

Assicurazione Infortuni e Malattia

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

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

Prodotto: "Assicurazione Persona VHV"

VHV
ASSICURAZIONI

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

Che tipo di assicurazione è?

Prodotto multirischio per la copertura dei bisogni assicurativi in caso di infortunio subito durante le 24 ore. È possibile limitare il perimetro della copertura alla sola "attività professionale", al solo tempo libero ("attività extra professionale") oppure alla sola guida di veicoli ("infortuni del conducente"). Il prodotto offre anche la copertura dell'invalidità permanente che insorga da malattia. Il contraente può scegliere le garanzie da attivare all'interno delle seguenti sezioni: Infortunio, Malattia, Assistenza.



Che cosa è assicurato?

SEZIONE INFORTUNI

Invalidità permanente da infortunio (attivabile a scelta del contraente)

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

- ✓ corrisponde un indennizzo proporzionale al grado d'invalidità permanente e al capitale assicurato. Se l'invalidità permanente è superiore al 60%, l'indennizzo sarà pari al 100% del capitale assicurato.

Indennità giornaliera per ricovero da infortunio (attivabile a scelta del contraente)

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 ad ulteriori garanzie, a scelta dell'Assicurato. A titolo di esempio:

Morte (acquistabile solo se presente la invalidità permanente da infortunio).

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

- ✓ corrisponde l'indennizzo ai beneficiari.

Invalidità permanente da infortunio plus (acquistabile solo se presente la invalidità permanente da infortunio)

In aggiunta a quanto previsto dalla garanzia Invalidità permanente da infortunio standard, la Società:

- ✓ corrisponde all'Assicurato un ulteriore indennizzo che sarà calcolato su un importo pari al doppio o al quadruplo del capitale assicurato, a seconda che il grado di invalidità residua sia rispettivamente pari o superiore al 25% e al 50%.

Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio (acquistabile solo se presente la invalidità permanente 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.

Indennità giornaliera per immobilizzazione (non acquistabile se presente la indennità giornaliera per inabilità temporanea)

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.

Rimborso spese mediche da infortunio (acquistabile solo se presente la invalidità permanente da infortunio)

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato:

- ✓ rimborsa, a titolo di esempio, le spese sostenute per:
i) rette di degenza, assistenza medica, esami medici; ii) interventi chirurgici; iii) visite specialistiche; iv) trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapica; v) acquisto o noleggio di protesi, carrozzelle e stampelle; vi) acquisto di medicinali; vii) cure dentarie di natura post traumatica.

SEZIONE MALATTIA

Invalidità permanente da malattia (attivabile a scelta del contraente)

La Società, in caso di invalidità permanente dell'Assicurato conseguente a malattia manifestatasi nel periodo di validità del contratto:

- ✓ corrisponde un indennizzo proporzionale al grado di invalidità permanente e al capitale assicurato.

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

Indennità giornaliera per ricovero da malattia e parto (acquistabile solo se presente la indennità giornaliera per ricovero da infortunio)

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

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

Indennità giornaliera per convalescenza a seguito di malattia (acquistabile solo se presente la indennità giornaliera per ricovero da malattia e parto).

La Società, in caso di degenza domiciliare successiva al ricovero dell'Assicurato reso necessario da malattia:

- ✓ corrisponde un'indennità giornaliera pari al 50% (forma base) o al 100% (forma completa) dell'indennità giornaliera per ricovero da malattia e parto, per un determinato periodo di degenza domiciliare.

SEZIONE ASSISTENZA

La Società, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato e/o dei componenti del suo nucleo familiare:

- ✓ fornisce prestazioni di assistenza medica e di assistenza al domicilio e in viaggio, nonché un servizio INFOCENTER pronto a fornire informazioni sanitarie e farmaceutiche.

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, e 75 anni per le garanzie malattia.

SEZIONE 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 a 1,00 gM;
- ✗ da operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ✗ da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ✗ da infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi (es. arti marziali, immersione con autorespiratore, arrampicata libera, sci estremo, ecc.);
- ✗ dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata.

