



ASSICURAZIONI

## ASSICURAZIONE ABBINATA ALLE APERTURE DI CREDITO IN CONTO CORRENTE BUSINESS

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a. Nota informativa vita
- b. Nota informativa danni, comprensiva del glossario
- c. Condizioni di assicurazione per tutte le garanzie
- d. Glossario vita
- e. Modulo di adesione

deve essere consegnato al 1° Contraente, al 2° Contraente ed all'Assicurato prima della sottoscrizione del modulo di adesione.

**Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente le Note informative.**

**HDI Assicurazioni S.p.A**

Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

# PAGINA BIANCA



HDI Assicurazioni S.p.A.  
Sede Legale e Direzione Generale:  
Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I)  
Tel. +39.06.421.031 - Fax +39.06.4210.3500  
[www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it)

Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v.  
C.F. e P. IVA 04349061004  
Registro delle Imprese di Roma 7122/92  
R.E.A. di Roma n. 757172/92  
Società con unico azionista

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni  
con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) 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

# ASSICURAZIONE ABBINATA ALLE APERTURE DI CREDITO IN CONTO CORRENTE BUSINESS

## NOTA INFORMATIVA GARANZIA VITA

Data ultimo aggiornamento del documento 26.05.2014

La seguente Nota Informativa regola la garanzia A relativa alla polizza collettiva n. \_\_\_\_\_

**La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS (già ISVAP), ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.**

**Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.**

Eventuali variazioni delle informazioni non derivanti da innovazioni normative contenute nel "Fascicolo informativo", successive alla conclusione del contratto, potranno essere consultate sul sito internet della Società ([www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it))

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### **1. Informazioni generali**

**HDI Assicurazioni S.p.A.** – Società per Azioni Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015 con Direzione Generale e Sede Legale in Italia, Via Abruzzi n.10 (00187) Roma – autorizzata\* all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M.I.C.A. n.19570 dell'8 giugno 1993 e iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022 – tel. +39 06 421 031 – fax +39 06 4210 3500 – Sito Internet: [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it) – indirizzo e-mail: [hdi.assicurazioni@hdi.it](mailto:hdi.assicurazioni@hdi.it).

#### **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa**

L'ammontare del patrimonio netto al 31/12/2013 è pari a 176,58 milioni di euro di cui capitale sociale pari a 96,00 milioni di euro e riserve patrimoniali pari a 80,58 milioni di euro.

L'indice di solvibilità relativo alla gestione vita, alla medesima data, è pari a 127,8%. Tale indice è dato dal rapporto tra il margine di solvibilità disponibile ed il margine richiesto dalla normativa vigente.

### B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

#### **3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte**

Il presente fascicolo disciplina un'assicurazione in forma collettiva che opera in applicazione di una convenzione (di seguito contratto) stipulata tra il 1° Contraente e la Società.

La presente polizza è un'assicurazione collettiva rivolta esclusivamente a tutte le Aziende, gli Enti o ditte individuali, clienti del 1° Contraente, con i quali lo stesso stipula un contratto di apertura di credito in conto corrente. Il 2° Contraente è la persona che accede alla linea di credito, la Banca erogante è il 1° Contraente mentre l'Assicurato è il soggetto che riveste primaria importanza nell'azienda.

La durata delle singole garanzie, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, è monoannuale e si rinnova tacitamente di anno in anno.

L'Assicurato deve avere all'ingresso un'età compresa tra 18 e 64 anni non compiuti. L'età massima a scadenza non deve superare il limite di 65 anni non compiuti.

L'Assicurato sceglie nel modulo di adesione se aderire al pacchetto vita, scegliendo la **sola garanzia A**, che prevede la **prestazione in caso di decesso**, oppure al pacchetto multirischio che, oltre la **Garanzia A**, offre la seguente garanzia danni :

**Garanzia B)** assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio.

Per gli aspetti di dettaglio relativi alla garanzia A si rinvia all'art. 2.1 delle condizioni di assicurazione.

La presente polizza è un'assicurazione collettiva rivolta esclusivamente a tutte le Aziende, gli Enti o ditte individuali, clienti del 1° Contraente, con i quali lo stesso stipula un contratto di apertura di credito in conto corrente.

Il 2° Contraente è l' Azienda, l' Ente o la ditta individuale che accede alla linea di credito, la Banca erogante è il 1° Contraente, mentre l'Assicurato è la persona che riveste primaria importanza nella azienda.

**Avvertenza : sono previste delle esclusioni dalla garanzia. Si rinvia all'art. 2.2 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.**

**E' necessario che l'Assicurato presti particolare attenzione nel leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute**

\* C.F. e P.IVA 04349061004

## Nota informativa garanzia A

nel modulo di adesione relative alla compilazione della dichiarazione di buono stato di salute.

### 4. Premi

L'importo del premio dipende dall'importo del capitale assicurato. Il premio è indipendente dal sesso.

Il contratto prevede la **corresponsione di un premio unico anticipato**. Il premio, il cui onere economico è completamente a carico, del 2° Contraente è dovuto alla Società dal 1° Contraente. Il 1° Contraente versa il premio alla Società tramite bonifico bancario. Non è prevista la possibilità di frazionare il premio.

Il costo a carico del 2° Contraente è pari al 45,00% del premio unico versato relativo alla garanzia vita.

La quota parte del predetto costo percepito in media dall'intermediario è riportata nella tabella seguente.

Costi di Intermediazione	
Valore in percentuale	Importo medio*
88,89%	€ 32,04

\* Tale importo è calcolato sul premio medio.

Nei casi di restituzione del premio le spese per il rimborso sono a carico del 2° Contraente e la Società trattiene il relativo importo, pari (complessivamente per le garanzie vita e danni) a 15,00 euro, dall'importo rimborsato. All'intermediario non è riconosciuta quota parte di tale costo.

Avvertenza: nei casi in cui è prevista la presentazione del questionario anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia, e nel caso di visita medica, i costi sono a carico del 2° Contraente.

Avvertenza: In caso di estinzione del contratto di apertura di credito la Società restituisce, anche in nome e per conto del 1° Contraente, la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria per il quale il rischio è cessato secondo i criteri e le modalità previsti nelle condizioni di assicurazione.

In alternativa, su richiesta del 2° Contraente, purché contestuale alla data di estinzione del contratto, la Società fornisce la copertura assicurativa fino a scadenza a favore dell'eventuale nuovo beneficiario designato. Si rinvia all'art. 1.9 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

### 5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Non previsti.

## C. INFORMAZIONE COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

### 6. Costi

#### Art. 6.1. Costi gravanti direttamente sul 1° Contraente

##### Art. 6.1.1 Costi gravanti sul premio

Non previsti.

##### Art. 6.1.2 Costi per riscatto

Non previsti.

##### Art. 6.1.3 Costi erogazione rendita

Non previsti

### 7. Sconti

Non previsti.

### 8. Regime fiscale

#### Art.8.1 Regime fiscale dei premi

I premi dei contratti di assicurazione sulla vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni.

I premi corrisposti a fronte della copertura del rischio morte danno diritto ad una detrazione dell'imposta sul reddito dichiarato ai fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

#### Art.8.2 Regime fiscale delle somme corrisposte

Le somme corrisposte in caso di morte sono esenti dall'IRPEF. Le somme corrisposte in caso di morte sono anche esenti dall'imposta sulle successioni.

## D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

### 9. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'art. 1.4 delle Condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento e per la decorrenza del contratto.

### 10. Risoluzione del contratto per sospensione pagamento premi

Non prevista.

### 11. Riscatto e riduzione

Non previsti.

### 12. Revoca del modulo di adesione

Non prevista.

### 13. Recesso dell'Assicurato

Il 2° Contraente può recedere entro 30 giorni dalla data di decorrenza dandone comunicazione alla Società, nonché al 1° Contraente, con lettera raccomandata A/R contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata e dietro consegna dell'originale del modulo di adesione.

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

HDI Assicurazioni S.p.A.  
Ufficio Gestione Portafoglio Vita  
Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA

e

**Agenzia/Filiale del 1° Contraente presso la quale è stato sottoscritto il modulo di adesione e che ha accesso il conto corrente.**

Il recesso ha l'effetto di liberare tutte le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dalla singola copertura, a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione che risulta dal timbro postale di invio della relativa comunicazione.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di

## Nota informativa garanzia A

recesso Società provvede a rimborsare al 2° Contraente, anche in nome e per conto del 1° Contraente, il premio, previa consegna dei documenti assicurativi in possesso dello stesso, al netto dell'imposta e della quota relativa al rischio corso.

### **14. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione**

Si rinvia all'art. 2.3 delle condizioni di assicurazione per la documentazione che il 2° Contraente o il beneficiario devono consegnare alla Società per la liquidazione della prestazione da parte della Società.

Al verificarsi del decesso dell'Assicurato, la liquidazione verrà effettuata entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

**Il 1° e il 2° Contraente devono prestare particolare attenzione ai termini di prescrizione. I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda secondo quanto stabilito dall'art.2952 del Codice Civile.** In caso di omessa richiesta entro tale termine gli importi dovuti vengono automaticamente devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie costituito presso il ministero dell'Economia e delle Finanze, secondo quanto disciplinato dalla Legge 266/2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

### **15. Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire l'applicazione di una diversa legislazione, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative del diritto italiano .

### **16. Lingua in cui è redatto il contratto**

Il contratto, ogni documento ad esso allegato, e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire una diversa lingua di redazione .

