

Assicurazione Infortuni del conducente

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: VHV Italia Assicurazioni S.p.A. – Italia – Iscritta all'Albo Imprese IVASS n.1.00030

Prodotto: "Easy Driver"

VHV
ASSICURAZIONI

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Prodotto per la copertura dei bisogni assicurativi in caso di infortunio stradale che l'Assicurato subisce in qualità di conducente del mezzo o di un gruppo di mezzi specificati in polizza, quali autovetture ad uso privato e da noleggio, autoveicoli per trasporto promiscuo, motocicli, ciclomotori e biciclette, nonché autocarri e trattori agricoli. Il Contraente può attivare le formule: i) guidatore non identificato del veicolo descritto in polizza; e/o ii) guidatore identificato per più veicoli.



Che cosa è assicurato?

A) Invalidità permanente (obbligatoria)

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato che comporti la perdita definitiva, in misura totale o parziale, della capacità allo svolgimento di un qualsiasi lavoro:

- ✓ corrisponde un indennizzo proporzionale al grado d'invalidità permanente e al capitale assicurato. Qualora l'invalidità permanente sia superiore al 66%, l'indennizzo sarà pari al 100% del capitale assicurato.

Con pagamento di un premio aggiuntivo è possibile estendere la copertura ad ulteriori garanzie, a scelta dell'Assicurato:

B) Morte da infortunio

La Società, a seguito di un infortunio dell'Assicurato abbia come conseguenza la morte:

- ✓ corrisponde l'indennizzo ai beneficiari.

Qualora, nel medesimo evento, deceda anche il coniuge non legalmente separato del guidatore, sarà corrisposta, esclusivamente ai figli minori ed in parti uguali, un'ulteriore capitale pari a quello assicurato per il caso morte, con un massimo di € 50.000.

C) Inabilità temporanea da infortunio

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato che comporti l'incapacità, in misura totale o parziale, di svolgere per un periodo di tempo limitato la propria attività lavorativa:

- ✓ corrisponde un'indennità giornaliera per un determinato periodo di inabilità.

D) Indennità da immobilizzazione (non operante se acquistata la garanzia C)

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato che comporti la necessità di un'ingessatura o di un tutore che blocchi il movimento degli arti:

- ✓ corrisponde un'indennità giornaliera per un determinato periodo di immobilizzazione.

E) Rimborso spese mediche

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato:

- ✓ rimborsa, a titolo esemplificativo, le spese sostenute per: i) rette di degenza, assistenza medica, esami medici; ii) interventi chirurgici; iii) visite specialistiche; iv) trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapia; v) acquisto o noleggio di protesi,

carrozze e stampelle; vi) acquisto di medicinali; vii) cure dentarie di natura post traumatica e viii) trasporto in ambulanza.

F) Indennità da ricovero a seguito di infortunio

La Società, in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura reso necessario da infortunio:

- ✓ corrisponde un'indennità giornaliera per un determinato periodo di ricovero, anche in day hospital.

Con pagamento di un premio aggiuntivo è possibile estendere la copertura all'ulteriore garanzia relativa all'utilizzo della tabella INAIL.

SOMME ASSICURATE

La Società indennizza l'Assicurato nei limiti delle indennità, dei massimali e dei capitali assicurati indicati sulla scheda di polizza e sottoscritti dal Contraente.



Che cosa non è assicurato?

Di seguito si riporta una sintesi delle principali esclusioni. Restano valide le informazioni di dettaglio fornite, per ogni tipologia di garanzia, nelle Condizioni di Assicurazione.

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione del Contraente che l'Assicurato non risulta affetto da alcolismo, tossicodipendenza, positività HIV, AIDS e sindromi ad esse correlate.

L'assicurazione non è prestata per le persone di età superiore a 80 anni per le garanzie infortuni.

Sono esclusi gli infortuni causati:

- ✗ dalla guida di qualsiasi veicolo, se l'Assicurato è privo di abilitazione alla guida, secondo le disposizioni normative vigenti o si trova alla guida con un tasso alcolemico superiore allo 0,80 gM;
- ✗ da operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ✗ da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ✗ dalla partecipazione, anche come passeggero, a gare e prove automobilistiche, motoristiche, salvo quelle di regolarità pura, e di natanti a motore;
- ✗ dall'uso di veicoli e motocicli all'interno dei circuiti.