SEZIONE MALATTIA

In relazione alle prestazioni malattia, sono esclusi:

- ✗ le malattie e gli stati patologici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato in quanto oggetto di diagnosi, cure o esami, o causa di seri disturbi, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
- ✗ le cure e gli interventi resi necessari da malformazioni congenite o da difetti fisici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
- ✗ i trattamenti di malattie mentali, sindromi organiche cerebrali, disturbi psichiatrici in genere;
- ✗ gli stati patologici correlati alla infezione da HIV, sindromi correlate al Morbo di Creutz-Feldt-Jacob e sindromi pandemiche in generale;
- ✗ qualunque cura dentaria non resa necessaria da infortunio;
- ✗ l'aborto non terapeutico e le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- ✗ le malattie professionali.

SEZIONE ASSISTENZA

La garanzia non opera a fronte di:

- ✗ infortuni derivanti dallo svolgimento di attività sportive quali alpinismo con scalata di rocce o ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di motoslitte, sport aerei, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche e motonautiche;
- ✗ infortuni conseguenti o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci e da uso di stupefacenti e allucinogeni.



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

! Invalidità permanente derivante da infortunio

Il contraente può scegliere tra varie opzioni di franchigia, in base alle proprie esigenze. Le franchigie non si applicano in caso di invalidità permanente superiore al 20%.

! Indennità giornaliera per ricovero da infortunio

indennità giornaliera per un periodo massimo di 300 giorni. Per i ricoveri in day hospital indennità giornaliera pari al 50% dell'indennità da ricovero.

! Invalidità permanente da infortunio plus

i) nessun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 10%; ii) se il grado di invalidità permanente è superiore al 10% ma non al 25%, l'indennizzo è corrisposto solo per la parte eccedente al 10%; iii) se il grado di invalidità permanente è superiore al 25% ma non al 50%, l'indennizzo è calcolato sul doppio della somma assicurata; iv) se il grado di invalidità permanente è superiore al 50%, l'indennizzo è calcolato sul quadruplo della somma assicurata; v) nessuna franchigia viene applicata nel caso di invalidità permanente superiore al 25%.

! Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio

indennità giornaliera per un periodo massimo di 300 giorni; franchigia fissa di: i) 5 giorni per indennità fino a € 50; ii) 7 giorni se l'indennità è compresa tra € 51 e € 75; iii) 9 giorni se l'indennità è compresa tra € 76 ed € 100; iv) 14 giorni se l'indennità supera € 101. Franchigia non applicata per il periodo di ricovero ospedaliero e/o di immobilizzazione.

! Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio

indennità giornaliera per un periodo massimo di 120 giorni per sinistro e per anno.

! Rimborso spese mediche da infortunio:

visite specialistiche, accertamenti diagnostici, onorari e presidi medici, trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapica solo se effettuati nei 180 giorni successivi alla data di infortunio o alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante. Su tutte le spese di cura uno scoperto del 10% dell'indennizzo con un minimo di € 150 a carico dell'Assicurato.

SEZIONE MALATTIA

! Invalidità permanente da malattia: nessun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 25% o al 50% in base all'opzione scelta. Periodo di aspettativa (carenza) di 90 giorni.

! Indennità giornaliera per ricovero da malattia:

indennità giornaliera per un periodo massimo di 300 giorni, ridotto a 7 giorni in caso di parto. L'indennità è corrisposta anche per i ricoveri in day hospital. Periodo di aspettativa (carenza) di 30

giorni, elevato a 180 giorni per conseguenze di stati patologici, non conosciuti dall'Assicurato, insorti anteriormente alla stipulazione della polizza, e a 300 giorni per parto, aborto terapeutico e malattie dipendenti.

