

Assicurazione malattia per gli stati di non autosufficienza

HDI
ASSICURAZIONI

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

Impresa: HDI Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Long Term Care

Documento aggiornato il 1° luglio 2024

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

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

HDI Assicurazioni S.p.A. (di seguito Società) – Sede Legale e Direzione Generale: piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma (Italia) – Telefono +39.06.4210.31 – fax +39.06.4210.3500 – Sito Internet: www.hdiassicurazioni.it – indirizzo di posta elettronica: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it. Codice Fiscale, Partita IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172.

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

Il patrimonio netto al 31 dicembre 2023 ammonta a 663,9 milioni di euro (di cui 224,2 milioni di euro relativi al comparto Vita e 439,7 milioni di euro al comparto Danni), ed è costituito da capitale sociale per 351,0 milioni di euro (di cui 76,0 milioni di euro vita e 275,0 milioni di euro danni) e da riserve patrimoniali e dal risultato d'esercizio per 312,9 milioni di euro (di cui 148,2 milioni di euro vita e 164,7 milioni di euro danni).

La Compagnia ha determinato il Requisito Patrimoniale di Solvibilità ed il Requisito Patrimoniale Minimo al 31 dicembre 2023 secondo quanto previsto dalla vigente normativa Solvency II.

Il Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 471,3 milioni di euro ed i Fondi Propri Ammissibili a copertura dello stesso sono pari a 919,3 milioni di euro. Si registra così una eccedenza di 448,0 milioni di euro ed un Solvency Ratio pari al 195,0%.

Il Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 212,1 milioni di euro ed i Fondi Propri Ammissibili a copertura dello stesso sono pari a 726,0 milioni di euro. Si registra così una eccedenza di 513,9 milioni di euro ed un Ratio pari al 342,3%.

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

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Long term care è un'assicurazione malattie appositamente creata per tutelare l'Assicurato dalle conseguenze derivanti dalla perdita dell'autosufficienza, ovvero dalla sopravvenuta incapacità (totale, permanente e irreversibile) di svolgere autonomamente le consuete attività della vita quotidiana.

La garanzia viene prestata a fronte della corresponsione di premi annuali di importo costante.

Il rimborso delle spese sostenute di assistenza sostenute, nel limite del massimale mensile assicurato, oppure in assenza di specifica richiesta di rimborso spese, il pagamento di un'indennità sostitutiva.

La polizza prevede 8 opzioni di Massimale assicurabile da un minimo di € 250,00 ad un massimo di € 3.000,00.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DI PREMIO: Non sono previste opzioni con riduzione di premio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non sono assicurabili le persone che alla data di effetto della polizza, superino 70 anni, che abbiano meno di 20 anni e che dichiarino e/o a seguito di certificazione medica risultino di non essere in uno stato generale di buona salute.
Non sono assicurabili le persone che abusano di sostanze alcoliche e/o stupefacenti o affette da disturbi mentali.



Ci sono limiti di copertura?

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro Nel caso in cui si determini la condizioni di non autosufficienza, L'Assicurato o la persona che lo rappresenta, deve richiederne il riconoscimento scrivendo alla Società come di seguito indicato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a mezzo telefono al numero verde 800 23 31 20 • a mezzo fax al numero verde 800 60 61 61 • a mezzo posta indirizzata a: HDI Assicurazioni S.p.A. – Direzione Sinistri – Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma • a mezzo posta elettronica indirizzata a: sinistri@hdia.it • a mezzo posta elettronica, per i titolari di posta elettronica certificata, indirizzata a: sinistri@pec.hdia.it oppure a: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it • rivolgendosi al proprio intermediario <p>Per informazioni sui sinistri ci si può rivolgere al numero 800 23 31 20 oppure al proprio intermediario</p> <p>Si deve inoltre allegare la Dichiarazione di sinistro e Referto medico di sinistro per la valutazione dello stato di non autosufficienza, come da modelli allegati alle Condizioni di Polizza.</p> <p>Assistenza diretta Non sono previste prestazioni fornite da enti o strutture convenzionate.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese Non sono previste altre imprese che si occupano della trattazione dei sinistri.</p> <p>Prescrizione I diritti derivanti dalla polizza e dalla richiesta di risarcimento si prescrivono in 2 anni dalla data dell'evento.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>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, la Società si riserva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, fintanto che non siano passati 180 giorni dall'entrata in vigore delle garanzie; • 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. <p>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.</p>
Obblighi dell'impresa	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Salvo diversa indicazione dell'Assicurato, il pagamento verrà eseguito a mezzo accredito su conto corrente bancario.</p> <p>Il pagamento di quanto dovuto dalla Società, mediante accredito sul conto corrente indicato dall'Assicurato, ha valore di quietanza.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	L'eventuale rimborso di premio è previsto nel caso in cui si accerti la perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato. 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.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La copertura inizia dal pagamento della prima rata di premio e rinnovi successivi, sino alla scadenza del contratto, riportato sulla scheda di polizza.</p> <p>Il Contratto ha durata decennale. Si rinnova tacitamente per un periodo di un anno, in assenza di disdetta, così successivamente, per tutta la vita dell'Assicurato.</p> <p>Eventuale disdetta del contratto deve esser comunicata alla Società, a mezzo raccomandata o tramite e-mail</p>
---------------	--

	<p>hdi.assicurazioni@pec.hdia.it, 60 giorni prima della scadenza del contratto.</p> <p>Il Contraente può recedere anche annualmente, rispettando il preavviso di 60 giorni rispetto alla scadenza anniversaria. 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.</p> <p>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.</p>
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Esclusivamente se il contratto è stato stipulato a distanza, il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di recesso nei 14 giorni successivi alla data di conclusione del contratto ai sensi dell'art. 52 e segg. del D. Lgs. 206 del 2005 (codice del consumo).
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il Prodotto è rivolto alle persone fisiche che si intendono garantire un sostegno economico in caso di perdita di autosufficienza.



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 (2023), è, in percentuale, pari al 10,00% del premio imponibile ed in valore assoluto pari a 10,00 Euro ogni 100,00 Euro di premio imponibile.

Si segnala che i costi di intermediazione a carico del Contraente sono compresi nei premi indicati nella Scheda di polizza e conteggiati per ciascuna forma di copertura prescelta. Tali premi sono "finiti" e null'altro deve essere corrisposto dall'aderente.

Regime fiscale

Le imposte sono applicate sui premi imponibili nella misura prevista dalle disposizioni ministeriali vigenti alla data di incasso della polizza. Alla data di pubblicazione del presente documento le imposte di legge ammontano al 2,50% per tutte le garanzie prestabili con la polizza.

Sono a carico del Contraente le imposte e gli altri oneri derivanti per legge dalla stipulazione del contratto e non sono rimborsabili per alcun motivo.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>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".</p> <p>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.</p> <p>La Società è tenuta a rispondere entro 45 giorni.</p>
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>E' 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.</p> <p>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.</p>

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.