Ci sono limiti di copertura?

In polizza e nelle Condizioni di Assicurazione sono indicate le franchigie, gli scoperti e i limiti di indennizzo previsti dalle singole garanzie. Di seguito si elencano i principali.

SEZIONE INFORTUNI

A) Invalidità permanente: per la prima parte del capitale fino a € 150.000, franchigia del 3% sul grado di invalidità residua all'Assicurato; per la seconda parte del capitale, che eccede € 150.000 e fino a € 300.000, franchigia del 5% sul grado di invalidità residua; per la parte di capitale che eccede € 300.000, franchigia del 10% sul grado di invalidità residua. Le sopra citate franchigie non si applicano in caso di invalidità permanente superiore al 20%

B) Morte da infortunio: non vi sono specifiche limitazioni rispetto al capitale assicurato

C) Inabilità temporanea da infortunio: indennità giornaliera per un massimo di 300 giorni; franchigia fissa: i) 7 giorni se l'indennità è superiore a € 50. Franchigia non applicata per inabilità temporanea pari o superiore a 60 giorni.

D) Indennità da immobilizzazione: indennità giornaliera per un periodo massimo di 40 giorni per sinistro e per anno.

E) Rimborso spese di cura a seguito di infortunio: visite specialistiche, accertamenti diagnostici, onorari e presidi medici, trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapia solo se effettuati nei 90 giorni successivi alla data di infortunio o alla data di dimissione dall'istituto cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante. Limiti di indennizzo per sinistro e per anno fino a: i) € 2.5000 per trattamenti di riabilitazione; ii) € 1.000 per l'acquisto/noleggio di protesi, carrozzelle e stampelle; iii) 2.500 per spese dentarie; iv) € 500 per spese di trasporto in ambulanza. Il rimborso viene effettuato previa detrazione di uno scoperto dell'1% della somma assicurata, con un minimo di € 50 e un massimo di € 150 a carico dell'assicurato; per trattamenti di riabilitazione eccedenti a € 1.000, franchigia fissa di € 300.

F) Indennità da ricovero a seguito di infortunio: indennità giornaliera per un periodo massimo di 90 giorni e, per i ricoveri in day hospital, solo se gli stessi hanno una durata non inferiore a 3 giorni consecutivi esclusi festivi.



Dove vale la copertura?



L'assicurazione è valida in tutto il mondo. L'inabilità temporanea al di fuori dell'Unione europea è indennizzabile limitatamente al periodo del ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno del rientro nell'Unione europea dell'Assicurato.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio, sull'esistenza di altre polizze a copertura dello stesso e su eventuali sinistri precedenti e di compilare il questionario medico-sanitario in caso di prestazioni malattia. Nel corso del contratto devi comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato e l'eventuale successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'inosservanza delle suddette disposizioni può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione della polizza.
- In caso di sinistro, avvisare tempestivamente, e in ogni caso entro tre giorni da quando ne hai avuto conoscenza, la Società o l'Intermediario al quale è assegnata la polizza.



Quando e come devo pagare?

Il premio è pagato al rilascio della polizza e può avere frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale o pagamento unico anticipato, a scelta del Contraente. In caso di frazionamento non sono previsti oneri aggiuntivi.

Il premio è comprensivo delle imposte dovute per legge.

Il premio deve essere pagato all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

I mezzi di pagamento previsti dalla Società sono: assegno bancario o circolare "non trasferibile", bonifico, vaglia postale o similare, carte di credito o pos, nonché denaro contante entro i limiti previsti dalla normativa in vigore.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto ha validità dalle ore 24 del giorno in cui è effettuato il pagamento del premio, salvo che la polizza stabilisca una data di decorrenza successiva. Il contratto può avere durata annuale, poliennale o temporanea e può essere stipulato con tacito rinnovo o a scadenza automatica, a scelta del Contraente/Assicurato. Nel primo caso, in mancanza di disdetta, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un ulteriore anno; nel secondo, il contratto cessa alle ore 24 del giorno della scadenza, senza necessità di disdetta.

