

Assicurazione malattia

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



Prodotto: Salute & Prevenzione

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 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 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?

Per la Sezione **Malattia**, ad integrazione di quanto riportato nel DIP Danni, sono presenti le seguenti *estensioni di garanzia sempre operanti*:

Diaria per Ricovero da Infortunio, Malattia o parto: ✓ Diaria da Convalescenza: riconosce un'Indennità giornaliera in caso di Ricovero dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia, per ogni giorno di Convalescenza successiva al Ricovero.

Rimborso Spese Mediche per Ricovero da Infortunio o Malattia: ✓ Spese prima e dopo il Ricovero: rimborsa le spese mediche sostenute dall'Assicurato nei 120 giorni precedenti al Ricovero (visite mediche specialistiche, esami e Accertamenti diagnostici, purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero stesso) e nei 120 giorni successivi al Ricovero (prestazioni Sanitarie eseguite da medici, esami, Accertamenti diagnostici, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, le cure termali, purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero); ✓ Trapianto di organi: rimborsa, nel caso di trapianto di organi o di parti di essi conseguenti a Malattia o Infortunio, le spese mediche sostenute per il prelievo sul donatore nonché, in caso di donazione da vivente, le spese mediche sostenute per Prestazioni Sanitarie effettuate in favore del donatore durante il Ricovero per Accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, Interventi Chirurgici (onorari del chirurgo, della équipe medico chirurgica e materiale di intervento), cure, medicinali e rette di degenza; ✓ Indennità giornaliera sostitutiva: riconosce, per ogni giorno di Ricovero, qualora l'Assicurato non abbia richiesto alcun rimborso alla Società per le spese sostenute durante il Ricovero e abbia usufruito del regime del Servizio Sanitario Nazionale, un'indennità giornaliera; ✓ Ticket sanitari: riconosce, in caso di Prestazioni Sanitarie eseguite in Istituti di Cura appartenenti al Sistema Sanitario Nazionale o con esso convenzionati, le spese a copertura del ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato; ✓ Retta dell'accompagnatore: riconosce un'Indennità giornaliera a copertura della retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore; ✓ Apparecchi Protesici Ed Ortopedici: riconosce le spese sostenute per l'acquisto di apparecchi protesici ed ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, nonché acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche resesi necessarie a seguito di evento indennizzabile ai sensi di Polizza; ✓ Neonato: riconosce le spese mediche sostenute per il neonato, qualora successivamente al Ricovero conseguente ad un parto indennizzabile a termini di Polizza, si rendano necessari ulteriori Ricoveri o successivi Interventi Chirurgici (anche in Ambulatorio o Day-Hospital) o trattamenti e/o terapie a favore del neonato, per la correzione o eliminazione di Malformazioni o di Difetto Fisico congenito, per Malattie, anche Congenite e/o Connatali, o per Infortunio; ✓ Congenital: riconosce un capitale per ciascun neonato biologico, in caso di diagnosi, fino al primo anno di vita del neonato, di una delle seguenti malattie congenite: Sindrome di Down; Spina bifida; Labbro leporino e/o schisi del palato; ✓ Prestazioni Mediche a carattere di urgenza effettuate in Italia / Estero: riconosce, in caso di Infortunio o Malattia insorta improvvisamente e tale da non consentire all'Assicurato di mettersi in contatto con la Centrale Operativa, il rimborso delle Prestazioni Sanitarie coperte dalla garanzia senza l'applicazione di alcuno Scoperto; ✓ Terapie Oncologiche: riconosce, i cicli di radioterapia (cobaltoterapia, roentgen, ecc.) e di chemioterapia oncologiche intendendosi per tali, non la singola applicazione, ma l'insieme delle applicazioni stabilite dai medici curanti; ✓ Second Opinion: riconosce i costi relativi a traduzione della Cartella Clinica, all'erogazione del secondo parere medico e alla trasmissione della documentazione clinica scritta e/o iconografica da e per il Centro medico.