### **17. Reclami**

*Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio Reclami e Procedure Speciali, come di seguito specificato:*

HDI Assicurazioni S.p.A.  
- RECLAMI E PROCEDURE SPECIALI -  
Via Abruzzi, 10 – 00187 ROMA

Fax: +39 06 4210 3583 – E-mail: reclami@pec.hdia.it

\* \* \*

**HDI Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.**

**Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono +39 06 421 331, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.**

**Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti alla autorità di vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'IVASS faciliterà le comunicazioni tra le autorità competenti ed il Contraente.**

**Per la risoluzione di liti transfrontaliere si può presentare reclamo all'IVASS o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet : <http://ec.europa.eu/internalmarket/finervices-retail/finnet/index.en.htm>.**

### **18. Informativa in corso di contratto**

Non prevista.

### **19. Comunicazioni del 2° Contraente alla Società**

Il 2° Contraente, qualora abbia deciso di variare l'uomo chiave assicurato , ne deve dare comunicazione alla Società e al 1° Contraente tramite lettera raccomandata.

### **20. Conflitto di interessi**

Il presente prodotto non presenta situazioni in conflitto di interessi.

In ogni caso l'impresa, pur in presenza di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti.

### **21. Informativa sull'attivazione dell'area web riservata**

E' possibile consultare online le informazioni relative al presente contratto accedendo all' Area Clienti dalla home page del sito [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it). Le credenziali per l'accesso saranno rilasciate dalla Società previa richiesta del 2° Contraente e/o del 1° Contraente all'Intermediario assicurativo.

HDI Assicurazioni S.p.A.  
Il Rappresentante Legale  
(Alfonso Scarpa)



PAGINA BIANCA

# ASSICURAZIONE ABBINATA ALLE APERTURE DI CREDITO IN CONTO CORRENTE BUSINESS

## NOTA INFORMATIVA DANNI

Data ultimo aggiornamento del documento 26.05.2014

**La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.**

**Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.**

Eventuali variazioni delle informazioni non derivanti da innovazioni normative contenute nel "Fascicolo informativo", successive alla conclusione del contratto, potranno essere consultate sul sito internet della Società ([www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it)).

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### 1. Informazioni generali

**HDI Assicurazioni S.p.A.** – Società per Azioni Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015 con Direzione Generale e Sede Legale in Italia, Via Abruzzi n.10 (00187) Roma – autorizzata\* all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M.I.C.A. n.19570 dell'8 giugno 1993 e iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022 – tel. +39 06 421 031 – fax +39 06 4210 3500 – Sito Internet: [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it) – indirizzo e-mail: [hdi.assicurazioni@hdi.a.it](mailto:hdi.assicurazioni@hdi.a.it).

#### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto al 31/12/2013 è pari a 176,58 milioni di euro di cui capitale sociale pari a 96,00 milioni di euro e riserve patrimoniali pari a 80,58 milioni di euro.

L'indice di solvibilità relativo alla gestione danni, alla stessa data, è pari a 127,8%. Tale indice è dato dal rapporto tra il margine di solvibilità disponibile ed il margine richiesto dalla normativa vigente.

### B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente fascicolo disciplina un'assicurazione in forma collettiva che opera in applicazione di una convenzione (di seguito contratto) stipulata tra il 1° Contraente e la Società.

La presente polizza è un'assicurazione collettiva rivolta esclusivamente a tutte le Aziende, gli Enti o ditte individuali, clienti del 1° Contraente, con i quali lo

stesso stipula un contratto di apertura di credito in conto corrente.

Il 2° Contraente è la persona che accede alla linea di credito, la Banca erogante è il 1° Contraente mentre l'Assicurato è il soggetto che riveste primaria importanza nell'azienda.

**Avvertenza:** la Società emette per ciascun Assicurato una copertura stipulata con la formula del tacito rinnovo

Le singole garanzie assicurate rimangono valide fino alla ricorrenza annuale successiva della polizza Collettiva (01/07). Successivamente, le garanzie hanno durata annuale e, in mancanza di disdetta, si rinnovano di anno in anno con tacito rinnovo. L'eventuale disdetta va inviata alla Società e al 1° Contraente con lettera raccomandata A/R contenente gli elementi identificativi della propria posizione unitamente all'originale del Modulo di adesione 30 giorni prima della data prevista per il pagamento del premio. Conseguentemente il 1° Contraente interrompe il versamento del premio. In tal caso, le garanzie si risolvono ed i premi restano acquisiti dalla Società. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 1.4 delle condizioni di assicurazione.

### 3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il 2° Contraente sceglie nel modulo di adesione se aderire al pacchetto vita, scegliendo la **sola garanzia A**, oppure al **pacchetto multirischio** che, oltre all'assicurazione in caso di morte (**Garanzia A**), prevede la seguente garanzia:

**Garanzia B):** assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio. **Per gli aspetti di**

\* C.F. e P.IVA 04349061004

## Nota informativa garanzia B

**dettaglio si rimanda all'art. 3.1 delle condizioni di assicurazione.**

Avvertenza : sono previste esclusioni, limitazioni e condizioni di sospensione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia ai seguenti artt. delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio:

- o Articolo 1.7 , 3.1, 3.2 e 3.3 e 3.4.

Avvertenza : sono previsti massimali Si rinvia all' art. 1.7 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Di seguito, a titolo di esempio, si riporta un caso in cui si applica il massimale per la garanzia B.

*Esempio per massimale pari ad euro 80.000,00:* Qualora l'ammontare dell'apertura di credito fosse pari a 90.000,00 Euro il capitale assicurato e corrisposto in caso di sinistro è pari a 80.000,00 euro.

Avvertenza : è previsto un limite massimo di età sia all'ingresso in assicurazione sia a scadenza della stessa. Si rinvia all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

### 3. Periodi di carenza

Non previsto.

### 4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario.

Avvertenza: in caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze del 2° Contraente o dell'Assicurato che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società, si può incorrere nella perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ovvero nella cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892 – 1893 – 1894 del Codice Civile. Si rinvia all'art. 1.3 delle condizioni di assicurazione per le eventuali conseguenze.

Avvertenza : L'Assicurato deve rispondere in maniera veritiera e corretta alle domande previste dal questionario sanitario.

### 5. Aggravamento, diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il 2° Contraente, qualora abbia deciso di variare l'uomo chiave assicurato , ne deve dare comunicazione alla Società e al 1° Contraente tramite lettera raccomandata.

### 6. Premi

**L'importo del premio dipende dall'importo del capitale assicurato. Il premio è indipendente dal sesso.**

Il contratto prevede la **corresponsione di un premio unico anticipato.** Non è previsto il frazionamento del premio.

Il premio, il cui onere economico è completamente a

carico del 2° Contraente, è dovuto alla Società dal 1° Contraente. Il versamento del premio deve avvenire tramite bonifico bancario.

Avvertenza : non sono previsti sconti .

Il costo a carico del 2° contraente è pari al 45,00% del premio unico versato per le garanzie danni.

La quota parte dei caricamenti percentuali percepita in media dall'intermediario è riportata nella tabella seguente.

Costi di Intermediazione	
Valore in percentuale	Importo medio*
88,89%	€ 10,42

\* Tale importo è calcolato sul premio medio.

Nei casi di restituzione del premio le spese per il rimborso sono a carico del 2° Contraente e la Società trattiene il relativo importo, pari (complessivamente per le garanzie vita e danni) a 15,00 euro, dall'importo rimborsato. All'intermediario non è riconosciuta quota parte di tale costo.

Avvertenza: In caso di estinzione del contratto di apertura di credito la Società restituisce, anche in nome e per conto del 1° Contraente, la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria per il quale il rischio è cessato secondo i criteri e le modalità previsti nelle condizioni di assicurazione.

In alternativa, su richiesta del 2° Contraente, purché contestuale alla data di estinzione del contratto, la Società fornisce la copertura assicurativa fino a scadenza a favore dell'eventuale nuovo beneficiario designato. Si rinvia all'art. 1.9 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

### 7. Rivalse

Avvertenza: non è previsto il diritto di rivalsa.

### 8. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

Non previsto.

### 9. Diritto di Recesso

Avvertenza: il 2° Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data di decorrenza. Si rinvia all'art. 1.11 delle Condizioni di assicurazione per i termini e le modalità di esercizio di tale diritto.

### 10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda, secondo quanto stabilito dall'art.2952 del Codice Civile.

### 11. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana ai sensi



## Nota informativa garanzia B

dell'art. 180 del Codice delle Assicurazioni Private. Le parti possono, tuttavia, pattuire l'applicazione di una diversa legislazione, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative.

### 12. Regime fiscale

#### 12.1 Regime fiscale dei premi

I premi corrisposti per le garanzie danni di cui alla presente Nota Informativa sono soggetti all'imposta del 2,5%.

### C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

#### 13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: per la liquidazione del sinistro, è necessario individuare il momento di insorgenza dello stesso. Il momento di insorgenza del sinistro è individuato nel momento in cui: **accade l'infortunio**.

Sono previsti modalità e termini per la denuncia del sinistro. Inoltre, in alcune ipotesi è richiesta la visita medica. Nel caso in cui la Società richieda ulteriore documentazione sanitaria, le spese sostenute a tal fine sono a carico del 2° Contraente. La Società si riserva di accertare la malattia entro un termine massimo di 60 giorni.

Si rinvia all'art. 3.4, delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle procedure liquidative.

