indicato nel documento di polizza.

Qualora gli accertamenti per la verifica dello stato di Non Autosufficienza necessitino di più di 90 giorni, verranno comunque rimborsate, in unica soluzione, le eventuali spese sostenute successivamente al 90° giorno dalla data di denuncia non ancora rimborsate.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

In assenza di richiesta di rimborso spese, in luogo di quanto sopra indicato, **verrà corrisposta all'Assicurato una indennità sostitutiva mensile**, il cui importo è indicato nel documento di polizza, nonché, contestualmente al pagamento della prima indennità mensile, una somma forfettaria "una tantum" pari a 5 volte l'indennità mensile stessa. In assenza di richiesta di rimborso spese per un periodo di 12 mesi, dovrà essere inviato alla Società un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato.

Il rimborso delle spese o la corresponsione della indennità sostitutiva mensile verrà effettuato dalla Società non oltre il 10° giorno lavorativo del mese successivo a quello di competenza del rimborso. Decorso tale termine e a partire dal medesimo, saranno dovuti gli interessi moratori.

Salvo diversa indicazione dell'Assicurato, il pagamento verrà eseguito a mezzo accredito su conto corrente bancario. Il pagamento di quanto dovuto dalla Società che verrà eseguito mediante accredito sul conto corrente indicato dall'Assicurato, ha valore di quietanza.

Art. 16 - Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

La Società si riserva il diritto di richiedere all'Assicurato riconosciuto in stato di non autosufficienza di sottoporsi, non più di una volta l'anno ed a spese della Società, **alle visite ed agli esami necessari ad accertare il perdurare di tale stato e di richiedere i documenti necessari ad accertare l'esistenza in vita dell'Assicurato stesso.**

Qualora l'accertamento evidenzi il recupero dell'autosufficienza, o comunque l'Assicurato si rifiuti di sottoporsi a tale accertamento, la Società comunica all'Assicurato ed al Contraente la sospensione del rimborso delle spese o della corresponsione dell'indennità mensile sostitutiva a decorrere dal mese della comunicazione stessa.

Ricorrendo tale situazione, **il Contraente è tenuto a riprendere il pagamento del premio**, a partire dalla scadenza di pagamento immediatamente successiva alla comunicazione della Società, riprendendo così la copertura per eventuali successive situazioni di

Non Autosufficienza. In caso contrario, il contratto **si risolve ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società** in corrispettivo del rischio corso.

In ogni caso, la somma forfettaria "una tantum" sarà corrisposta solo per il primo evento di Non Autosufficienza.

In caso di controversia sull'esito della verifica dello stato di non autosufficienza, il Contraente ha la facoltà di ricorrere al Collegio Arbitrale, così come indicato al successivo Art. 21.

PARTE V ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

Art. 17 - Esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia i casi di perdita dell'autosufficienza e di decesso derivanti direttamente o indirettamente da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'assicurato ad atti dolosi;
- tentato suicidio e autolesionismo dell'Assicurato;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- abuso di sostanze alcoliche e/o stupefacenti;
- contaminazione radioattiva;
- partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra, insurrezioni, tumulti, sommosse ed atti di terrorismo;
- 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 come membro dell'equipaggio;
- disturbi mentali di origine non organica (es: psicosi, nevrosi, sindromi ansioso depressive ecc.).

In questi casi, il contratto si risolve e nessuna prestazione è dovuta dalla Società.

Art. 18 - Limitazioni delle garanzie – periodo di carenza

La garanzia è soggetta ad un periodo di carenza di 365° giorni dalla data di decorrenza del contratto; tale periodo è esteso a tre anni, qualora lo stato di non autosufficienza sia conseguente all'insorgenza della malattia di Alzheimer o di similari demenze senili invalidanti di origine organica.

Nel caso in cui la perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato si verifichi durante un periodo di carenza, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente i premi versati, al netto delle imposte e della quota parte degli stessi, corrispondente al periodo nel quale le garanzie sono state in vigore.

Le suddette limitazioni di garanzia non si applicano esclusivamente nel caso in cui la perdita dell'autosufficienza sia conseguenza diretta di infortunio verificatosi dopo l'entrata in vigore delle garanzie.