Per la Sezione **Assistenza**, non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto riportato nel DIP Danni.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto riportato sul DIP Danni



Ci sono limiti di copertura?

Per ciascuna sezione sono presenti esclusioni per effetto delle quali la copertura non è operante e la Società non è obbligata a rispondere del danno.

In aggiunta a quanto riportato nel DIP Danni si specifica che in tutte le sezioni sono esclusi i danni causati da o dovuti a: ! delitti dolosi compiuti o tentati dal Contraente-Assicurato, compreso ogni atto contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti; ! movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti ! partecipazione dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; ! 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; ! guerra e simili in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa ! 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 ! eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche; ! conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; ! Malattie mentali e/o da disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi, e loro conseguenze (fatto salvo quanto previsto dalla garanzia "Cure di Psicoterapia"); ! patologie correlate alla infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); ! intossicazioni e 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; ! stati invalidanti, Infortuni e 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; ! farmaci, visite, trattamenti medici e chirurgici e Prestazioni Sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio della professione; ! disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi; ! protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici; ! trapianti e 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"); ! 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; ! interruzione volontaria della gravidanza; ! 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; ! 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; ! 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; ! Prestazioni Sanitarie di logopedia (fatto salvo quanto previsto dalla garanzia "Cure di Logopedia"); ! Prestazioni Sanitarie non corredate dall'indicazione della diagnosi (accertato o sospetta) e della data d'insorgenza, nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica; ! 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"); ! 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; ! Prestazioni dietologiche, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico; ! 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; ! interventi di chirurgia refrattiva per la correzione o l'eliminazione dei difetti visivi, (salvo quanto previsto dalla garanzia "Trattamenti laser ad eccimeri"); ! Prestazioni Sanitarie, cure ed 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; ! cure ed accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche (salvo quanto previsto dalla garanzia facoltativa "Cure Dentarie"); ! 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 ! 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; ! pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta sia indiretta; ! 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 paracadenti, 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 ! gli Infortuni in seguito alla manipolazione di materiale pirotecnico e uso o produzione di esplosivi, anche come attività non professionale; ! 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; ! guida di veicoli in genere in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti, o nel corso di proprie azioni delittuose

Per ciascuna sezione possono essere previsti criteri di indennizzabilità e condizioni di operatività della copertura in funzione di quanto dichiarato dal Contraente 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 carenza, 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. Di seguito si riportano i limiti di indennizzo, gli scoperti e le franchigie.

Sezione **Garanzia Diaria per Ricovero da Infortunio, Malattia o parto**: ! Diaria per Ricovero da Infortunio, Malattia o parto: € 150,00 per giorno di ricovero, massimo 365 giorni per persona ed anno assicurativo; ! Diaria da Convalescenza (per Infortunio e Malattia): € 150,00 per giorno di Convalescenza sino al doppio dei giorni di ricovero, massimo 20 giorni per sinistro per persona ed anno assicurativo.