In caso di mancato pagamento delle rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art.1901 del Codice Civile.



Come posso disdire la polizza?

In caso di contratto annuale o poliennale è possibile disdire il contratto previa comunicazione, mediante lettera raccomandata, spedita almeno trenta giorni prima della scadenza di polizza. In caso di disdetta non sono previsti oneri aggiuntivi.

Assicurazione Infortuni del conducente

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

Compagnia: VHV Italia Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "Easy Driver"

Data di aggiornamento: gennaio 2026 (ultima versione disponibile)

VHV
ASSICURAZIONI

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

VHV Italia Assicurazioni S.p.A. Via Ippolito Caffi, n. civico 83; CAP 32100; città Belluno; tel. (+39) 0437.938611; sito internet: www.vhv.it; PEC: vhv@pec.it. Iscritta all'albo delle imprese di assicurazione al n°1.00030. Direzione e coordinamento di VHV International SE.

In base all'ultimo bilancio approvato il patrimonio netto della Società è pari a € 33.805.472 di cui il capitale sociale ammonta a € 7.000.000. L'indice di solvibilità (*Solvency Ratio*) della Società al 31/12/2024 era pari al 268%. Per maggiori dettagli sulla solvibilità e la condizione finanziaria della Società si rinvia alla Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria (SFCR) dell'esercizio 2024 disponibile al sito internet www.vhv.it/dati-finanziari.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto descritto nel Documento Informativo del prodotto assicurativo (DIP Danni) è possibile, ma non obbligatorio, acquistare l'ulteriore garanzia, di seguito descritta, valida soltanto se espressamente richiamate in polizza.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Utilizzo della tabella INAIL

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, corrisponde un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, accertata facendo riferimento alla tabella delle percentuali di invalidità allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 - Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.



Che cosa NON è assicurato?

Ad integrazione di quanto descritto nel DIP Danni, sono previste altresì le seguenti ulteriori esclusioni.

Sono esclusi i danni da:

- da guerra e insurrezioni, salvo quanto disposto dall'art. 15 - Infortuni cagionati da guerra e insurrezione;
- 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 sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici.



Ci sono limiti di copertura?

Utilizzo della tabella INAIL

La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa per il caso di infortunio, ferma restando quella contemplata per il caso di malattia professionale e con l'intesa che la liquidazione sarà fatta in un'unica soluzione anziché sotto forma di rendita.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro: Ad integrazione di quanto specificato nel DIP Danni, valgono i seguenti obblighi. In caso di sinistro la denuncia dello stesso deve contenere:

- la descrizione dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato;

	- il certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale – dell’attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni da parte dell’Assicurato. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, fino all’eventuale certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L’Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia. L’Assicurato deve sciogliere dal segreto professionale, nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato. In caso di morte dell’Assicurato, gli eredi o gli aventi causa devono presentare la documentazione necessaria, descritta nelle Condizioni di Assicurazione. Assistenza diretta/in convenzione: Non sono previsti enti/strutture convenzionate con la Società. Gestione da parte di altre imprese: Non sono previste ulteriori Compagnie che si occupano della trattazione dei sinistri. Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ai sensi dell’art. 2952 del codice civile.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell’Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all’indennizzo nonché la stessa cessazione dell’assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Obblighi dell’impresa	La Società, riconosciuta l’indennizzabilità del sinistro e determinato l’indennizzo dovuto, provvede al pagamento dell’importo offerto entro 30 giorni dall’accettazione dello stesso.
 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	È previsto il rimborso della parte di premio pagata e non goduta in caso di recesso da parte della Società per: - sinistro; - il manifestarsi nell’Assicurato di una o più delle seguenti affezioni o malattie nel corso del contratto di assicurazione: alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi a essa correlate.
 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.
 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non è previsto il diritto di ripensamento dopo la stipulazione del contratto.
Risoluzione	Nel caso di contratto a durata poliennale, l’Assicurato può recedere dal contratto trascorso il primo quinquennio o in caso di durata inferiore a cinque anni, alla scadenza contrattuale, mediante lettera raccomandata, con preavviso di almeno sessanta giorni e con effetto dalla fine dell’annualità nel corso della quale la facoltà di recesso viene esercitata.
 A chi è rivolto questo prodotto?	
Prodotto per la copertura dei bisogni assicurativi in caso di infortunio stradale che l’Assicurato subisce in qualità di conducente del mezzo o di un gruppo di mezzi specificati in polizza, quali autovetture ad uso privato e da noleggio, autoveicoli per trasporto promiscuo, motocicli, ciclomotori e biciclette, nonché autocarri e trattori agricoli. Il Contraente può attivare le formule: i) guidatore non identificato del veicolo descritto in polizza; e/o ii) guidatore identificato per più veicoli.	
 Quali costi devo sostenere?	
I costi di intermediazione, a carico del Contraente, sono pari a 22,7% (aggiornamento 2024).	
COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All’impresa assicuratrice	Eventuali disservizi riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri possono essere segnalati per iscritto ai seguenti recapiti: VHV Italia Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Via Ippolito Caffi, 83 – 32100 Belluno, Italia; Fax: 0437 938 693 – e-mail: reclami@vhv.it, reclami.vhv@pec.it I reclami devono contenere: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con recapito telefonico; b) numero della polizza e nominativo del contraente; c) numero dell’eventuale sinistro oggetto del reclamo; d) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l’operato; e) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; f) ogni documento utile per descrivere le circostanze.