#### 14. Reclami

*Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio Reclami e Procedure Speciali, come di seguito specificato:*

HDI Assicurazioni S.p.A.  
RECLAMI E PROCEDURE SPECIALI -  
Via Abruzzi, 10 – 00187 ROMA

Fax: +39 06 4210 3583 – E-mail: [reclami@pec.hdia.it](mailto:reclami@pec.hdia.it)

**Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà**

\* \* \*

**HDI Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.**

***rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono +39 06 421 331, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.***

***Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti alla autorità di vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'IVASS faciliterà le comunicazioni tra le autorità competenti ed il Contraente.***

***Per la risoluzione di liti transfrontaliere si può presentare reclamo all'IVASS o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet : <http://ec.europa.eu/internalmarket/fincervices-retail/finnet/index.en.ht.m>.***

#### 15. Arbitrato

Non previsto.

#### 16. Informativa sull'attivazione dell'area web riservata

E' possibile consultare online le informazioni relative al presente contratto accedendo all' Area Clienti dalla home page del sito [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it). Le credenziali per l'accesso saranno rilasciate dalla Società previa richiesta del 2° Contraente e/o del 1° Contraente all'Intermediario assicurativo.

HDI Assicurazioni S.p.A.  
Il Rappresentante Legale  
(Alfonso Scarpa)



## GLOSSARIO DANNI

**Apertura di credito:** contratto col quale la banca (1° Contraente) si obbliga a tenere a disposizione dell'altra parte (2° Contraente) una somma di denaro per un dato periodo di tempo o a tempo indeterminato.

**Assicurato:** il soggetto che riveste primaria importanza nell'azienda (uomo chiave della società mutualitaria o i titolari di ditta individuale), designato dal 2° Contraente, che ha sottoscritto il modulo di adesione.

**Carenza:** periodo di tempo successivo alla decorrenza della copertura, durante il quale le garanzie non sono operative.

**1° Contraente:** L'istituto di credito che stipula la Polizza Convenzione per conto del 2° Contraente e degli Assicurati

**2° Contraente:** Il Soggetto (Azienda, Ente o Ditta Individuale), titolare di un contratto di apertura di credito in conto corrente presso il 1° Contraente, che designa l'Assicurato e corrisponde il premio.

**Decorrenza:** momento dal quale le garanzie diventano valide ed efficaci.

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

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

**Intermediario :** le persone fisiche o le società, iscritte nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, che svolgono a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa;

**Invalidità totale permanente da infortunio:** la perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%.

**Ivass:** istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. Il 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP.

**Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

**Modulo di adesione:** il documento dal quale derivano tutte le garanzie assicurative che il cliente sottoscrive all'atto della stipula del Contratto.

**Ripresa di occupazione:** periodo di tempo successivo alla liquidazione totale e definitiva di un sinistro per Inabilità Totale Temporanea o per Disoccupazione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare alla sua normale attività lavorativa, prima di poter presentare un'altra denuncia relativa ad un nuovo sinistro, rispettivamente per Inabilità Totale Temporanea o per Disoccupazione.

**Riserva matematica:** l'importo che deve essere accantonato dalla Società per fare fronte agli obblighi futuri assunti verso gli Assicurati.

**Sinistro:** il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

**Società:** HDI assicurazioni S.p.A., Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.



## ASSICURAZIONE ABBINATA ALLE APERTURE DI CREDITO IN CONTO CORRENTE BUSINESS CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PER TUTTE LE GARANZIE

Data ultimo aggiornamento del documento 26.05.2014

Le seguenti condizioni di assicurazione regolano tutte le garanzie relative alla polizza collettiva n. \_\_\_\_\_

### Art. 1.1. Definizione del contratto

Il presente fascicolo disciplina un'assicurazione in forma collettiva che opera in applicazione di una convenzione (di seguito contratto) stipulata tra il 1° Contraente (Istituto di Credito) e la Società. La presente polizza è rivolta esclusivamente ad Aziende, Enti o ditte individuali, Clienti dell'Istituto di Credito che stipulano un contratto di apertura di credito in conto corrente.

Il 2° Contraente è l' Azienda, l' Ente o la ditta individuale che accede alla linea di credito, la Banca erogante è il 1° Contraente e l'Assicurato è la persona che riveste primaria importanza nella azienda.

### Art. 1.2. Garanzie

Le garanzie oggetto della presente Polizza Collettiva sono le seguenti.

**A** **Temporanea in caso di morte:** in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato.

**B** **Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio:** nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio durante il periodo contrattuale, da cui derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari al capitale assicurato.

Il 2° Contraente sceglie nel modulo di adesione se aderire al pacchetto vita, scegliendo la sola garanzia A), oppure al pacchetto multirischio, scegliendo le garanzie A (temporanea in caso di morte) e B (invalidità totale e permanente).

Il capitale assicurato è pari alla somma messa a disposizione dal 1° Contraente al 2° Contraente con il contratto di apertura di credito in conto corrente nei limiti di quanto previsto al successivo art.1.7.

In applicazione del contratto di assicurazione collettivo la Società emette, per ciascun Assicurato, una copertura annuale per le garanzie sopra elencate, rinnovabile di anno in anno fintantoché il contratto medesimo rimane in vigore.

### Art. 1.3. Dichiarazioni dell'Assicurato

Le dichiarazioni del 2° Contraente devono essere veritiere, esatte e complete ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società. La Società, in caso di dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze tali che non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, ha diritto:

- a) **quando esiste dolo o colpa grave,**
  - √ di dichiarare al 1° Contraente e al 2° Contraente, entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, di voler impugnare il contratto per l'annullamento dello stesso;
  - √ in caso di sinistro, di rifiutare qualsiasi pagamento, qualora l'evento si sia verificato prima del decorso del termine di 3 mesi dall'avvenuta conoscenza dell'inesattezza della dichiarazione o della reticenza;
- b) **quando non esiste dolo o colpa grave,**
  - √ di recedere dal contratto mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato, e al 1° e 2° contraente entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
  - √ in caso di sinistro, di ridurre le somme assicurate in relazione al maggior rischio accertato, nel caso in cui il sinistro si verifichi prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società o prima che quest'ultima abbia dichiarato di recedere dal contratto.

Qualora la Società intenda recedere dall'assicurazione, ne darà comunicazione al 1° Contraente, al 2° Contraente e all'Assicurato tramite lettera raccomandata A/R e rimborserà

al 2° Contraente, anche in nome e per conto del 1° Contraente, il premio, al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo di assicurazione intercorso tra la data di decorrenza ed il giorno in cui la Società è venuta a conoscenza delle dichiarazioni inesatte o reticenti.

Pertanto qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato tra il momento della sottoscrizione della documentazione necessaria all'adesione e la data di decorrenza, il 2° Contraente dovrà darne sollecita comunicazione alla Società prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

### Art. 1.4. Uomini chiave

L'Assicurato è individuato dal 2° Contraente tra le persone fisiche che rivestono primaria importanza nell'azienda (uomo chiave della società o i titolari di ditta individuale che accedono alla linea di credito). E' possibile assicurare fino ad un massimo di quattro persone. Il premio corrisposto dal 2° Contraente e le prestazioni delle singole garanzie per ogni assicurato saranno determinati in proporzione al numero degli uomini chiave assicurati.

Al 2° Contraente è data, in qualsiasi momento e a sua libera scelta, la facoltà di variare ogni uomo chiave (Key-Man) assicurato durante il corso di validità della polizza, dandone comunicazione alla Società e al 1° Contraente tramite lettera raccomandata. Pertanto l'uomo chiave sostituito non sarà più oggetto della copertura a decorrere dalla data comunicata alla Società dal 2° Contraente.

Per il nuovo uomo chiave si provvederà alla compilazione del modulo di adesione, all'eventuale invio della documentazione medica necessaria e alla determinazione del premio di competenza riferito al nuovo Assicurato.

La Società attraverso la prima comunicazione utile verso il 1° Contraente evidenzierà il nuovo nominativo assicurato.

### Art. 1.5. Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie

L'adesione alla Polizza Collettiva è facoltativa e si perfeziona con la sottoscrizione da parte dell'Assicurato e del 2° Contraente del modulo di adesione.

Le garanzie assicurate decorrono dalle ore 00 del 1° giorno del mese successivo alla data di sottoscrizione del modulo di adesione e rimangono valide fino alla ricorrenza annuale successiva della polizza Collettiva (01/07). Successivamente le garanzie hanno durata annuale e si rinnovano tacitamente di anno in anno.

Le garanzie decorrono a condizione che :

- ✓ l'apertura di credito sia stata concessa;
- ✓ sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto.

Qualora il 2° Contraente decida di non rinnovare l'assicurazione, invia comunicazione alla Società e al 1° Contraente con lettera raccomandata A/R contenente gli elementi identificativi della propria posizione unitamente all'originale del Modulo di adesione 30 giorni prima della data prevista per il pagamento del premio. Conseguentemente il 1° Contraente interrompe il versamento del premio. In tal caso, le garanzie si risolvono ed i premi restano acquisiti dalla Società.

L'assicurazione non è rinnovabile:

- per gli assicurati che abbiano compiuto 65 anni di età;
- in caso di disdetta della polizza collettiva;
- a seguito della chiusura del contratto di apertura di credito in conto corrente.