Sezione **Garanzia Rimborso Spese Mediche per Ricovero da Infortunio o Malattia**: ! Ricovero o day-hospital con intervento chirurgico in Istituto di cura: € 200.000,00 per anno assicurativo, in network nessuno scoperto/franchigia, fuori network scoperto 20%, franchigia minima € 1.000,00 per sinistro, massima € 2.500,00 per sinistro; ! Ricovero senza intervento chirurgico o di day-hospital: 50% del massimale rimborso spese mediche per anno assicurativo, in network nessuno scoperto/franchigia, fuori network scoperto 20%, franchigia minima € 1.000,00 per sinistro, massima € 2.500,00 per sinistro; ! Intervento chirurgico o terapia chirurgica (laserterapia, crioterapia) svolta in regime ambulatoriale: 30% del massimale rimborso spese mediche per anno assicurativo, in network nessuno scoperto/franchigia, fuori network scoperto 20%, franchigia minima € 1.000,00 per sinistro, massima € 2.500,00 per sinistro; ! Indennità sostitutiva in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: € 150,00 giornaliera e con il limite di 180 giorni per anno assicurativo; ! Spese prima e dopo il ricovero: 120 giorni precedenti e successivi al ricovero, in network nessuno scoperto/franchigia, fuori network scoperto 20%, franchigia minima € 1.000,00 per sinistro, massima € 2.500,00 per sinistro; ! Trapianto di organi: vedere massimale rimborso spese mediche, in network nessuno scoperto/franchigia, fuori network scoperto 20%, franchigia minima € 1.000,00 per sinistro, massima € 2.500,00 per sinistro; ! Apparecchi protesici ed ortopedici: € 2.000,00 per anno assicurativo; ! Parto: parto naturale fino ad € 4.000,00, parto cesareo fino ad € 6.000,00, in network nessuno scoperto/franchigia, fuori network scoperto 20%, franchigia minima € 1.000,00 per sinistro, massima € 2.500,00 per sinistro; ! Neonato: vedere massimale rimborso spese mediche, in network nessuno scoperto/franchigia, fuori network scoperto 20%, franchigia minima € 1.000,00 per sinistro, massima € 2.500,00 per sinistro; ! Congenital: € 10.000,00 per ciascun neonato; ! Terapie oncologiche: € 6.000,00 per anno assicurativo; ! Second opinion: € 650,00 per sinistro e per anno assicurativo; ! Retta dell'accompagnatore: € 60,00 giornaliera e con il limite di 30 giorni per sinistro e per anno assicurativo; ! Ticket sanitari: € 1.000,00 per anno assicurativo.

Garanzie facoltative Sezione Malattia: ! Accertamenti Diagnostici: vedere scheda di polizza, in network nessuno scoperto/franchigia, fuori network scoperto 20% minimo € 50,00 per sinistro; ! Accertamenti Diagnostici - Trattamenti Laser ad eccimeri: € 1.200,00 per persona ed anno assicurativo, in network nessuno scoperto/franchigia, fuori network scoperto 20% minimo € 50,00 per sinistro; ! Visite specialistiche, test ed analisi di laboratorio: € 3.000,00 per persona ed anno assicurativo, in network nessuno scoperto/franchigia, fuori network scoperto 20% minimo € 50,00 per sinistro; ! Visite specialistiche, test ed analisi di laboratorio - cure fisioterapiche: € 1.000,00 per persona ed anno assicurativo, in network nessuno scoperto/franchigia, fuori network scoperto 20% minimo € 50,00 per sinistro; ! Visite specialistiche, test ed analisi di laboratorio - cure di logopedia: fuori network € 500,00 per persona ed anno assicurativo, in network nessuno scoperto/franchigia, fuori network scoperto 20% con un minimo di € 50,00 per sinistro; ! Visite specialistiche, test ed analisi di laboratorio - cure di psicoterapia: in network massimo 10 sedute per persona ed anno assicurativo, fuori network € 500,00 per persona ed anno assicurativo, in network nessuno scoperto/franchigia, fuori network scoperto 20% con un minimo di € 50,00 per sinistro; ! Cure dentarie: € 1.000,00 per persona ed anno assicurativo, in network nessuno scoperto/franchigia, fuori network vedere listino.

Sezione **Assistenza**: ! Invio di un infermiere a domicilio: 5 ore per sinistro; ! Invio baby-sitter al 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; ! Supporto psicologico: 4 sedute da fruire entro un mese dall'attivazione, in video consulto; ! Viaggio di un familiare: € 500,00; ! Rientro anticipato: € 500,00; ! Rientro salma: € 10.000,00; ! Informazioni e segnalazione di medicinali corrispondenti all'Estero: 3 volte per Anno Assicurativo.



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 e/o rimborsuale. Inoltre, è possibile personalizzare la copertura, attraverso le garanzie facoltative delle Cure dentarie, Accertamenti Diagnostici e Visite specialistiche, test ed analisi di laboratorio.



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 25,1 % 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 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. Alla data di pubblicazione del presente documento le imposte di legge ammontano a: - 2,50% per la sezione Malattia; - 10,00% per la sezione Assistenza.
---	--

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. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.