	Il Servizio Reclami, svolta la necessaria istruttoria, provvederà a fornire riscontro entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo.
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 www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, nelle controversie in materia di contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato: le Condizioni di assicurazione possono prevedere la facoltà di ricorso a procedure arbitrali, specificandone le modalità di promozione (in forza di quanto previsto dal titolo VIII, capo I, del Codice di Procedura Civile). Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente il domicilio in Italia, può presentare reclamo all'IVASS, seguendo le indicazioni sopra descritte, o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet: https://ec.europa.eu/info/fin-net .
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Al contratto si applica l'imposta sulle assicurazioni con aliquota del 12,5% sui premi imponibili, prevista per la garanzia infortuni del conducente. I premi pagati per le garanzie assicurative sono detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche nei limiti e secondo le modalità previste dalla normativa fiscale vigente. Le prestazioni assicurate non sono soggette a tassazione.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	<i>Ai sensi della legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dei relativi decreti attuativi, se il cliente (contraente o assicurato, qualora non coincidano) è stato precedentemente affetto da una patologia oncologica il cui trattamento attivo si sia concluso, in assenza di recidive, da più di dieci anni, alla data della stipulazione o del rinnovo del contratto di assicurazione, non è tenuto a fornire informazioni, né a sottoporsi ad alcuna indagine o accertamento sanitario (ad es. visita medica) in relazione a tale pregressa patologia.</i> <i>Il termine di dieci anni è ridotto a cinque anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.</i> <i>Per alcune specifiche patologie oncologiche individuate dalla normativa vigente, sono previsti termini inferiori, indicati nella relativa Tabella consultabile sul sito internet dell'Impresa al seguente link: www.vhv.it.</i>
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	<i>Qualora il cliente, prima della stipulazione o del rinnovo del contratto, abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute concernenti patologie oncologiche pregresse, il cui trattamento attivo si sia concluso senza episodi di recidiva, trasmette tempestivamente all'Impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione attestante la sussistenza dei requisiti per l'esercizio del diritto all'oblio oncologico, rilasciata secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e dai relativi decreti attuativi.</i> <i>La certificazione è rilasciata, a seguito di apposita istanza, da una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, o da un medico del Servizio Sanitario Nazionale nella disciplina attinente alla patologia oncologica, dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, utilizzando il modello di istanza previsto dall'Allegato I al decreto del Ministero della Salute 5 luglio 2024, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 177 del 30 luglio 2024.</i>
Effetti dell'oblio oncologico	<i>Decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico:</i> <i>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;</i> <i>l'Impresa ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente.</i> <i>Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'articolo 2, commi da 1 a 5, della legge 7 dicembre 2023, n. 193 sono nulle, ferma restando l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera esclusivamente a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</i>

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.