### Art. 1.6. Risoluzione delle garanzie

**In caso di morte o di invalidità totale e permanente da infortunio con conseguente corresponsione della prestazione/indennizzo da parte della Società, tutte le garanzie cessano la loro efficacia ed il premio resta acquisito alla Società.**

### Art. 1.7. Limiti assuntivi

La presente polizza è un'assicurazione collettiva rivolta esclusivamente a tutte le Aziende, gli Enti o ditte individuali, clienti del 1° Contraente con i quali lo stesso stipula un contratto di apertura di credito in conto corrente. L'Assicurato deve avere un'età all'ingresso compresa tra 18 e 64 anni non compiuti. L'età massima a scadenza non deve superare il limite massimo di 65 anni non compiuti. L'età anagrafica si arrotonda all'unità per eccesso se la frazione di anno è superiore a sei mesi, per difetto se inferiore (es.:5 anni e 10 mesi = 6 anni; 5 anni e 5 mesi = 5 anni).

**L'importo del capitale assicurato non può essere superiore a euro 80.000,00. Qualora l'ammontare stabilito nel contratto di apertura di credito fosse superiore al predetto limite il capitale assicurato è pari a 80.000,00 euro. Il capitale assicurato è indicato nel modulo di adesione e rimane costante per tutta la durata del contratto assicurativo.**

L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti con il modulo di adesione completa in ogni parte e firmata dal 2° Contraente e dall'Assicurato. **Quest'ultimo deve fornire indicazioni sulle sue condizioni di salute**

sottoscrivendo la 'Dichiarazione di buono stato di salute'. Qualora l'Assicurato non fosse in grado di sottoscrivere la precedente dichiarazione dovrà trasmettere lo specifico Questionario Anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia. Il questionario e l'eventuale documentazione sanitaria necessaria per la valutazione del rischio viene inviata dall'Assicurato alla Società tramite il 1° Contraente. Ai fini dell'assunzione del rischio la Società, a suo insindacabile giudizio, valuta tale documentazione e si riserva di accettare o rifiutare il rischio dandone comunicazione al 1° Contraente entro e non oltre il termine di 60 giorni, fatta salva la necessità, che sarà comunque oggetto di comunicazione, di ulteriore istruttoria necessaria ai fini della valutazione del rischio. Il 1° Contraente è tenuto ad informare sollecitamente il 2° Contraente e l'Assicurato dell'accettazione o del rifiuto del rischio comunicato dalla Società. In caso di rifiuto del rischio il modulo di adesione sottoscritto dal richiedente e la contestuale adesione alla Polizza Collettiva dovranno considerarsi nulli.

**Di volta in volta Società si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria. L'adesione si perfeziona solo dopo che la Società ha dato il proprio consenso a mezzo di comunicazione scritta indirizzata all'Assicurato e al 2° Contraente.**

Ai fini dell'assunzione del rischio è necessario che la documentazione medica sia stata rilasciata non più di 180 giorni prima della data di decorrenza.

#### **Art. 1.8. Beneficiario della prestazione per la garanzia A e pagamento degli indennizzi**

**Beneficiario delle prestazioni garantite dalla garanzia A è il 2° Contraente.**

**Il pagamento dell' indennizzo, dovuto dalla Società, relativo alla garanzia B viene effettuato a favore del 2° Contraente.**

**La Società sarà liberata dalla propria obbligazione di pagamento della prestazione o degli indennizzi con il versamento sul conto corrente le cui coordinate bancarie saranno indicate dal 1° Contraente.**

#### **Art. 1.9. Estinzione del contratto di apertura di credito**

Nel caso di estinzione del contratto di apertura di credito per qualunque causa, le garanzie assicurate con la presente polizza collettiva si sciolgono. Il 2° Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società, nonché al 1° Contraente, con lettera raccomandata A/R contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata, allegando copia di

un documento attestante l'avvenuta operazione di estinzione. Tale comunicazione deve essere indirizzata a:

HDI Assicurazioni S.p.A.  
Ufficio Gestione Portafoglio Vita  
Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA  
e

**Agenzia/Filiale del 1° Contraente presso la quale è stata sottoscritto il Modulo di adesione e che ha concesso l'apertura di credito.**

Le garanzie si sciolgono a partire dalla data di spedizione che risulta dal timbro postale di invio della relativa comunicazione e la Società rimborsa al 2° Contraente, anche in nome e per conto del 1° Contraente, il premio pagato al netto di eventuali imposte, delle spese per rimborso premio e della quota, relativa al rischio corso entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

La Società fornisce al 1° Contraente il conteggio dell'importo rimborsato da consegnare al 2° Contraente. Il rimborso viene effettuato esclusivamente previa consegna dei documenti assicurativi in possesso del 2° Contraente. Tale parte di premio oggetto di rimborso e comprensiva dei costi, viene calcolata in funzione dei mesi mancanti alla scadenza annuale della copertura nonché del capitale assicurato secondo la seguente formula:

$$R = ( P^n / N ) * K$$

dove:

R = rateo di premio da rimborsare;

$P^n$  = premio unico pagato al netto delle eventuali imposte;

N = durata originaria delle garanzie espressa in mesi interi (con approssimazione all'intero superiore);

K = durata residua delle garanzie espressa in mesi interi (con approssimazione all'intero superiore).

La Società trattiene dall'importo rimborsato le spese di rimborso premio pari a 15,00 euro.

**Il 2° Contraente ha altresì la facoltà, purché contestualmente all'operazione di estinzione, di chiedere la continuazione del contratto e in tale caso le garanzie rimangono in vigore alle condizioni originariamente stabilite.**

#### **Art. 1.10. Premio di assicurazione**

Le prestazioni assicurate vengono garantite dietro il pagamento di un **premio unico anticipato**.

L'importo del premio è indicato nel modulo di adesione e dipende dal capitale assicurato. **Il premio è indipendente dal sesso.**

Il premio per ogni Assicurato, il cui onere è completamente a carico del 2° Contraente, è dovuto alla Società dal 1° Contraente alla data di decorrenza e all'inizio di ogni periodo

assicurativo. Per i nuovi ingressi è dovuto un rateo di premio, calcolato in proporzione alla durata effettiva della copertura.

Ad ogni rinnovo, qualora il pagamento del premio avvenisse oltre 30 giorni la data di ricorrenza delle garanzie sarà necessario effettuare una nuova adesione.

#### **Art. 1.11. Recesso del 2° Contraente**

Il 2° Contraente può recedere entro 30 giorni dalla data di decorrenza dandone comunicazione alla Società, nonché al 1° Contraente, con lettera raccomandata A/R contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata e dietro consegna dell'originale del modulo di adesione.

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

**HDI Assicurazioni S.p.A.  
Ufficio Gestione Portafoglio Vita  
Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA**

e

**Agenzia/Filiale del 1° Contraente presso la quale è stato sottoscritto il modulo di adesione e che ha concesso l'apertura di credito.**

Il recesso ha l'effetto di liberare tutte le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dalla singola copertura, a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione che risulta dal timbro postale di invio della relativa comunicazione.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società provvede a rimborsare al 2° Contraente, anche in nome e per conto del 1° Contraente, il premio, previa consegna dei documenti assicurativi in possesso dello stesso, al netto dell'imposta e della quota relativa al rischio corso.

#### **Art. 1.12. Cambio di attività o professione dell'uomo chiave assicurato**

Il 2° Contraente, qualora abbia deciso di variare l'uomo chiave assicurato, ne deve dare comunicazione alla Società e al 1° Contraente tramite lettera raccomandata.

#### **Art. 1.13. Imposte e tasse**

Le imposte e le tasse relative alla presente Polizza, il cui onere è completamente a carico del 2° Contraente, sono dovute dal 1° Contraente.

Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati al 1° Contraente.

#### **Art. 1.14. Rinvio alle norme di legge**

Per quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge in materia.

#### **Art. 1.15. Pagamento delle prestazioni assicurate e dell'indennizzo**

Verificatosi l'evento assicurato, la Società provvede ad effettuare i pagamenti a seguito della richiesta del 2° Contraente e/o dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto mediante lettera raccomandata A/R inviata direttamente, o per il tramite del 1° Contraente, alla Società, nei tempi e con le modalità previste dalle Condizioni di assicurazione che regolano le singole garanzie assicurate.

La Società, entro un periodo massimo di 30 giorni dalla presentazione della documentazione richiesta, provvederà a corrispondere le somme dovute. Decorso il termine di 30 giorni sono dovuti gli interessi moratori in misura del saggio di interesse legale.

## **2.0 GARANZIA A ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE**

#### **Art. 2.1 Prestazione assicurata**

La Società con la presente garanzia, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata dell'assicurazione, si obbliga a corrispondere al Beneficiario una somma pari all'ammontare del del capitale assicurato.

#### **Art. 2.2 Rischio di morte**

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

**E' escluso dalla garanzia il decesso causato da:**

- **dolo dell'Assicurato;**
- **dolo del beneficiario;**
- **dolo del 2° Contraente;**
- **dolo dei Beneficiari;**
- **Etilismo e uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogene e/o psicotrope;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;**
- **atti delittuosi da parte degli eredi legittimi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti delittuosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente o dell'Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;**
- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;**

- suicidio se avviene nei primi 24 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
- infezione da virus HIV o da sindrome o stato di immunodeficienza acquisita o da sindrome o stati assimilabili;
- malattie e conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già diagnosticate all'Assicurato prima della sottoscrizione del modulo di adesione;
- eventi catastrofali

E' inoltre escluso il decesso su territorio mondiale che sia direttamente o indirettamente causato o avvenuto durante o in conseguenza di partecipazione attiva presenza per motivi professionali a guerra, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità ed operazioni belliche (sia che la guerra sia stata dichiarata o meno), guerra civile, ammutinamento, rivolte ed insurrezioni civili, tali da assumere le proporzioni o sfociare in sommosse popolari, sommosse militari, insurrezioni, ribellioni, rivoluzioni, colpi di Stato militare, legge marziale, confisca, nazionalizzazione, requisizione, distruzione o danni alla proprietà da o sotto il comando di qualsiasi governo o autorità locale sia che siano legittimi o meno.