! **Indennità giornaliera per convalescenza da malattia:** i) forma base: in caso di intervento chirurgico o di ricovero non inferiore a 3 giorni consecutivi, indennità giornaliera pari al 50% dell'indennità prevista per il ricovero, corrisposta per un periodo non superiore a quello del ricovero ed entro il limite di 180 giorni per anno. In caso di ricovero in day hospital indennità giornaliera pari al 50% dell'indennità prevista per il ricovero, corrisposta per un periodo non superiore a quello del ricovero ed entro il limite di 10 giorni; ii) forma completa: in caso di intervento chirurgico o di ricovero non inferiore a 3

giorni consecutivi, indennità giornaliera pari al 100% dell'indennità prevista per il ricovero, corrisposta per un massimo di 90 giorni. In caso di ricovero in day hospital e per i ragazzi sotto i 18 anni, indennità giornaliera pari al 100% dell'indennità prevista per il ricovero, corrisposta per un massimo di 10 giorni. Per entrambe le forme (base e completa) l'indennità di convalescenza non è corrisposta dopo i ricoveri per parto.

! Complessivamente per tutte le garanzie, in caso di cumulo di infortuni causati da movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione, massimo indennizzo di €5.000.000.



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. 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, mensile 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 e, ove prevista, della quota del fondo di garanzia. 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, servizio SDD – SEPA Direct Debit, nonché denaro contante entro i limiti previsti dalla normativa in vigore. In caso di frazionamento mensile è obbligatorio il pagamento tramite procedura SDD - SEPA Direct Debit.



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.

Per i contratti di durata **poliennale** superiore a cinque anni, il Contraente può recedere trascorso il primo quinquennio, con preavviso di almeno 60 giorni ed effetto dalla fine dell'annualità in corso.

Dopo ogni **Sinistro** e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, entrambe le Parti possono recedere dall'Assicurazione con preavviso di 30 giorni; in caso di recesso della Società, questa rimborsa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la quota di Premio relativa al periodo di rischio non corso, al netto delle imposte.

Se il contratto è stato concluso mediante tecniche di **comunicazione a distanza**, il consumatore può esercitare il diritto di ripensamento entro 14 giorni dalla stipula, tramite raccomandata A/R o PEC, purché non sia avvenuto alcun sinistro. In tal caso, la Società rimborsa, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, il premio versato al netto delle imposte.

Assicurazione Infortuni e Malattia

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



Prodotto "Assicurazione Persona VHV"

Data di realizzazione: aprile 2026 (ultima versione 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

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.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

La sezione **Infortuni** copre gli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in polizza e/o delle attività extraprofessionali oppure solamente durante la guida dei veicoli individuati nell'Allegato 3 delle Condizioni di Assicurazione (CDA). Le cause di infortunio coperte sono elencate nell'art. 2.1 CDA. Tra le attività extraprofessionali sempre coperte c'è anche la pratica non professionistica di alcuni sport, individuati nell'art. 2.1.3 CDA. Nell'ambito della sezione si può scegliere una o entrambe delle garanzie seguenti, già descritte nel DIP Base:

- **"Invalidità permanente da infortunio"** descritta in modo completo nell'art. 2.1.1 CDA:
 - a meno che la copertura sia stata limitata agli infortuni durante la guida, prevede sempre la **"Copertura estesa"**, comprendente, tra l'altro: rimborso spese per interventi di chirurgia allo scopo di ridurre od eliminare eventuali danni estetici al viso; indennizzo per lesioni muscolari determinate da sforzi (dettagli in art. 2.1.4 CDA)
 - se l'Assicurato ha scelto la tutela sia durante lo svolgimento delle attività professionali sia delle attività extraprofessionali, prevede sempre la **"Copertura completa H24"**, comprendente tra l'altro: rimborso delle spese per il trasporto all'istituto di cura o alla propria abitazione; rimborso delle spese sostenute per lezioni private e/o di recupero per l'impossibilità di frequentare la scuola; indennizzo per aspettativa non retribuita del genitore in caso di assistenza ad Assicurato minorenne (dettagli in art. 2.1.5 CDA).
 - per la determinazione della percentuale di invalidità permanente si può scegliere di riferirsi alle cosiddette "Tabelle INAIL" (dal Testo unico sull'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali) oppure, ottenendo uno sconto sul premio, alle cosiddette "Tabelle ANIA" (riportate nell'art. 5.4 CDA)
 - con un premio aggiuntivo, possono essere attivate estensioni che consentono di ricevere un indennizzo maggiore rispetto alla garanzia base: "Supervalutazione per artigiani" (art. 2.2.12 CDA), "Supervalutazione arti superiori" (art. 2.2.13), "Supervalutazione perdita voce" (art. 2.2.14), "Estensione della invalidità permanente al contagio da virus HIV ed Epatite B e C" (art. 2.2.16) e "Estensione radiazioni" (art. 2.2.17).
- **"Indennità giornaliera per ricovero da infortunio"** di cui all'art. 2.1.2 CDA, che tra l'altro prevede il raddoppio della normale indennità per il periodo di permanenza in reparto di rianimazione o di cura intensiva e in caso di ricovero, a seguito dello stesso evento, anche di un parente convivente dell'Assicurato.