Per infortunio si intende un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili.

PARTE VI LEGGE APPLICABILE E FISCALITÀ

Art. 19 - Obblighi della Società, del Contraente, Legge applicabile

Gli obblighi contrattuali della Società e del Contraente risultano dall'originale di polizza e dalle eventuali appendici firmate dalle parti. Per tutto quanto non disciplinato dal contratto, valgono le norme della legge italiana.

Art. 20 - Foro competente

Per le controversie relative al contratto il Foro giudiziario competente è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

Art. 21 - Collegio arbitrale

In caso di mancato riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato o di accertamento del recupero della sua autosufficienza si potrà procedere per accordo tra le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico.

Il Collegio Medico è composto da tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico.

L'arbitrato si svolgerà nella città in cui ha sede l'Istituto di medicina legale più vicino alla 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. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale.

La facoltà di ricorrere al Collegio Arbitrale va esercitata **entro 30 giorni** dalla comunicazione di rifiuto del riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato o dell'accertamento del recupero dell'autosufficienza, **mediante lettera raccomandata inviata alla Società o e-mail a hdi.assicurazioni@pec.hdia.it**.

Art. 22 - Tasse e imposte

Le tasse e le imposte presenti e future dovute sui premi, sui pagamenti effettuati dalla Società ed in genere sugli atti dipendenti dal contratto, sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed Aventi diritto.

PARTE VII

RECESSO DA POLIZZE CONCLUSE A DISTANZA

Art. 23 – Recesso da Polizze concluse a distanza

In caso di vendita a distanza, il Contraente ha la facoltà di esercitare il diritto di recesso entro il termine di 14 giorni:

1. dalla data di conclusione della Polizza;
oppure
2. dalla data di ricezione delle Condizioni di Assicurazione e delle informazioni precontrattuali se successiva a quella di conclusione della Polizza.

Il diritto di recesso non può essere esercitato se, entro tale termine:

- si verifica il Sinistro, in caso di Polizza obbligatoria;
- il Contraente richiede la liquidazione del Sinistro negli altri casi.

Per esercitare il recesso, il Contraente sceglie una delle seguenti modalità:

- invia una raccomandata A/R indirizzata a: HDI Assicurazioni S.p.A., Piazza Guglielmo Marconi 25 – 00144 Roma;
- scrive una PEC all'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it;
- utilizza l'apposita funzione di recesso disponibile sulla piattaforma online di Banca Sella, se la Polizza è stata sottoscritta online;
- telefona al medesimo numero utilizzato per la conclusione della Polizza reperibile, in ogni momento, nella sezione "Contatti" del sito internet di Banca Sella www.sella.it;

La Società, **entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di recesso**, rimborsa al Contraente il Premio **al netto dell'imposta**.

PARTE VIII

DIRITTI DELLE PERSONE CHE SONO STATE AFFETTE DA MALATTIE ONCOLOGICHE

Art. 24 – Diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche (Oblío oncologico)

Il Contraente o l'Assicurato che ha avuto una malattia oncologica il cui trattamento attivo si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni (o 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni), non è tenuto a fornire informazioni né a sottoporsi a visite mediche o altri accertamenti sanitari su tale malattia oncologica. Sono previsti termini inferiori per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni, riportata nell'Allegato 1 presente in calce.

La Società non può acquisire queste informazioni neanche da fonti diverse dal Contraente o dall'Assicurato e, se sono comunque già a sua disposizione, la Società non può usarle per determinare le condizioni contrattuali.

Se le informazioni sono state fornite in precedenza, una volta trascorso il termine di 10 anni (o 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni) o i termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nell'Allegato 1 presente in calce, il Contraente o l'Assicurato invia, mediante raccomandata AR o PEC, la certificazione medica che attesta che la malattia oncologica si è conclusa nei termini indicati sopra. La società procederà alla cancellazione delle informazioni entro trenta giorni dal ricevimento della certificazione attestante l'avvenuto oblio oncologico.

ALLEGATO 1

Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico.

Tipo di Tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni Uomini con diagnosi <45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

La presente Tabella, di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute, è aggiornata a marzo 2024 e soggetta ad aggiornamento periodico, ove occorra, entro il 31 dicembre di ogni anno da parte del Ministero della Salute.