È escluso dalla garanzia, anche in mancanza di partecipazione attiva dell'Assicurato, il decesso derivante da atto di guerra, come precedentemente definito, avvenuto al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il decesso o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso.

In questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica, calcolato al momento del decesso.

#### **Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni**

Per ottenere la liquidazione della prestazione, devono essere prodotti alla Società, unitamente all'allegato B, i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva sussistenza dell'obbligo di pagamento:

- **copia del modulo di adesione;**
- **indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento;**
- **certificato di nascita o copia del documento di identità dell'Assicurato;**
- **certificato di morte;**
- **relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;**
- **certificato della commissione medica predisposta per l'accertamento;**
- **verbale dell'autorità intervenuta e chiusa inchiesta;**

- **eventuale ulteriore documentazione** ritenuta necessaria dalla Società.

Verificatosi il decesso dell'Assicurato, la Società esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori.

#### **Art. 2.4 Riscatto**

La presente assicurazione temporanea in caso di morte **non ammette il riscatto** delle somme assicurate.

### **3.0 GARANZIA B - ASSICURAZIONE DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DERIVANTE DA INFORTUNIO A PREMIO UNICO**

#### **Art. 3.1 Indennizzo**

Ove l'Assicurato subisca un infortunio durante il periodo contrattuale, dal quale derivi un'invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale la Società garantisce la corresponsione al 2° Contraente di una somma pari al capitale assicurato. L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%.

Il grado di invalidità viene determinato secondo i criteri e le percentuali previste dalla tabella INAIL indicata nell'Allegato A (tabella delle valutazioni del grado d'invalidità permanente per l'industria allegata al T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali approvato con D.P.R. 30/6/65 n° 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla stipula dell'assicurazione) e dovrà essere certificata dalla Commissione Medica di Verifica senza presentare termini di rivedibilità.

#### **Art. 3.2 Esclusioni**

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) Infortuni e malattie causati da dolo dell'Assicurato;
- 2) Atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- 3) Infortuni causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psico-

- farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- 4) Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
  - 5) Infortuni causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni;
  - 6) Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
  - 7) Parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
  - 8) Infortuni causati 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, eccetera);
  - 9) Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
  - 10) Applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
  - 11) Le conseguenze di infortuni avvenuti nei 360 gg. antecedenti la data di decorrenza iniziale e le conseguenze di situazioni patologiche insorte nei 360 gg. antecedenti la data di decorrenza di decorrenza, già note in tale data all'Assicurato;
  - 12) Mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
  - 13) Infortuni causati da:
    - A) paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
    - B) tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
    - C) dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
    - D) dalla guida:
      - ✓ di macchine operatrici;
      - ✓ di natanti a motore per uso non privato;
      - ✓ di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- E) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
  - F) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
  - G) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
  - H) HIV o AIDS;
  - I) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
  - J) da guerra e insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
  - K) calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica e fenomeni connessi.

#### Art. 3.3 Rischio di guerra all'estero

La presente garanzia, a parziale deroga dell'art. 3.2 "Esclusioni" punto 5) vale per l'invalidità totale e permanente conseguenti a infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), o da insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio dell'ostilità, se ed in quanto l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (**esclusi Città del Vaticano e Repubblica di San Marino**) in un paese sino ad allora in pace con esclusione, comunque, di ogni partecipazione attiva a tali eventi.

#### Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi

In caso di sinistro il 2° Contraente o l'Assicurato o chi per esso, deve darne avviso scritto alla Società, attraverso il modulo di cui all'Allegato C, **entro 60 giorni dall'infortunio o da quando ne ha avuto la conoscenza**, a parziale deroga dell'art. 1913 del codice civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del C.C.

Per ottenere la liquidazione dell'indennizzo, devono essere prodotti alla Società, unitamente all'allegato C, i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva sussistenza dell'obbligo di pagamento:

- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento;



- verbale dell'autorità intervenuta sul luogo dell'incidente;
- certificato della commissione medica predisposta per l'accertamento;
- copia del modulo di adesione;
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società;
- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita.

Il certificato della commissione medica non deve presentare termini di rivedibilità.

**L'Assicurato, o chi per esso, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e sciogliere da ogni riserbo i medici curanti.**

**Art. 3.5 Colpa grave, tumulti.**

A deroga dell'articolo 1900 C.C. sono compresi i sinistri cagionati con colpa grave dell'Assicurato. A deroga dell'articolo 1912 C.C. sono compresi i sinistri determinati da tumulti popolari o atti di terrorismo, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.**



HDI Assicurazioni S.p.A.  
Sede Legale e Direzione Generale:  
Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I)  
Tel. +39.06.421.031 - Fax +39.06.4210.3500  
[www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it)

Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v.  
C.F. e P. IVA 04349061004  
Registro delle Imprese di Roma 7122/92  
R.E.A. di Roma n. 757172/92  
Società con unico azionista

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni  
con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) 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

Tabella INAIL

Descrizione	Percentuali		
	destro	-	sinistro
Sordità completa di un orecchio		15	
Sordità completa bilaterale		60	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi		40	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi relativa tabella)			
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30	
Perdita di un rene con integrità di un rene superstite		25	
Perdita della milza senza alterazione della crasi ematica		15	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità			
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50		40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40		30
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo omerale	85		75
b) per amputazione al terzo superiore	80		70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Perdita di tutte le dita della mano	65		55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35		30
Perdita totale del pollice	28		23
Perdita totale dell'indice	15		13
Perdita totale del medio		12	
Perdita totale dell'anulare		8	
Perdita totale del mignolo		12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15		12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7		6
Perdita della falange ungueale del medio		5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11		9
Perdita delle ultime due falangi del medio		8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare		6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo		8	
Anchilosi totale articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°:			
a) in semipronazione	30		25
b) in pronazione	35		30
c) in supinazione	45		40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25		20
Anchilosi totale articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55		50
Anchilosi totale articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
a) in semipronazione	40		35
b) in pronazione	45		40
c) in supinazione	55		50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di	35		30

### Condizioni di assicurazione per tutte le garanzie

pronosupinazione			
Anchilosi completa dell'articolazione radio - carpica in estensione rettilinea	18		15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a) in semipronazione	22		18
b) in pronazione	25		22
c) in supinazione	35		30
Anchilosi completa coxo - femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo - femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso - metatarso		30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16	
Perdita totale del solo alluce		7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove occorra perdita di più dita di ogni altro dito perduto è valutato il		3	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35	
Anchilosi tibio - tarsica ad angolo retto		20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi cinque centimetri		11	

In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attività di lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate al sinistro e quelle del sinistro al destro.

#### Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Visus Perduto	Visus Residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

**Note:**

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata: in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di rifrazione.
4. La perdita di 5/10 di visus di un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di un infortunio agricolo.
5. In caso di afachia monolaterale:
  - con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10.....15%
  - con visus corretto di 7/10.....18%
  - con visus corretto di 6/10.....21%

- con visus corretto di 5/10.....24%
- con visus corretto di 4/10.....28%
- con visus corretto di 3/10.....32%
- con visus corretto inferiore a 3/10..... 35%

6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

MODULO DI DENUNCIA DELLA GARANZIA A

N° Polizza: .....

Filiale N° ..... Indirizzo: .....

Spett.le

HDI Assicurazioni S.p.A.

Ufficio Gestione Portafoglio Vita

Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA

Data.....

ASSICURATO

Cognome e Nome ..... sesso ..... data di nascita

...../...../.....

Comune di nascita ..... Prov.....

Cod.Fisc.....

Comune di residenza ..... Cap. .... Prov.

.....

Indirizzo .....

**DECESSO (documenti da presentare dall' avente causa):**

- copia del modulo di adesione ;
- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento ;
- verbale dell'autorità intervenuta e chiusa inchiesta;
- certificato di nascita o copia del documento di identità dell'Assicurato;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società.

**l'Avente Causa dell'Assicurato**

**Il 2° Contraente**  
(Legale rappresentante)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO GARANZIA B**

N° Polizza: ..... Filiale N° ..... Indirizzo: .....

Spett.le

HDI Assicurazioni S.p.A.

Ufficio Gestione Portafoglio Vita

Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA

Data.....

**ASSICURATO**

Cognome e Nome ..... sesso ..... data di

nascita ...../...../..... ..Comune di nascita .....

Prov..... Cod.Fisc .....

Comune di residenza .....Cap.....

Indirizzo..... Prov. ....

**GARANZIA (documenti da presentare):**

**Invalidità Totale Permanente da Infortunio**

- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento;
- verbale dell'autorità intervenuta sul luogo dell'incidente;
- certificato della commissione medica predisposta per l'accertamento;
- copia del modulo di adesione;
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società;
- copia di un documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita.

**L'Assicurato o l'Avente Causa**

\_\_\_\_\_

**Il 2° Contraente  
(Legale rappresentante)**

\_\_\_\_\_

## GLOSSARIO VITA

Data ultimo aggiornamento del documento 20.08.2013

**Apertura di credito:** contratto col quale la banca (1° Contraente) si obbliga a tenere a disposizione dell'altra parte (2° Contraente) una somma di denaro per un dato periodo di tempo o a tempo indeterminato.