Le seguenti **garanzie** sono invece **opzionali** e possono essere attivate con il **pagamento di un premio aggiuntivo**:

- le garanzie già citate nel DIP Base "Morte" (art. 2.2.1 CDA), "Invalidità permanente da infortunio Plus" (art. 2.2.2), "Indennità giornaliera per inabilità temporanea" da infortunio (art. 2.2.3), "Indennità giornaliera per

immobilizzazione” (art. 2.2.4), “Rimborso spese mediche da infortunio” (art. 2.2.5) e “Pacchetto sostegno” (art. 2.2.7), “Non autosufficienza a seguito di infortunio” (art. 2.2.8), “Sospensione attività” lavorativa (art. 2.2.9) e “Indennità giornaliera da scottature e tagli” (art. 2.2.11); tutte queste garanzie richiedono l’attivazione della garanzia base “Invalidità permanente da infortunio”

- o la garanzia “Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio”, che richiede l’attivazione della garanzia base “Indennità giornaliera per ricovero da infortunio” (art. 2.2.6)
- o la clausola “Estensioni sportive” che estende le coperture fornite da “Invalidità permanente da infortunio”, “Indennità giornaliera per ricovero da infortunio” e “Morte” agli infortuni subiti durante attività di alpinismo, arrampicata sportiva, immersione sportiva con autorespiratore e speleologia non professionale (art. 2.2.15)

Entro le garanzie opzionali, ottenendo uno **sconto sul premio** è possibile scegliere di raddoppiare le franchigie normalmente previste per la garanzia opzionale “Indennità giornaliera per inabilità temporanea” (art. 2.2.10) e/o fare riferimento alle “Tabelle ANIA” per la determinazione dell’indennizzo della garanzia opzionale “Invalidità permanente da infortunio Plus” (art. 2.2.18).

Le garanzie “Invalidità permanente da infortunio Plus”, “Pacchetto sostegno”, “Non autosufficienza a seguito di infortunio”, “Sospensione attività” e “Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio” non possono essere attivate se la sezione Infortuni è limitata ai soli infortuni subiti durante la guida di veicoli.

La sezione **Malattia** include come **garanzia base “Invalidità permanente da malattia”**, già descritta nel DIP Base e in modo completo nell’art. 3.1.1 CDA. Sono coperte le malattie che l’Assicurato contrae nello svolgimento delle attività professionali dichiarate e/o delle attività extraprofessionali.

Le seguenti **garanzie** sono invece **opzionali** e possono essere attivate con il **pagamento di un premio aggiuntivo**:

- “Indennità giornaliera per ricovero da malattia e parto”, già descritta nel DIP Base e in modo completo nell’art. 3.2.1 CDA, acquistabile solo se attivata la garanzia base “Indennità giornaliera per ricovero da infortunio” (sezione Infortuni)
- “Indennità giornaliera per convalescenza a seguito di malattia”, già descritta nel DIP Base e in modo completo nell’art. 3.2.2 CDA, acquistabile solo se attivata la garanzia opzionale “Indennità giornaliera per ricovero da malattia e parto”.

La sezione **Assistenza Persona** può essere attivata solo in presenza della garanzia “Invalidità permanente da infortunio” non limitata agli infortuni durante la guida e fornisce, attraverso la Struttura Organizzativa “Ima Servizi Scarl”: prestazioni di assistenza medica in Italia come, ad esempio, la consulenza medica telefonica (art. 4.1 CDA); prestazioni di assistenza medica in viaggio come, ad esempio, l’organizzazione del viaggio di un familiare (art. 4.2 CDA); prestazioni di assistenza a domicilio in Italia come, ad esempio, la consegna di farmaci (art. 4.3 CDA).

Per la sezione **Tutela legale**, ad integrazione del DIP Base, si segnala che la gestione dei sinistri di questa Sezione è stata affidata all’impresa di assicurazione ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l’Italia, di seguito “ARAG”. Le spese rimborsabili, nell’ambito di richieste di risarcimento per danni extracontrattuali subiti per fatti illeciti di terzi, di richieste di risarcimento per danni subiti in conseguenza di malpractice medica e di vertenze con istituti o enti pubblici di assicurazioni previdenziali o sociali, sono elencate nell’art. 5.2.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Ad integrazione del DIP Danni si segnala che le esclusioni dipendono dalle garanzie acquistate. Si riportano di seguito le esclusioni relative alle garanzie obbligatorie e le esclusioni comuni entro ciascuna sezione non già citate nel DIP Base. Per dettagli delle esclusioni relative alle garanzie opzionali si vedano i rispettivi articoli CDA indicati in “Che cosa è assicurato?” (testo in grassetto).

Le esclusioni comuni della **sezione Infortuni** sono elencate in art. 2.3 CDA. Le esclusioni non già indicate nel DIP Base e non derogabili attraverso le garanzie opzionali riguardano:

- gli infortuni causati da uso di aeromobili tranne gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico; guerra e insurrezioni in Italia o fuori dall’Italia, ma oltre i 14 giorni dall’insorgere di tali eventi; da rischio atomico; da sostanze radioattive, biologiche e chimiche non utilizzate per fini pacifici; partecipazione a gare e prove motoristiche; da armi utilizzate dall’Assicurato nell’esercizio della caccia; da pandemia o epidemia
- gli infortuni a militari e forze in missione al di fuori dei confini italiani
- i ricoveri: per infortuni non dichiarati alla Società con dolo o colpa grave; per infortuni conseguenti ad abuso di alcool o di psicofarmaci o ad uso di stupefacenti o allucinogeni; in istituti che non rientrano nella definizione di “istituto di cura”.

Le esclusioni comuni della **sezione Malattia** sono elencate in art. 3.3 CDA. Le esclusioni non già indicate nel DIP Base e non derogabili attraverso le garanzie opzionali riguardano:

- le prestazioni a finalità estetiche (salvo interventi resi necessari da infortunio), dietologiche, fitoterapiche e di miglioramento del benessere psicofisico della persona
- le malattie causate da abuso di alcool o psicofarmaci o da uso di stupefacenti o allucinogeni
- i ricoveri in istituti che non rientrano nella definizione di “istituto di cura”.

Le esclusioni della **sezione Assistenza** sono elencate in art. 4.4 CDA. Si segnala in particolare che le prestazioni di assistenza non sono fornite in caso di infortuni avvenuti anteriormente la data di decorrenza della copertura e nei Paesi che si trovano in stato di belligeranza. L’art. 4.5 CDA specifica le condizioni di fornitura della copertura; tra le quali: i) il mancato utilizzo di una o più

prestazioni non comporta il diritto ad indennizzi compensativi; ii) il diritto alle assistenze previste decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.

Le esclusioni della **sezione Tutela legale** sono elencate negli art. 5.6 e 5.7 CDA e riguardano gli ambiti di tutela legale e le spese non coperte.



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione del DIP Danni si segnala che le franchigie, gli scoperti e i limiti di indennizzo previsti dalle singole garanzie sono puntualmente indicati nelle CDA negli art. 2.4 per la sezione Infortuni, 3.4 per la sezione Malattia e da 4.6.1 a 4.6.3 per la sezione Assistenza. Per i limiti applicabili alle garanzie opzionali si rimanda a questi articoli.

In relazione alla garanzia **“Indennità giornaliera per ricovero da infortunio”** il raddoppio dell'indennità giornaliera a seguito di infortunio di Assicurato minorenne che necessiti di assistenza continuativa non si cumula con gli altri raddoppi previsti dall'art. 2.1.2 CDA e comunque opera solo in caso di **“Copertura h24”**. In relazione alla copertura delle attività sportive l'indennizzo normalmente previsto sarà corrisposto al 50% se l'infortunio si verifica durante la pratica agonistica degli sport indicati. Nell'ambito della garanzia **“Copertura estesa”** sono stabilite specifiche limitazioni per le prestazioni: danno estetico; rimborso spese per assistenza infermieristica e collaborazioni domestiche; malattie tropicali; ernie; lesioni tendinee di assicurati di età superiore a 40 anni; rottura tendine d'Achille. Nell'ambito della garanzia **“Copertura completa h24”** sono stabilite specifiche limitazioni per le prestazioni: rimborso spese trasporto; indennizzo per recupero lezioni; Indennizzo per aspettativa del genitore; Rimborso spese mediche ospedaliere per chirurgia riparatrice da Infortunio; Invalidità permanente per figli minori; Scippo, rapina, estorsione e sequestro; Prevenzione.

Se nel corso di contratto che prevede la copertura di attività professionale si verifica un cambiamento dell'attività dichiarata non comunicato alla Società per dolo o colpa grave, l'indennizzo della Sezione Infortuni sarà corrisposto in misura ridotta in base all'aggravio di rischio riscontrato (la percentuale di riduzione è definita nell'art. 5.5 CDA).

In relazione agli infortuni causati da eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni e movimenti tellurici, qualora gli indennizzi complessivamente dovuti dalla Società per le garanzie della sezione Infortuni superassero il limite indicato nel DIP Base e nell'art 2.4, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato sarebbero ridotti in proporzione.

In relazione alla garanzia **“Invalidità permanente da malattia”** e in generale all'intera sezione Malattia, ad integrazione del DIP Base si segnala che il periodo di carenza è alzato da 90 giorni (valore indicato anche nel DIP Base) a 300 giorni per le patologie varicose, per il parto, per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio.

Nella **sezione Assistenza Persona** sono previsti limiti di erogabilità e/o di massimali per la maggior parte delle prestazioni.

Nella **sezione Tutela legale** sono previsti limiti di esposizione per caso assicurativo e per anno (massimale) e limiti in termini di rimborso per alcune fattispecie di tutela legate (dettagli all'art. 5.8 CDA). Se il sinistro è coperto anche da un'assicurazione di responsabilità civile, questa Sezione opera dopo l'esaurimento del massimale dovuto da quell'assicurazione per spese di resistenza e soccombenza.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a singole persone o gruppi di persone (componenti di famiglie o aziende) di età inferiore a 76 anni e non affetti da alcolismo, tossicodipendenza, positività HIV, AIDS e sindromi ad esso correlate, che intendono tutelarsi in caso di infortunio e/o malattia, anche eventualmente beneficiando di specifiche prestazioni di assistenza.



Quali costi devo sostenere?

I costi di intermediazione, a carico del Contraente, sono mediamente circa 26% del premio calcolato prima delle imposte.

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 (BL) Italia; 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 generali 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 le seguenti aliquote: 2,5% per le garanzie delle sezioni Infortuni e Malattia (12,5% per la garanzia Infortuni conducente), 10% per la sezione Assistenza Persona e 21,25% per la sezione Tutela legale. I premi relativi alle garanzie <i>Invalità permanente da infortunio</i> , <i>Invalità permanente da infortunio Plus</i> , <i>Morte</i> e <i>Invalità permanente da malattia</i> 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> <ul style="list-style-type: none"> <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.