**REFERTO MEDICO DI SINISTRO
HDI LONG TERM CARE
VALUTAZIONE DELLA DIPENDENZA**

ASSICURATO

Questo questionario deve essere compilato dal Medico curante. Rispondere ad ogni domanda con SI o NO ed aggiungere, eventualmente, i dettagli richiesti.

NOME e COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile) : _____

DATA DI NASCITA : □□ □□ □□□□

LUOGO DI NASCITA : _____

INDIRIZZO : _____

Professione (ultima professione svolta) : _____ (full time part time)

Professione precedente (eventuale) : _____

	SI	NO	Precisioni :
1 L'assicurato vive da solo o in coppia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'assicurato vive presso il suo domicilio ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'assicurato abita presso parenti o amici ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'assicurato risiede in un istituto (casa di riposo, case di cura per lungodegenza, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AFFEZIONE INVALIDANTE

2	<p>Diagnosi esatta dell'affezione che ha provocato lo stato di invalidità :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
3	<p>Data di insorgenza dei primi sintomi : / /</p>
4	<p>L'invalidità è assoluta ed irreversibile ? SI <input type="checkbox"/> Se sì, da quando : / /</p> <p style="padding-left: 100px;">NO <input type="checkbox"/></p> <p>L'affezione è : stabilizzata <input type="checkbox"/> regressiva <input type="checkbox"/> impossibile stabilirne lo stato attuale <input type="checkbox"/> ?</p>
5	<p>Diagnosi associata all'affezione invalidante :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Data di cessazione dell'attività lavorativa (per gli assicurati che svolgevano una professione al momento della sottoscrizione) : / /</p> <p>Date e cause dei ricoveri in ospedale di durata superiore a 3 settimane negli ultimi 5 anni :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

	VESTIRSI-SVESTIRSI	da solo	con aiuto (")
11	<p>L'assicurato si può vestire, svestire :</p> <p>* dalla vita in su <input type="checkbox"/></p> <p>* dalla vita in giù <input type="checkbox"/></p> <p>* togliere e mettere le scarpe <input type="checkbox"/></p> <p>* togliere e mettere le particolari calzature <input type="checkbox"/></p> <p>* togliere e mettere un'apparecchio <input type="checkbox"/></p> <p>(") qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità : </p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	<p>COMUNICAZIONE E COMPORAMENTO</p> <p><i>NB: Se la non autosufficienza è legata ad uno stato di demenza, tale stato dovrà essere valutato con il MiniMental Test di Folstein</i></p> <p>▪ L'assicurato è in grado di comunicare in caso di necessità? Precisare :</p> <p>▪ Il comportamento dell'assicurato è : normale <input type="checkbox"/> aggressivo <input type="checkbox"/> depresso <input type="checkbox"/> apatico <input type="checkbox"/> ?</p> <p>Precisare :</p> <p>▪ Le attività nominate precedentemente (alimentazione, vestirsi-vestirsi, igiene personale, ...) devono essere stimolate o sono spontanee, coordinate ?</p> <p>Precisare :</p> <p>▪ Stato di coscienza dell'assicurato : normale <input type="checkbox"/> disorientamento temporo-spaziale <input type="checkbox"/> torpore <input type="checkbox"/> agitazione (diurna, notturna) <input type="checkbox"/> coma <input type="checkbox"/></p> <p>Precisare :</p> <p>TRATTAMENTI : medici <input type="checkbox"/> chirurgici <input type="checkbox"/> kinesiterapia <input type="checkbox"/> altre <input type="checkbox"/> ?</p> <p>Precisare :</p>		
13	<p>Il paziente deve seguire terapia :</p> <p>orale <input type="checkbox"/> iniettiva (IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>) flebo ripetitive <input type="checkbox"/></p> <p>flebo continue <input type="checkbox"/> ossigeno <input type="checkbox"/> aerosol <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> ?</p> <p>Precise:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

HDI Assicurazioni S.p.A.

Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma

Tel. +39 06 421 031

Fax +39 06 4210 3500

hdi.assicurazioni@pec.hdia.it

www.hdiassicurazioni.it

Mod. S4151 – Ed. 06/2026