**Assicurato:** il soggetto che riveste primaria importanza nell'azienda (uomo chiave della società mutualitaria o i titolari di ditta individuale), designato dal 2° Contraente, che ha sottoscritto il modulo di adesione.

**Beneficiario:** persona fisica o giuridica che riceve la prestazione prevista dal contratto al verificarsi dell'evento assicurato;

**Carenza:** periodo di tempo successivo alla decorrenza della copertura, durante il quale le garanzie non sono operative.

**1° Contraente:** L'istituto di credito che stipula la Polizza Convenzione per conto del 2° Contraente e degli Assicurati

**2° Contraente:** Il Soggetto (Azienda, Ente o Ditta Individuale), titolare di un contratto di apertura di credito in conto corrente presso il 1° Contraente, che designa l'Assicurato e corrisponde il premio

**Decorrenza:** momento dal quale il contratto di assicurazione diviene valido ed efficace.

**Evento catastrofale:** morte accidentale di almeno quattro assicurati in conseguenza di un solo evento o di una serie di eventi determinati da un unico e stesso avvenimento casuale.

**Ivass:** istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. Il 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP.

**Morte:** il decesso dell'Assicurato accaduto per qualsiasi causa.

**Modulo di adesione:** il documento dal quale derivano tutte le garanzie assicurative che il cliente sottoscrive all'atto della stipula del Contratto.

**Premio:** importo, il cui onere è a carico del 2° Contraente, che il 1° Contraente è tenuto a versare per ottenere le prestazioni previste dal contratto.

**Prestazione:** somma – pagabile in un'unica soluzione (capitale) o in via ricorrente (rendite) – che viene garantita dalla Società al verificarsi dell'evento per il quale è stata chiesta la copertura assicurativa.

**Società :** HDI assicurazioni S.p.A., Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, con la quale il 1° Contraente stipula il contratto di assicurazione.

PAGINA BIANCA



**TUTELA PRIVACY INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30.06.2003 N°196**

**1) FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

1.1) HDI Assicurazioni S.p.A., al fine di fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, deve disporre dei Suoi dati personali - compresi eventualmente anche i dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini - e si impegna a trattarli esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.

1.2) HDI Assicurazioni S.p.A. tratterà i suoi dati, previo suo consenso, per rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della Clientela, per effettuare ricerche di mercato ed indagini statistiche, nonché per svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti della Compagnia.

**2) CONSEGUENZE DEL RIFIUTO AL CONFERIMENTO DEI DATI**

HDI Assicurazioni S.p.A., senza i Suoi dati, di cui al punto 1.1 non potrà fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi.

**3) MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

3.1) Il trattamento dei dati, da parte di HDI Assicurazioni S.p.A. consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione con modalità e procedure informatiche e telematiche; dal trattamento HDI Assicurazioni S.p.A. esclude sempre la diffusione dei dati e limita la comunicazione ai soggetti di cui al successivo punto 3.3.

3.2) I dati sono trattati da tutti i dipendenti/collaboratori di HDI che svolgono compiti di natura tecnica-organizzativa, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle finalità di cui al precedente punto 1.1) ed eventuale 1.2).

3.3) I dati trattati da HDI Assicurazioni S.p.A., potranno essere acquisiti e o comunicati ad altri soggetti esclusivamente:

- a) per le finalità di cui al punto 1.1) (a mero titolo esemplificativo a: coassicuratori, riassicuratori, agenti e loro collaboratori, avvocati, medici, periti, e organismi associativi di settore etc.);
- b) per ottemperare ad obblighi di legge (a mero titolo esemplificativo a: IVASS, CONSAP, COVIP, UIC, MOTORIZZAZIONE, AUTORITA' GIUDIZIARIA, ANIA etc.).

Inoltre i dati trattati da HDI Assicurazioni S.p.A. potranno essere comunicati ad altri intermediari finanziari appartenenti al medesimo Gruppo ove le operazioni poste in essere dall'interessato siano ritenute sospette ai sensi dell'art. 41 comma 1 del D.Lgs 231/07

**4) DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'art.7 del D. L.gvo 196/'03 Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra i quali quello di ottenere, in ogni momento, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei Suoi dati e, in caso di violazione di legge, il blocco e la cancellazione degli stessi.

**5) TITOLARE E RESPONSABILE/I DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

5.1) Titolare del trattamento è HDI Assicurazioni S.p.A. con sede e Direzione Generale nella Repubblica Italiana - 00187 Roma - Via Abruzzi n. 10 telefono +39 06 421 031, telefax +39 06 4210 3500.

5.2) Il titolare ha designato più Responsabili, tra i quali l'ufficio Supporto Legale ai Rami sito nella Repubblica Italiana - 00187 Roma - Via Abruzzi n. 10; presso il medesimo ufficio è consultabile l'elenco aggiornato dei Responsabili .

5.3) L'ufficio Supporto Legale ai Rami è stato altresì designato quale Responsabile per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D.L.gvo 196/'03.

# PAGINA BIANCA



HDI Assicurazioni S.p.A.  
Sede Legale e Direzione Generale:  
Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I)  
Telefono +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500  
[www.hdia.it](http://www.hdia.it)

Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v.  
C.F. e P. IVA 04349061004  
Registro Imprese di Roma 7122/92  
R.E.A. di Roma 757172/92  
Società con unico azionista

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni  
con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) 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



## MODULO DI ADESIONE

### ASSICURAZIONE ABBINATA ALLE APERTURE DI CREDITO IN CONTO CORRENTE BUSINESS

Data ultimo aggiornamento del documento 26.05.2014

POLIZZA COLLETTIVA N° \_\_\_\_\_

Preso atto che \_\_\_\_\_, **1° Contraente**, ha stipulato con HDI Assicurazioni S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire Aziende, Enti o Dittie individuali, definiti per brevità **2° Contraente**, richiedenti un contratto di apertura di credito presso il predetto Istituto di Credito, e che la polizza di assicurazione a premio unico offre le seguenti garanzie:

**PACCHETTO VITA**

**A) Temporanea per il caso di morte.** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato.

**PACCHETTO MULTIRISCHIO.** Le seguenti garanzie formano un pacchetto unico.

**A) Temporanea per il caso di morte.** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato.

**B) Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio.** Ove l'Assicurato subisca un infortunio durante il periodo contrattuale, da cui derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari al capitale assicurato.

Il **2° Contraente** : Ragione Sociale \_\_\_\_\_ con sede in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
titolare del conto corrente n. \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_

DICHIARA di ADERIRE a:  **Pacchetto vita**  **Pacchetto multirischio**

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI**

**CAPITALE ASSICURATO € \_\_\_\_\_** L'importo del capitale assicurato non può essere superiore a euro 80.000,00. Qualora l'ammontare dell'apertura di credito sia superiore al predetto limite il capitale assicurato è pari a 80.000,00 euro.

**PREMIO UNICO ALL'ADESIONE\* (rateo fino al \_\_\_\_\_) € \_\_\_\_\_** di cui: IMPOSTE € \_\_\_\_\_ ; **PREMIO UNICO SUCCESSIVO\* € \_\_\_\_\_** di cui:

**IMPOSTE € \_\_\_\_\_** **COSTI A CARICO DEL 2° CONTRAENTE € \_\_\_\_\_** **COSTI DI INTERMEDIAZIONE € \_\_\_\_\_**

**COSTI PER RIMBORSO PREMIO € 15,00** **DECORRENZA \_\_\_\_\_** **SCADENZA \_\_\_\_\_** **Successivamente le garanzie si rinnovano di anno in anno con tacito rinnovo.**

Il pagamento della prestazione relativa alla garanzia A ed il pagamento dell'indennizzo relativo alla garanzia B vengono effettuati in favore del 2° Contraente.

\*Il premio è indipendente dal sesso.

DICHIARA di voler assicurare il seguente numero di uomini chiave  1  2  3  4. Nel caso di più assicurati il premio e le prestazioni delle singole garanzie per ogni assicurato saranno determinati in proporzione al numero degli uomini chiave assicurati.

Designa quale Assicurando il Sig./la Signora: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Abitante in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_/piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Documento (tipo/num) \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. FICCB\_052014: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione dell' apertura di credito le coperture richieste non saranno attivate;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- che l'Assicurato ha un'età non superiore ai 64 anni non compiuti;
- di autorizzare all'uso il 1° Contraente a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;

**Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del 2° Contraente \_\_\_\_\_**

L'Assicurando dichiara:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. FICCB\_052014: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. c., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla sua vita;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni.

**Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_**

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** I Sottoscritti Assicurando e 2° Contraente, in qualità di interessati, dichiarano di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N.196/03. Pertanto, apponendo la firma di seguito, si esprime il consenso per il trattamento dei dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi della nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualità di danneggiato. Il consenso espresso di seguito si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

**Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del 2° Contraente \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_**

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Qualora l'Assicurato non possa sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere trasmesso il Questionario Anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e, ove richiesto, fornire ulteriore documentazione sanitaria. Avvertenze Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del Questionario lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a spese del 2° Contraente, per certificare l'effettivo stato di salute.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- 1) di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, di non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di malattia o infortunio;
- 2) di non aver sofferto negli ultimi 5 anni di alcuna delle seguenti malattie: trapianto di organi, blocco renale, cancro, infarto, cirrosi epatica, colpo apoplettico, ictus;
- 3) di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per le suddette malattie, di non prevedere che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro e di non essere risultato positivo al test HIV.

**Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_**

**Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del 2° Contraente \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_**

**CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE**

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni di assicurazione di cui al fascicolo Informativo:

Art. 1.3 - Dichiarazioni dell'assicurato; Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie; Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario delle prestazioni per la garanzia A e pagamento degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso del 2° Contraente; Art. 2.1 Prestazione assicurata; Art. 2.2 Rischio di morte; Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni Art.3.1 indennizzo;3.2 Esclusioni; Art. 3.3 Rischio di guerra all'estero; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi.

**Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del 2° Contraente \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_**

Timbro della filiale \_\_\_\_\_

PAGINA BIANCA



## MODULO DI ADESIONE

### ASSICURAZIONE ABBINATA ALLE APERTURE DI CREDITO IN CONTO CORRENTE BUSINESS

Data ultimo aggiornamento del documento 26.05.2014

POLIZZA COLLETTIVA N° \_\_\_\_\_

Preso atto che \_\_\_\_\_, **1° Contraente**, ha stipulato con HDI Assicurazioni S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire Aziende, Enti o Dittie individuali, definiti per brevità **2° Contraente**, richiedenti un contratto di apertura di credito presso il predetto Istituto di Credito, e che la polizza di assicurazione a premio unico offre le seguenti garanzie:

**PACCHETTO VITA**

**A) Temporanea per il caso di morte.** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato.

**PACCHETTO MULTIRISCHIO.** Le seguenti garanzie formano un pacchetto unico.

**A) Temporanea per il caso di morte.** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato.

**B) Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio.** Ove l'Assicurato subisca un infortunio durante il periodo contrattuale, da cui derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari al capitale assicurato.

Il **2° Contraente** : Ragione Sociale \_\_\_\_\_ con sede in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
titolare del conto corrente n. \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_

DICHIARA di ADERIRE a:  **Pacchetto vita**  **Pacchetto multirischio**

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI**

**CAPITALE ASSICURATO € \_\_\_\_\_** L'importo del capitale assicurato non può essere superiore a euro 80.000,00. Qualora l'ammontare dell'apertura di credito sia superiore al predetto limite il capitale assicurato è pari a 80.000,00 euro.

**PREMIO UNICO ALL'ADESIONE\* (rateo fino al \_\_\_\_\_) € \_\_\_\_\_** di cui: IMPOSTE € \_\_\_\_\_ ; **PREMIO UNICO SUCCESSIVO\* € \_\_\_\_\_** di cui:

**IMPOSTE € \_\_\_\_\_** **COSTI A CARICO DEL 2° CONTRAENTE € \_\_\_\_\_** **COSTI DI INTERMEDIAZIONE € \_\_\_\_\_**

**COSTI PER RIMBORSO PREMIO € 15,00** **DECORRENZA \_\_\_\_\_** **SCADENZA \_\_\_\_\_** **Successivamente le garanzie si rinnovano di anno in anno con tacito rinnovo.**

Il pagamento della prestazione relativa alla garanzia A ed il pagamento dell'indennizzo relativo alla garanzia B vengono effettuati in favore del 2° Contraente.

\*Il premio è indipendente dal sesso.

DICHIARA di voler assicurare il seguente numero di uomini chiave  1  2  3  4. Nel caso di più assicurati il premio e le prestazioni delle singole garanzie per ogni assicurato saranno determinati in proporzione al numero degli uomini chiave assicurati.

Designa quale Assicurando il Sig./la Signora: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Abitante in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_/piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Documento (tipo/num) \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. FICCB\_052014: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione dell' apertura di credito le coperture richieste non saranno attivate;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- che l'Assicurato ha un'età non superiore ai 64 anni non compiuti;
- di autorizzare all'uso il 1° Contraente a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;

**Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del 2° Contraente \_\_\_\_\_**

L'Assicurando dichiara:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. FICCB\_052014: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. c., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla sua vita;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni.

**Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_**

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** I Sottoscritti Assicurando e 2° Contraente, in qualità di interessati, dichiarano di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N.196/03. Pertanto, apponendo la firma di seguito, si esprime il consenso per il trattamento dei dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi della nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualità di danneggiato. Il consenso espresso di seguito si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

**Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del 2° Contraente \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_**

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Qualora l'Assicurato non possa sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere trasmesso il Questionario Anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e, ove richiesto, fornire ulteriore documentazione sanitaria. **Avvertenze** Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del Questionario lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a spese del 2° Contraente, per certificare l'effettivo stato di salute.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- 1) di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, di non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di malattia o infortunio;
- 2) di non aver sofferto negli ultimi 5 anni di alcuna delle seguenti malattie: trapianto di organi, blocco renale, cancro, infarto, cirrosi epatica, colpo apoplettico, ictus;
- 3) di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per le suddette malattie, di non prevedere che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro e di non essere risultato positivo al test HIV.

**Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_**

**Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del 2° Contraente \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_**

**CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE**

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni di assicurazione di cui al fascicolo Informativo:

Art. 1.3 - Dichiarazioni dell'assicurato; Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie; Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario delle prestazioni per la garanzia A e pagamento degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso del 2° Contraente; Art. 2.1 Prestazione assicurata; Art. 2.2 Rischio di morte; Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni Art.3.1 indennizzo;3.2 Esclusioni; Art. 3.3 Rischio di guerra all'estero; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi.

**Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del 2° Contraente \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_**

Timbro della filiale \_\_\_\_\_

PAGINA BIANCA



## MODULO DI ADESIONE

### ASSICURAZIONE ABBINATA ALLE APERTURE DI CREDITO IN CONTO CORRENTE BUSINESS

Data ultimo aggiornamento del documento 26.05.2014

POLIZZA COLLETTIVA N° \_\_\_\_\_

Preso atto che \_\_\_\_\_, **1° Contraente**, ha stipulato con HDI Assicurazioni S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire Aziende, Enti o Dittie individuali, definiti per brevità **2° Contraente**, richiedenti un contratto di apertura di credito presso il predetto Istituto di Credito, e che la polizza di assicurazione a premio unico offre le seguenti garanzie:

**PACCHETTO VITA**

**A) Temporanea per il caso di morte.** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato.

**PACCHETTO MULTIRISCHIO.** Le seguenti garanzie formano un pacchetto unico.

**A) Temporanea per il caso di morte.** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato.

**B) Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio.** Ove l'Assicurato subisca un infortunio durante il periodo contrattuale, da cui derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari al capitale assicurato.

Il **2° Contraente** : Ragione Sociale \_\_\_\_\_ con sede in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
titolare del conto corrente n. \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_

DICHIARA di ADERIRE a:  **Pacchetto vita**  **Pacchetto multirischio**

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI**

**CAPITALE ASSICURATO** € \_\_\_\_\_ **L'importo del capitale assicurato non può essere superiore a euro 80.000,00. Qualora l'ammontare dell'apertura di credito sia superiore al predetto limite il capitale assicurato è pari a 80.000,00 euro.**

**PREMIO UNICO ALL'ADESIONE\*** (rateo fino al \_\_\_\_\_) € \_\_\_\_\_ di cui: **IMPOSTE** € \_\_\_\_\_ ; **PREMIO UNICO SUCCESSIVO\*** € \_\_\_\_\_ di cui:

**IMPOSTE** € \_\_\_\_\_ **COSTI A CARICO DEL 2° CONTRAENTE** € \_\_\_\_\_ **COSTI DI INTERMEDIAZIONE** € \_\_\_\_\_

**COSTI PER RIMBORSO PREMIO** € 15,00 **DECORRENZA** \_\_\_\_\_ **SCADENZA** \_\_\_\_\_ **Le garanzie si rinnovano di anno in anno con tacito rinnovo.**

Il pagamento della prestazione relativa alla garanzia A ed il pagamento dell'indennizzo relativo alla garanzia B vengono effettuati a favore del **2° Contraente**.

\*Il premio è indipendente dal sesso.

DICHIARA di voler assicurare il seguente numero di uomini chiave     . Nel caso di più assicurati il premio e le prestazioni delle singole garanzie per ogni assicurato saranno determinati in proporzione al numero degli uomini chiave assicurati.

Designa quale Assicurando il Sig./la \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ /piazza \_\_\_\_\_  
Abitazione \_\_\_\_\_  
Codice di residenza \_\_\_\_\_

Documento (tipo/num) \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. FICCB\_052014: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione dell'apertura di credito le coperture richieste non saranno attivate;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- che l'Assicurato ha un'età non superiore a \_\_\_\_\_ anni non compiuti;
- di autorizzare all'uso del 1° Contraente a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_

L'Assicurando dichiara:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. FICCB\_052014: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. c., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla sua vita;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** I Sottoscritti Assicurando e 2° Contraente, in qualità di interessati, dichiarano di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N.196/03. Pertanto, apponendo la firma di seguito, si esprime il consenso per il trattamento dei dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi della nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualità di danneggiato. Il consenso espresso di seguito si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Qualora l'Assicurato non possa sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere trasmesso il Questionario Anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e, ove richiesto, fornire ulteriore documentazione sanitaria. **Avvertenze** Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del Questionario lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a spese del 2° Contraente, per certificare l'effettivo stato di salute.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- 1) di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, di non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di malattia o infortunio;
- 2) di non aver sofferto negli ultimi 5 anni di alcuna delle seguenti malattie: trapianto di organi, blocco renale, cancro, infarto, cirrosi epatica, colpo apoplettico, ictus;
- 3) di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per le suddette malattie, di non prevedere che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro e di non essere risultato positivo al test HIV.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE**

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni di assicurazione di cui al fascicolo Informativo:

Art. 1.3 - Dichiarazioni dell'assicurato; Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie; Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario delle prestazioni per la garanzia A e pagamento degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso del 2° Contraente; Art. 2.1 Prestazione assicurata; Art. 2.2 Rischio di morte; Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni Art.3.1 indennizzo;3.2 Esclusioni; Art. 3.3 Rischio di guerra all'estero; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

Timbro della filiale \_\_\_\_\_

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE





## MODULO DI ADESIONE

### ASSICURAZIONE ABBINATA ALLE APERTURE DI CREDITO IN CONTO CORRENTE BUSINESS

Data ultimo aggiornamento del documento 26.05.2014

POLIZZA COLLETTIVA N° \_\_\_\_\_

Preso atto che \_\_\_\_\_, **1° Contraente**, ha stipulato con HDI Assicurazioni S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire Aziende, Enti o Dittie individuali, definiti per brevità **2° Contraente**, richiedenti un contratto di apertura di credito presso il predetto Istituto di Credito, e che la polizza di assicurazione a premio unico offre le seguenti garanzie:

**PACCHETTO VITA**

**A) Temporanea per il caso di morte.** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato.

**PACCHETTO MULTIRISCHIO.** Le seguenti garanzie formano un pacchetto unico.

**A) Temporanea per il caso di morte.** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato.

**B) Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio.** Ove l'Assicurato subisca un infortunio durante il periodo contrattuale, da cui derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari al capitale assicurato.

Il **2° Contraente** : Ragione Sociale \_\_\_\_\_ con sede in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ titolare del conto corrente n. \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_

DICHIARA di ADERIRE a:  **Pacchetto vita**  **Pacchetto multirischio**

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI**

**CAPITALE ASSICURATO** € \_\_\_\_\_ **L'importo del capitale assicurato non può essere superiore a euro 80.000,00. Qualora l'ammontare dell'apertura di credito sia superiore al predetto limite il capitale assicurato è pari a 80.000,00 euro.**

**PREMIO UNICO ALL'ADESIONE\*** (rateo fino al \_\_\_\_\_) € \_\_\_\_\_ di cui: **IMPOSTE** € \_\_\_\_\_ ; **PREMIO UNICO SUCCESSIVO\*** € \_\_\_\_\_ di cui:

**IMPOSTE** € \_\_\_\_\_ **COSTI A CARICO DEL 2° CONTRAENTE** € \_\_\_\_\_ **COSTI DI INTERMEDIAZIONE** € \_\_\_\_\_

**COSTI PER RIMBORSO PREMIO** € 15,00 **DECORRENZA** \_\_\_\_\_ **SCADENZA** \_\_\_\_\_ **Le garanzie si rinnovano di anno in anno con tacito rinnovo.**

Il pagamento della prestazione relativa alla garanzia A ed il pagamento dell'indennizzo relativo alla garanzia B vengono effettuati a favore del 2° Contraente.

\*Il premio è indipendente dal sesso.

DICHIARA di voler assicurare il seguente numero di uomini chiave  1  2  3  4. Nel caso di più assicurati il premio e le prestazioni delle singole garanzie per ogni assicurato saranno determinati in proporzione al numero degli uomini chiave assicurati.

Designa quale Assicurando il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ /piazza \_\_\_\_\_

Documento (tipo/num) \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. FICCB\_052014: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione dell'apertura di credito le coperture richieste non saranno attivate;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- che l'Assicurato ha un'età non superiore a \_\_\_\_\_ anni non compiuti;
- di autorizzare all'uso il 1° Contraente a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_

L'Assicurando dichiara:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. FICCB\_052014: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. c., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla sua vita;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** I Sottoscritti Assicurando e 2° Contraente, in qualità di interessati, dichiarano di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N.196/03. Pertanto, apponendo la firma di seguito, si esprime il consenso per il trattamento dei dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi della nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualità di danneggiato. Il consenso espresso di seguito si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Qualora l'Assicurato non possa sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere trasmesso il Questionario Anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e, ove richiesto, fornire ulteriore documentazione sanitaria. **Avvertenze** Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del Questionario lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a spese del 2° Contraente, per certificare l'effettivo stato di salute.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- 1) di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, di non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di malattia o infortunio;
- 2) di non aver sofferto negli ultimi 5 anni di alcuna delle seguenti malattie: trapianto di organi, blocco renale, cancro, infarto, cirrosi epatica, colpo apoplettico, ictus;
- 3) di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per le suddette malattie, di non prevedere che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro e di non essere risultato positivo al test HIV.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE**

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni di assicurazione di cui al fascicolo Informativo:

Art. 1.3 - Dichiarazioni dell'assicurato; Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie; Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario delle prestazioni per la garanzia A e pagamento degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso del 2° Contraente; Art. 2.1 Prestazione assicurata; Art. 2.2 Rischio di morte; Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni Art.3.1 indennizzo;3.2 Esclusioni; Art. 3.3 Rischio di guerra all'estero; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

Timbro della filiale \_\_\_\_\_

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE



### MODULO DI ADESIONE

#### ASSICURAZIONE ABBINATA ALLE APERTURE DI CREDITO IN CONTO CORRENTE BUSINESS

Data ultimo aggiornamento del documento 26.05.2014

POLIZZA COLLETTIVA N° \_\_\_\_\_

Preso atto che \_\_\_\_\_, **1° Contraente**, ha stipulato con HDI Assicurazioni S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire Aziende, Enti o Dittie individuali, definiti per brevità **2° Contraente**, richiedenti un contratto di apertura di credito presso il predetto Istituto di Credito, e che la polizza di assicurazione a premio unico offre le seguenti garanzie:

**PACCHETTO VITA**

**A) Temporanea per il caso di morte.** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato.

**PACCHETTO MULTIRISCHIO.** Le seguenti garanzie formano un pacchetto unico.

**A) Temporanea per il caso di morte.** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato.

**B) Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio.** Ove l'Assicurato subisca un infortunio durante il periodo contrattuale, da cui derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari al capitale assicurato.

Il **2° Contraente** : Ragione Sociale \_\_\_\_\_ con sede in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ titolare del conto corrente n. \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_

DICHIARA di ADERIRE a:  **Pacchetto vita**  **Pacchetto multirischio**

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI**

**CAPITALE ASSICURATO** € \_\_\_\_\_ **L'importo del capitale assicurato non può essere superiore a euro 80.000,00. Qualora l'ammontare dell'apertura di credito sia superiore al predetto limite il capitale assicurato è pari a 80.000,00 euro.**

**PREMIO UNICO ALL'ADESIONE\*** (rateo fino al \_\_\_\_\_) € \_\_\_\_\_ di cui: **IMPOSTE** € \_\_\_\_\_ ; **PREMIO UNICO SUCCESSIVO\*** € \_\_\_\_\_ di cui:

**IMPOSTE** € \_\_\_\_\_ **COSTI A CARICO DEL 2° CONTRAENTE** € \_\_\_\_\_ **COSTI DI INTERMEDIAZIONE** € \_\_\_\_\_

**COSTI PER RIMBORSO PREMIO** € 15,00 **DECORRENZA** \_\_\_\_\_ **SCADENZA** \_\_\_\_\_ **Le garanzie si rinnovano di anno in anno con tacito rinnovo.**

Il pagamento della prestazione relativa alla garanzia A ed il pagamento dell'indennizzo relativo alla garanzia B vengono effettuati a favore del **2° Contraente**.

\*Il premio è indipendente dal sesso.

DICHIARA di voler assicurare il seguente numero di uomini chiave     . Nel caso di più assicurati il premio e le prestazioni delle singole garanzie per ogni assicurato saranno determinati in proporzione al numero degli uomini chiave assicurati.

Designa quale Assicurando il Sig./la \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ /piazza \_\_\_\_\_  
 Abitazione \_\_\_\_\_  
 Codice postale \_\_\_\_\_

Documento (tipo/num) \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. FICCB\_052014: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione dell'apertura di credito le coperture richieste non saranno attivate;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- che l'Assicurato ha un'età non superiore a \_\_\_\_\_ anni non compiuti;
- di autorizzare all'uso il 1° Contraente a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_

L'Assicurando dichiara:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. FICCB\_052014: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. c., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla sua vita;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** I Sottoscritti Assicurando e 2° Contraente, in qualità di interessati, dichiarano di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N.196/03. Pertanto, apponendo la firma di seguito, si esprime il consenso per il trattamento dei dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi della nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualità di danneggiato. Il consenso espresso di seguito si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Qualora l'Assicurato non possa sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere trasmesso il Questionario Anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e, ove richiesto, fornire ulteriore documentazione sanitaria. **Avvertenze** Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del Questionario lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a spese del 2° Contraente, per certificare l'effettivo stato di salute.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- 1) di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, di non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di malattia o infortunio;
- 2) di non aver sofferto negli ultimi 5 anni di alcuna delle seguenti malattie: trapianto di organi, blocco renale, cancro, infarto, cirrosi epatica, colpo apoplettico, ictus;
- 3) di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per le suddette malattie, di non prevedere che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro e di non essere risultato positivo al test HIV.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE**

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni di assicurazione di cui al fascicolo Informativo:

Art. 1.3 - Dichiarazioni dell'assicurato; Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie; Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario delle prestazioni per la garanzia A e pagamento degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso del 2° Contraente; Art. 2.1 Prestazione assicurata; Art. 2.2 Rischio di morte; Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni Art.3.1 indennizzo;3.2 Esclusioni; Art. 3.3 Rischio di guerra all'estero; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

Timbro della filiale \_\_\_\_\_

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE