



ASSICURAZIONI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A PREMIO UNICO ABBINATO A MUTUI IN ESSERE

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 Contraente e 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

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

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 delle Società (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.hdia.it - indirizzo e-mail: hdi.assicurazioni@hdia.it.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Dati HDI Assicurazioni S.p.A. : 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

La durata delle garanzie dipende dalla durata scelta dall'Assicurato (di seguito definita DPA) per il piano di ammortamento calcolato dalla Società e indicata nel

modulo di adesione .

Tale durata non può, comunque, superare:

- la durata del mutuo contratto dall'Assicurato verso il Contraente;
- 360 mesi.

Per il pacchetto Vita: la garanzia A ha durata pari a DPA.

Per il pacchetto multirischio:

- la garanzia A ha durata pari a DPA;
- la garanzia B ha durata pari ai primi 120 mesi dalla data di decorrenza indicata nel modulo di adesione;
- le garanzie C e D hanno durata pari ai primi 60 mesi dalla data di decorrenza indicata nel modulo di adesione.

La durata minima delle garanzie è pari a 12 mesi.

L'Assicurato deve avere una età all'ingresso compresa tra 18 e 65 anni non compiuti. L'età massima a scadenza non deve superare il limite massimo di 75 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 le seguenti garanzie danni :

Garanzia B) assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio (**per tutti gli aderenti**);

Garanzia C) assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia (**riservata a lavoratori autonomi e dipendenti pubblici**);

Garanzia D) assicurazione di grave malattia (**riservata a non lavoratori**);

* C.F. e P.IVA 04349061004

Garanzia E) assicurazione di disoccupazione (**riservata ai soli lavoratori dipendenti privati**).

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 un gruppo di persone con caratteristiche omogenee. Tale gruppo è formato da tutti i clienti del Contraente con i quali lo stesso ha già stipulato un contratto di mutuo a prescindere dal piano di ammortamento utilizzato. L'Assicurato è la persona che accende il mutuo, mentre la Banca erogante è il Contraente.

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

E' necessario che l'Assicurato presti particolare attenzione nel leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel modulo di adesione relative alla compilazione della dichiarazione di buono stato di salute.

4. Premi

L'importo del premio dipende dalla durata, dal capitale assicurato, dall'età dell'Assicurato e non è differenziato in base al fattore sesso.

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

Il costo a carico dell'Assicurato è pari al 45% 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*
88,9%	€ 507,72

* Tale importo è calcolato sul premio medio.

Nei casi di restituzione del premio le spese per il rimborso sono a carico dell'Assicurato e Società trattiene il relativo importo, pari (complessivamente per le garanzie vita e danni) a 50 euro, dall'importo rimborsato.

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 dell'Assicurato.

Avvertenza: In caso di anticipata estinzione la Società restituisce, anche in nome per conto del 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 dell'Assicurato, purché contestuale alla richiesta di estinzione anticipata del mutuo, 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 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.8.1Regime 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.8.2Regime 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. 1.5 delle Condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto 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. Diritto di Recesso

L'Assicurato può recedere entro 30 giorni dal momento del pagamento del premio dandone comunicazione a Società, nonché al 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 Contraente presso la quale è stata sottoscritto il Modulo di adesione e che ha erogato il mutuo

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 Società provvede a rimborsare all'Assicurato, anche in nome e per conto del 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 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 Contraente deve 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 sinistri relativi alla garanzia A 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

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.

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.htm>.

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

18. Informativa in corso di contratto

Non prevista.

19. Comunicazioni del Contraente alla Società

L'Assicurato non deve dare comunicazione alla Società in caso di cambiamento di attività o di stato professionale. Solo in caso di sinistro verrà verificato, alla data dell'evento, a quale categoria professionale l'Assicurato appartenga per verificare il diritto ad ottenere l'indennizzo.

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. Le credenziali per l' accesso saranno rilasciate dalla Società previa richiesta dell'Assicurato e/o del Contraente all'Intermediario assicurativo.

* * *

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

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



NOTA INFORMATIVA GARANZIE DANNI

Data ultimo aggiornamento del documento 25.05.2014

La seguente Nota Informativa regola le garanzie B, C, D ed E relative alla polizza collettiva n. _____

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 delle Società (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.hdia.it – indirizzo e-mail: hdi.assicurazioni@hdia.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 129,9%. Tale indice è dato dal rapporto tra il margine di solvibilità disponibile ed il margine richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto è stipulato senza tacito rinnovo.

Avvertenza : il contratto pertanto cessa alla scadenza senza obbligo di disdetta.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

L'Assicurato sceglie nel modulo di adesione se aderire al pacchetto vita, scegliendo la **sola garanzia A), oppure al pacchetto multi rischio che**, oltre all'assicurazione in caso di morte (**Garanzia A)**, prevede le seguenti quattro garanzie:

Garanzia B): assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio (**per tutti gli**

aderenti), per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 3.1 delle condizioni di assicurazione.

Garanzia C): assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia (**riservata a lavoratori autonomi e dipendenti pubblici**), per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 4.1 delle condizioni di assicurazione.

Garanzia D): assicurazione di grave malattia (**riservata a non lavoratori**), per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 5.1 delle condizioni di assicurazione;

Garanzia E): assicurazione di disoccupazione (**riservata ai soli lavoratori dipendenti privati**), per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 6.1 delle condizioni di assicurazione.

La presente polizza è un'assicurazione collettiva rivolta esclusivamente a un gruppo di persone con caratteristiche omogenee. Tale gruppo è formato da tutti i clienti del Contraente con i quali lo stesso ha già stipulato un contratto di mutuo a prescindere dal piano di ammortamento utilizzato.

L'Assicurato è la persona che accende il mutuo, mentre la Banca erogante il mutuo è il Contraente .

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 articoli 3.1, 3.2 e 3.3 per la garanzia B;
- o articoli 4.1, 4.2, 4.4, 4.5 e 4.7 per la garanzia C;
- o articoli 5.1, 5.3 per la garanzia D;
- o articoli 6.1, 6.3 per la garanzia E.

Avvertenza : sono previsti massimali e franchigie temporali. Si rinvia rispettivamente agli artt.1.7, 4.1, 6.1 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, relativo alla garanzia E ;
- un caso in cui si applica la franchigia temporale relativo alla garanzia C.

Esempio per massimale pari ad euro 1.000,00: nei casi in cui all'Assicurato spetta l'indennizzo per disoccupazione, qualora la rata mensile, ottenuta dal piano di ammortamento calcolato dalla Società, sia pari a

* C.F. e P.IVA 04349061004

duemila (2.000,00/00) euro, l'indennizzo rimborsato sarà pari ad euro mille (1.000,00/00).

Esempio per franchigia temporale pari 60 giorni: qualora l'Assicurato sia colpito da inabilità temporanea totale - così come specificata nelle condizioni di assicurazione - per un periodo inferiore a 60 giorni, la Società non è tenuta al pagamento di alcun indennizzo.

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.

4. Periodi di carenza

Avvertenza: è previsto un periodo di carenza per le garanzie C, D ed E. Si rinvia rispettivamente agli artt. 4.3, 4.6. 5.2, 6.2 e 6.4 delle condizioni di assicurazione per i relativi aspetti di dettaglio.

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

Avvertenza: in caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze 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.

6. Aggravamento, diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'Assicurato non deve dare comunicazione alla Società in caso di cambiamento di attività o di stato professionale. Solo in caso di sinistro verrà verificato, alla data dell'evento, a quale categoria professionale l'Assicurato appartenga per verificare il diritto ad ottenere l'indennizzo.

7. Premi

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 dell'Assicurato, è dovuto alla Società dal Contraente. Il versamento del premio deve avvenire tramite bonifico bancario.

Avvertenza : non sono previsti sconti.

Il costo a carico dell'Assicurato è pari al 45% 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*
88,9%	€ 819,77

* Tale importo è calcolato sul premio medio .

Nei casi di restituzione del premio le spese per il rimborso sono a carico dell'Assicurato e la Società trattiene il relativo importo, pari (complessivamente per le garanzie vita e danni) a 50 euro, dall'importo rimborsato.

Avvertenza: In caso di anticipata estinzione o di trasferimento del mutuo la Società restituisce all'Assicurato, anche in nome e per conto del 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 dell'Assicurato, purché contestuale alla richiesta di estinzione anticipata del mutuo, 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.

8. Rivalse

Avvertenza: non è previsto il diritto di rivalsa.

9. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

Non previsto.

10. Diritto di Recesso

Avvertenza: L'Assicurato 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. *Inoltre, l'Assicurato, qualora il contratto abbia durata superiore ai cinque anni, trascorso il quinquennio, può recedere dalle garanzie danni, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni. In tal caso il recesso ha effetto dall'anno successivo a quello della richiesta e il contratto proseguirà la sua efficacia per la sola garanzia A.*

11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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.

12. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana ai sensi 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.

13. Misure e modalità di eventuali sconti

Non previsti.

14. Regime fiscale

14.1 Regime fiscale dei premi

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

Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente superiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, i premi danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato dal Contraente a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

Se solo una componente del premio di assicurazione è destinata alla copertura dei suddetti rischi, il diritto alla detrazione spetta con riferimento a tale componente, che viene appositamente indicata dalla Società.

14.2 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.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

15. 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:

1. accade l'infortunio per la garanzia B);
2. accade l'infortunio o viene diagnosticata la malattia per la garanzia C);
3. viene diagnosticata la malattia per la garanzia D);
4. ha inizio la disoccupazione per la garanzia E).

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 dell'Assicurato. La Società si riserva di accertare la malattia entro un termine massimo di 60 giorni.

Si rinvia agli artt. 2.4, 3.4, 4.5, 5.4 e 6.5 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle procedure liquidative.

* * *

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

16. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri relativi alla garanzia A 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

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 degli indennizzi si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

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.htm>.

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

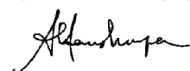
17. Arbitrato

Non previsto.

18. 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. Le credenziali per l' accesso saranno rilasciate dalla Società previa richiesta dell'Assicurato e/o del Contraente all'Intermediario assicurativo.

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



GLOSSARIO DANNI

Capitale assicurato : il capitale assicurato è determinato applicando al capitale assicurato iniziale un piano di ammortamento francese con durata pari a quella scelta dall'Assicurato ed un tasso annuo composto posticipato del 7%.

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

Contraente: il soggetto che stipula la Polizza Collettiva per conto degli Assicurati.

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

Disoccupazione: la condizione dell'Assicurato che in seguito alla perdita dello stato di lavoratore dipendente, sia immediatamente disponibile allo svolgimento e alla ricerca di un'attività lavorativa, secondo modalità definite con i servizi competenti. Ne deriva che lo 'stato di Disoccupato' può essere riconosciuto esclusivamente alle persone che si presentano al centro per l'impiego nel cui territorio sono residenti e/o domiciliate e rilasciano la dichiarazione attestante l'immediata disponibilità al lavoro.

Franchigia assoluta: periodo di tempo per il quale all'Assicurato non è riconosciuta alcuna prestazione.

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. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa; gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinate da sforzi, **con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini**; le ernie addominali, **con esclusione di ogni altro tipo di ernia**, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Inabilità temporanea totale: la perdita temporanea a seguito di infortunio o malattia, in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere ad un'attività lavorativa generica.

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.

Lavoratore autonomo: Chiunque ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) presenti una dichiarazione che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata) e che compunti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (reddito da impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone. Ai fini della presente polizza collettiva sono parificati ai lavoratori autonomi, quanti hanno un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato ed i dirigenti.

Lavoratore Dipendente Pubblico: la persona fisica titolare di un rapporto di lavoro di pubblico impiego.

Lavoratore Dipendente Privato: la persona fisica che si sia obbligata a prestare il proprio lavoro presso aziende o enti di diritto privato con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano e con un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali

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

Malattia grave: i casi di tumore, chirurgia cardiovascolare, infarto miocardico, ictus cerebrale, insufficienza renale, trapianto d'organo, come da specifiche definizioni integrate nella sezione Malattia Grave.

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

Non Lavoratore: la persona fisica che, al momento della sottoscrizione della presente polizza, non sia qualificabile come Lavoratore autonomo o come Lavoratore dipendente, oppure percepisca un

reddito dagli Organi di Previdenza Sociale (Pensione).

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.

Servizi Competenti : i centri per l'impiego di cui all'articolo 4, comma 1, lettera e) del decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469, e gli altri organismi autorizzati o accreditati a svolgere le previste funzioni, in conformità delle norme regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

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

Società : HDI Assicurazioni S.p.A., con sede in Roma, Via Abruzzi n.10

PAGINA BIANCA

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

La presente polizza n. _____ è un'assicurazione collettiva rivolta esclusivamente a un gruppo di persone con caratteristiche omogenee. Tale gruppo è formato da tutti i clienti dell'Istituto di Credito che hanno già stipulato un contratto di mutuo a prescindere dal piano di ammortamento utilizzato.

L'Assicurato è la persona che accende il mutuo, mentre la Banca erogante è il Contraente.

Art. 1.2. Garanzie

Le garanzie oggetto della presente Polizza Collettiva sono le seguenti.

Temporanea per il caso di morte a premio unico del debito residuo: In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del capitale assicurato, al momento dell'evento, al netto di eventuali indennizzi corrisposti per la garanzia grave malattia.

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 al momento dell'evento.

Assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia (riservata a lavoratori autonomi, lavoratori dipendenti pubblici): Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai quali derivi una inabilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere ad un'attività lavorativa generica, per il periodo di inabilità e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali relativi a tale garanzia, la corresponsione di una somma mensile pari alle singole rate ottenute dal piano di

ammortamento calcolato dalla Società e successive alla data dell'evento.

Assicurazione di grave malattia (riservata a non lavoratori): Nel caso in cui l'Assicurato

durante il periodo contrattuale sia colpito da malattia grave, la corresponsione di una somma determinata così come indicato negli artt. successivi relativi a tale garanzia.

Assicurazione di disoccupazione (riservata ai soli lavoratori dipendenti privati): In caso di disoccupazione, la corresponsione di una somma mensile pari alle singole rate ottenute dal piano di ammortamento calcolato dalla Società successive alla data del licenziamento, limitatamente al periodo di disoccupazione.

L'Assicurato 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) e conseguentemente, in base al proprio stato lavorativo o posizione professionale - alla garanzia C (inabilità temporanea totale), D (malattia grave), E (disoccupazione). **Successivamente, lo stato lavorativo o la posizione professionale dell'Assicurato determina, tra le garanzie C, D ed E, la garanzia attiva nel contratto con conseguente variazione della stessa in caso di modifica dell'attività svolta dall'Assicurato nel corso della durata delle garanzie stesse.**

L'Assicurato sceglie ed indica nel modulo di adesione il capitale assicurato iniziale e la durata da utilizzare nel piano di ammortamento calcolato dalla Società nei limiti di quanto indicato nel successivo art. 1.7. Il capitale assicurato è determinato a partire dal capitale assicurato iniziale e decresce periodicamente di un importo denominato quota capitale. Tale importo, crescente nel tempo, è una parte della rata, calcolata dalla Società, applicando al capitale assicurato iniziale un piano di ammortamento francese, di durata pari a quella scelta dall'Assicurato e un tasso annuo composto posticipato del 7%. La periodicità della rata è mensile. Il piano di ammortamento, così calcolato, è fornito dal Contraente all'Assicurato al momento della sottoscrizione del modulo di adesione. Tale piano di ammortamento non coincide con quello calcolato nel mutuo contratto dall'Assicurato verso il Contraente.

Il limite massimo dell'importo mensile risarcibile per ogni singola adesione è fissato in Euro 1.000,00 (mille/00).

Art. 1.3. Dichiarazione dell'Assicurato

Le dichiarazioni dell'Assicurato 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 Contraente e all'Assicurato, 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 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.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica in base all'età reale delle somme dovute.

Qualora la Società intenda recedere dall'assicurazione, ne darà comunicazione al Contraente e all'Assicurato tramite lettera raccomandata A/R e rimborserà all'Assicurato, anche in nome e per conto del Contraente, il premio, al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo di assicurazione intercorso tra la data di erogazione del mutuo 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 stipula dell'atto di mutuo, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Società prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

Art. 1.4. Cointestazioni del Contratto di Mutuo
Le operazioni di mutuo che prevedono la cointestazione potranno essere coperte dalla presente assicurazione.

Resta inteso che in caso di cointestazione potranno essere assicurate fino ad un massimo di due persone e le prestazioni assicurate per singolo Assicurato saranno così determinate:

Garanzia A): 50% del capitale assicurato;

Garanzia B): 50% del capitale assicurato ;

Garanzia C): 50% della rata ottenuta dal piano di ammortamento calcolato dalla Società;

Garanzia D): 50% del cumulo di massimo 12 rate mensili ottenute dal piano di ammortamento calcolato dalla Società;

Garanzia E): 50% della rata ottenuta dal piano di ammortamento calcolato dalla Società.

Il premio corrisposto per ogni singolo Assicurato sarà calcolato sul 50% delle prestazioni. Restano invariati tutti i limiti riportati al successivo art.

1.7 e quelli delle singole garanzie.

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 del modulo di adesione.

Le garanzie assicurate decorrono dalle ore 24 del giorno indicato nel modulo di adesione e a condizione che:

- ✓ il mutuo sia stato effettivamente erogato e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto;
- ✓ la Società abbia dato preventiva accettazione del rischio al Contraente in caso di adesione subordinata all'esito positivo della valutazione del questionario anamnestico (ai sensi dell'articolo 1.7).

Qualora il mutuo sia successivo alla data di decorrenza indicata sul modulo di adesione, le garanzie decorreranno a far data dal giorno di perfezionamento del contratto di mutuo.

La durata delle garanzie dipende dalla **durata scelta dall'Assicurato (di seguito definita DPA) per il piano di ammortamento calcolato dalla Società e indicata nel modulo di adesione**.

Tale durata non può, comunque, superare:

- la durata del mutuo contratto dall'Assicurato verso il Contraente;
- 360 mesi.

Per il pacchetto Vita: la garanzia A ha durata pari a DPA.

Per il pacchetto multirischio:

- **la garanzia A ha durata pari a DPA;**

- la garanzia B ha durata pari ai primi 120 mesi dalla data di decorrenza indicata nel modulo di adesione;
- le garanzie C, D ed E hanno durata pari ai primi 60 mesi dalla data di decorrenza indicata nel modulo di adesione.

La durata minima delle garanzie è pari a 12 mesi.

Art. 1.6. Risoluzione delle garanzie

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

Qualora il mutuo sia cointestato, nel caso sia liquidato un sinistro a causa di morte, invalidità totale e permanente da infortunio, tutte le garanzie cessano per la persona alla quale è stato liquidato il sinistro ma rimangono in vigore per la persona cointestataria con prestazione pari a quella definita al precedente Art. 1.4.

Le garanzie C, D ed E si risolvono al verificarsi del pagamento del numero massimo di indennizzi previsto nelle rispettive condizioni di assicurazione.

Alla determinazione del predetto numero massimo partecipano gli indennizzi eventualmente corrisposti in precedenza per tutte e tre le garanzie.

Art. 1.7. Limiti assuntivi

La presente polizza è un'assicurazione collettiva rivolta esclusivamente a un gruppo di persone con caratteristiche omogenee. Tale gruppo è formato da tutti i clienti del Contraente con i quali lo stesso ha già stipulato un contratto di mutuo a prescindere dal piano di ammortamento utilizzato.

L'Assicurato deve avere una età all'ingresso compresa tra 18 e 65 anni non compiuti. L'età massima a scadenza non deve superare il limite massimo di 75 anni non compiuti. Nel caso in cui l'età a scadenza sia superiore a quella massima prevista, l'adesione alla presente polizza collettiva non è possibile.

Il capitale assicurato iniziale è indicato dall'Assicurato nel modulo di adesione e deve risultare pari o inferiore al debito residuo, derivante dal rapporto di mutuo, alla data di decorrenza indicata nel modulo stesso.

L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti con il modulo di adesione completo in ogni parte e firmato dall'Assicurato e, ove richiesto, del questionario anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio Medico di Famiglia e di

ulteriore documentazione eventualmente richiesta.

Ogni operazione dovrà essere completata con la seguente documentazione:

- Per capitali fino a Euro 160.000,00 (centosessantamila/00) dovrà essere fornita la sottoscrizione della "dichiarazione di buono stato di salute" presente sul modulo di adesione. Qualora l'Assicurato non sia in grado di sottoscrivere la precedente dichiarazione dovrà trasmettere alla Società lo specifico Questionario anamnestico, compilato dal proprio Medico di Famiglia.
- Per capitali compresi tra Euro 160.000,01 (centosessantamila/01) ed Euro 300.000,00 (trecentomila/00) dovrà essere trasmesso alla Società lo specifico Questionario anamnestico, compilato e sottoscritto dal Medico di Famiglia dell'Assicurando.
- Per capitali superiori ad Euro 300.000,00 (trecentomila/00) oltre allo specifico Questionario anamnestico di cui sopra, compilato e sottoscritto dal Medico di Famiglia dell'aderente, dovrà essere trasmessa alla Società tutta la documentazione sanitaria di volta in volta richiesta dalla stessa.

Il questionario e l'eventuale documentazione sanitaria necessaria per la valutazione del rischio viene inviata dall'Assicurato alla Società tramite il 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 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 Contraente è tenuto ad informare sollecitamente l'Assicurato dell'accettazione o del rifiuto del rischio comunicato dalla Società. In caso di rifiuto del rischio, il modulo di adesione sottoscritto dall'Assicurando e la contestuale adesione alla Polizza Collettiva dovranno considerarsi nulli.

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.

Il limite massimo dell'importo mensile risarcibile per ogni singola adesione è fissato in Euro 1.000,00 (mille/00).

La durata massima del mutuo non può essere superiore a 30 anni.

Di volta in volta la Società si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria.

Eventuali allungamenti della durata del mutuo contratto dall'Assicurato verso il Contraente non modificheranno la durata della copertura.

Art. 1.8. Beneficiario della prestazione e pagamento degli indennizzi

I beneficiari della prestazione relativa alla garanzia A sono gli eredi legittimi o testamentari dello stesso.

Società assegna la prestazione ai beneficiari in parti uguali.

Poiché la garanzia viene stipulata sulla vita di un terzo, ciascun Assicurato esprime il consenso alla conclusione del contratto sulla sua vita, ai fini dell'art.1919 C.C., sottoscrivendo la relativa dichiarazione contenuta nel modulo di adesione.

Il pagamento degli indennizzi, dovuti da Società, relativi alle garanzie B,C,D ed E viene effettuato a favore dell'Assicurato.

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 Contraente.

In caso di anticipata estinzione del mutuo, di accollo dello stesso da parte di altra persona o di trasferimento, l'Assicurato, qualora abbia deciso per la prosecuzione delle garanzie, ha la facoltà di nominare nuovi beneficiari. In tal caso, dovrà trasmettere alla Società il modulo di cui all'allegato D indicando i relativi nominativi e allegando tutta la documentazione necessaria in esso indicata, ivi incluso il piano di ammortamento consegnato dal Contraente al momento dell'adesione.

La Società, a seguito di tale comunicazione, emette l'appendice di variazione dei beneficiari.

In caso di trasferimento del mutuo, è possibile designare quale Beneficiario della prestazione della garanzia A l'Istituto di Credito mutuante subentrato al rapporto di mutuo. In tal caso l'Assicurato ha facoltà di conferire mandato all'incasso degli indennizzi, relativi alle garanzie B, C, D ed E, al nuovo Istituto mutuante subentrato.

Art. 1.9. Variazioni del rapporto di mutuo

In caso di anticipata estinzione del rapporto di mutuo o di surroga passiva o, di accollo dello stesso ad altra persona, le garanzie assicurate con la presente polizza collettiva si sciolgono. L'assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società, nonché al Contraente, con lettera raccomandata A/R contenente gli elementi

identificativi della propria posizione assicurata, allegando copia di un documento attestante l'avvenuta operazione. 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 Contraente presso la quale è stata sottoscritto il Modulo di adesione e che ha erogato il mutuo

Le garanzie si sciolgono a partire dalla data di spedizione che risulta dal timbro postale di invio della relativa comunicazione e la Società rimborsa all'Assicurato, anche in nome e per conto del 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. Società fornisce al Contraente il conteggio dell'importo rimborsato da consegnare all'Assicurato. Il rimborso viene effettuato esclusivamente previa consegna dei documenti assicurativi in possesso dell'Assicurato. Tale parte di premio oggetto di rimborso e comprensiva dei costi, viene calcolata in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo secondo la formula 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 50,00 euro. All'intermediario non è riconosciuta quota parte di tale costo.

Non è prevista la restituzione del premio nel caso in cui, alla data di richiesta di restituzione del premio da parte dell'Assicurato, si sia verificato un rischio in copertura.

L'Assicurato ha altresì la facoltà, purché contestualmente alle operazioni sopra indicate, di chiedere la continuazione del contratto e in tale caso le garanzie rimangono in vigore alle condizioni originariamente stabilite. Tale richiesta deve essere trasmessa alla Società inviando il modulo di cui all'Allegato D tramite

lettera raccomandata A/R, all' indirizzo sopra indicato.

Il modulo di cui all' Allegato D deve essere compilato in ogni sua parte e sottoscritto dall'Assicurato e corredato dalla documentazione necessaria indicata nello stesso.

In caso di revoca, la copertura si intenderà decaduta e il premio sarà restituito all'Assicurato anche in nome e per conto del Contraente. La regola per la determinazione della parte di premio oggetto di rimborso è quella sopra indicata utilizzata in caso di cessazione delle garanzie a seguito dell'estinzione anticipata.

In caso di rinegoziazione del mutuo originario, ovvero modifica della durata o del tasso di interesse, le garanzie assicurative rimangono in piedi 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 dalla durata, dall'età, dal capitale assicurato e non è differenziato in base al fattore sesso.

Il premio, il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, è dovuto alla Società dal Contraente.

Art. 1.11. Recesso dell'Assicurato

L'Assicurato può recedere entro 30 giorni dalla data di decorrenza dandone comunicazione a Società, nonché al 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 Contraente presso la quale è stata sottoscritto il modulo di adesione e che ha erogato il mutuo

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 Società provvede a rimborsare all'Assicurato il premio, previa consegna dei documenti assicurativi in possesso dello stesso, al netto dell'imposta e della quota relativa al rischio corso. *Inoltre, l'Assicurato, trascorso il primo quinquennio, può recedere dalle garanzie danni, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni e il contratto proseguirà la sua efficacia per la sola garanzia A.* In tal caso il recesso ha effetto dalla fine dell'anno relativo alla richiesta di recesso. Tale richiesta deve pervenire alla Società con lettera raccomandata A/R all'indirizzo indicato sopra.

Art. 1.12. Cambio di attività o professione

L'Assicurato non deve dare comunicazione alla Società in caso di cambiamento di attività o di stato professionale: solo in caso di sinistro verrà verificato, alla data dell'evento, a quale categoria esso appartenga per verificare il diritto ad ottenere l'indennizzo.

Art. 1.13. Imposte e tasse

Le imposte e le tasse relative alla presente Polizza, il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, sono dovute dal Contraente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati al 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 degli indennizzi

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

La determinazione delle prestazioni e degli indennizzi avviene esclusivamente sulla base del piano di ammortamento francese, calcolato dalla Società, applicato al capitale assicurato iniziale, con durata pari a quella scelta dall'Assicurato e con un tasso annuo composto posticipato del 7%.

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 del tasso di interesse legale.

2.0 GARANZIA A ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE A PREMIO UNICO (VALIDA PER TUTTI)

Art. 2.1 Prestazione assicurata

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

La Società provvede ad effettuare i pagamenti esclusivamente sulla base del piano di ammortamento francese, applicato al capitale assicurato iniziale con durata pari a quella scelta dall'Assicurato e con un tasso annuo composto posticipato del 7%.

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 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;**
- **atto di notorietà attestante l'esistenza o meno di un testamento - l'ultimo noto e non impugnato - con l'indicazione della data di stesura e pubblicazione, nonché l'indicazione di tutti gli eredi legittimi. Del testamento deve essere consegnata copia conforme all'originale;**
- **autorizzazione del Giudice Tutelare rilasciata agli esercenti la potestà genitoriale per la riscossione di somme spettanti ai minori Beneficiari.**

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 in misura del saggio di interesse legale.

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 (VALIDA PER TUTTI)

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 all'Assicurato di una somma pari al capitale assicurato alla data del riconoscimento dell'invalidità da parte dell'ente preposto. 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 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) 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);
- 8) Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- 9) 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;
- 10) 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 iniziale, già note in tale data all'Assicurato;
- 11) Mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- 12) 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;
 - E) dalla guida 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;

- F) 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;
- G) 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;
- H) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- I) HIV o AIDS;
- J) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- K) da guerra e insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
- L) 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 l'Assicurato o chi per esso, deve darne avviso scritto a 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;
- dichiarazione del Contraente attestante l'importo residuo del mutuo alla data dell'evento assicurato (dichiarazione non richiesta per denunce successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga passiva del mutuo);
- 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.

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

Inoltre, alla denuncia dovrà essere allegata copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita.

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.

4.0 Garanzia C-ASSICURAZIONE DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA, A PREMIO UNICO

(GARANZIA VALIDA PER LAVORATORI AUTONOMI, LAVORATORI DIPENDENTI PUBBLICI)

Art 4.1 Indennizzo

La Società, ove l'Assicurato subisca un infortunio o gli venga diagnosticata una malattia durante il periodo contrattuale, dai quali derivi un'inabilità temporanea in misura totale della propria capacità ad adempiere ad un'attività lavorativa generica, liquiderà all'Assicurato stesso, una somma mensile, pari alle singole rate calcolate dalla Società, successive alla data del ricovero. La rata è determinata dalla Società applicando al capitale assicurato iniziale un piano di ammortamento francese, con durata pari a quella scelta dall'Assicurato ed un tasso annuo composto posticipato del 7%.

Per inabilità totale temporanea si intende la perdita totale in via temporanea della capacità di attendere ad una attività lavorativa generica. Lo stato di inabilità temporanea totale dovrà

essere conseguenza diretta di un ricovero con intervento chirurgico, che comporta una degenza presso una struttura ospedaliera di almeno sette giorni, oppure di ricovero dovuto a Grande Intervento Chirurgico.

Gli indennizzi saranno liquidati, trascorsi 60 giorni di franchigia assoluta dalla data di ricovero, per ogni periodo intero di 30 giorni consecutivi di inabilità temporanea totale con un massimo di 6 indennizzi mensili per ogni sinistro e di 18 nel corso della durata dell'assicurazione.

Alla determinazione del numero massimo di indennizzi partecipano anche gli indennizzi corrisposti per la garanzia D (grave malattia) ed E (disoccupazione).

Ogni indennizzo mensile non può essere superiore ad Euro 1.000,00(mille/00).

Per lavoratore autonomo si intende chiunque ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) presenti una dichiarazione che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (vedi definizione di Lavoratore Dipendente) e che compori denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (reddito da impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.

Per Lavoratore Dipendente Pubblico deve intendersi il titolare di un rapporto di lavoro di pubblico impiego.

Ai fini della presente polizza collettiva sono parificati ai lavoratori autonomi, quanti hanno un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato ed i dirigenti.

Art 4.2 Grandi interventi chirurgici

Sono considerati Grandi Interventi Chirurgici:

Cranio

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

Faccia e bocca

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi demolitrici per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.

Collo

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

Torace

- Resezioni segmentarie e lobotomia.
- Pneumectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi del polmone.
- Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Pleuropneumectomia.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

Chirurgia toracica

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriostomia per asportazione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari.
- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica)

Esofago

(vedere anche Otorinolaringoiatria)

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne e megaesofago.
- Idem per tumori, resezioni parziali basse-alte totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.

Stomaco - Duodeno

- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno colica.

Intestino

- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.

Retto - Ano

- Amputazione del retto per via addomino-perineale in uno o più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

Fegato

- Resezione epatica.
- Epatico-coledotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

Pancreas - Milza

- Intervento di necrosi acuta del pancreas.
- Intervento per cisti e pseudo-cisti.
- Enucleazione delle cisti.
- Marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa;
 - b) della coda.
- Anastomosi porta-cava spleno renale, mesenterico cava.

Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico

- Asportazione di neoplasie endocraniche o di aneurismi.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari.

Art 4.3 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza

La Società pagherà l'indennizzo solo se il sinistro, per una inabilità totale e permanente causata da malattia, si è verificato dopo il periodo di carenza di 60 giorni dalla decorrenza del contratto.

Art 4.4 Esclusioni

Le coperture non saranno operative nei sotto elencati casi:

- 1) Infortuni e malattie causati da dolo dell'Assicurato;
- 2) Infortuni causati da 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) 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);
- 8) Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- 9) 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;
- 10) Le conseguenze di infortuni avvenuti nei 360 gg. antecedenti la data iniziale e le conseguenze di situazioni patologiche insorte nei 360 gg. antecedenti la data iniziale, già note in tale data all'Assicurato;
- 11) Mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- 12) 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) guida di
 - macchine operatrici;
 - natanti a motore per uso non privato;
 - 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) 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) 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) ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- H) HIV o AIDS;
- I) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- J) guerra e insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
- K) calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica e fenomeni connessi.

Art 4.5 Rischio di guerra all'estero

La presente garanzia, a parziale deroga dell'art. 4.3 "Esclusioni" punto 13 vale per Inabilità temporanea totale conseguente ad infortunio e malattia 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 4.6 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi

In caso di infortunio o malattia, l'Assicurato o chi per esso, deve darne avviso scritto a Società, attraverso il modulo di cui all'Allegato C, entro 60 giorni dall'infortunio oppure da quando la malattia è stata diagnosticata o da quando ne ha avuto la possibilità 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 codice civile.

Per ottenere la liquidazione degli indennizzi, 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;
- copia del modulo di adesione;

- documentazione medica, cartelle cliniche e/o verbale di pronto soccorso;
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società;
- copia di un documento di identità.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze L'Assicurato, o chi per esso, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Quando un sinistro per inabilità temporanea sia stato chiuso per qualunque ragione, salvo quella relativa all'esaurimento del massimale globale, i successivi eventi di inabilità temporanea potranno essere denunciati a condizione che l'Assicurato sia ritornato ad esplicare la sua attività lavorativa e che sia trascorso un periodo pari alla "Ripresa di occupazione" di 180 giorni consecutivi- La Società, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare le diagnosi di malattia con propri medici di fiducia, i cui costi saranno a carico della stessa.

Art 4.7 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.

5.0 GARANZIA D - ASSICURAZIONE GRAVE MALATTIA A PREMIO UNICO

(GARANZIA VALIDA PER I NON LAVORATORI)

Art. 5.1. Indennizzo

Ove durante il periodo contrattuale all'Assicurato venga diagnosticata una tra le malattie gravi più avanti elencate, la Società liquiderà all'Assicurato una somma pari al cumulo di massimo 12 rate mensili successive alla data di diagnosi della malattia. La somma è determinata moltiplicando l'importo della rata calcolata dalla Società per il numero delle rate. La rata è determinata dalla Società applicando al capitale assicurato iniziale un piano di ammortamento francese con durata pari a quella scelta dall'Assicurato ed un tasso annuo composto posticipato del 7%.

Alla determinazione del numero massimo di indennizzi partecipano anche gli indennizzi corrisposti per la garanzia C (inabilità) ed E (disoccupazione).

L'importo massimo della rata è pari a 1.000,00 (mille/00) Euro.

Per non lavoratore si intende la persona fisica che, al momento della sottoscrizione della

presente polizza, non sia qualificabile come Lavoratore autonomo o come Lavoratore dipendente, oppure percepisca un reddito dagli Organi di Previdenza Sociale (Pensione).

Sono considerati indennizzabili i sinistri derivanti dalle seguenti "Gravi Malattie":

1. **Tumore** - Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al 1° stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del II° e IV° stadio di Clarke. Si escludono altresì il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS).
2. **Chirurgia cardiovascolare** - Cardiopatia coronarica con necessità d'intervento chirurgico a cuore aperto, consigliato da uno specialista in cardiologia, per correggere una restrizione o ostruzione di almeno due arterie coronariche mediante by-pass coronarico.
3. **Infarto miocardico** - Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri: storia del dolore cardiaco tipico, comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'ECG, modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci.
4. **Ictus cerebrale** - Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, etc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.
5. **Insufficienza renale** - Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.
6. **Trapianto d'organo** - Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.

Art. 5.2. Malattia grave durante il periodo di carenza

La Società pagherà l'indennizzo solo se la malattia è diagnosticata dopo il periodo di carenza di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto.

Art. 5.3. Esclusioni

Le coperture non saranno operative nei sotto elencati casi:

- a) dolo dell'Assicurato;
- b) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser
- c) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- d) alcolismo, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- e) malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi;
- f) cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza
- g) scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- h) trasformazioni o assestamento energetici dell'atomo;
- i) HIV o AIDS;
- j) sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- k) le conseguenze di situazioni patologiche insorte nei 360 gg. antecedenti la Data Iniziale, già diagnosticate in tale data all'Assicurato;
- l) calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica e fenomeni connessi.

Art. 5.4. Denuncia e relativi obblighi

In caso di malattia, l'Assicurato o chi per esso, deve darne avviso scritto attraverso il modulo di cui all'Allegato C alla HDI Assicurazioni S.p.a., entro 60 giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la Malattia Grave o da quando ne abbia avuto la conoscenza a parziale deroga dell'art.1913 del C.C. 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 degli indennizzi, devono essere prodotti alla Società, unitamente all'allegato C, i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva sussistenza dell'obbligo di pagamento:

- copia del modulo di adesione;
- documentazione medica, cartelle cliniche e/o verbale di pronto soccorso;
- copia di un documento di identità.

La Società, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare le diagnosi di Malattia Grave con propri medici di fiducia, i cui costi saranno a carico della stessa.

**6.0 GARANZIA E - ASSICURAZIONE DI
DISOCCUPAZIONE A PREMIO UNICO
(GARANZIA VALIDA PER I SOLI LAVORATORI
DIPENDENTI PRIVATI)**

Art. 6.1 Indennizzo

La Società, in caso di sopravvenuta disoccupazione durante la durata della garanzia, provvede alla corresponsione all'Assicurato, di una somma mensile, pari alle rate calcolate dalla Società e successive alla data di licenziamento. La rata è determinata dalla Società applicando al capitale assicurato iniziale un piano di ammortamento francese con durata pari a quella scelta dall'Assicurato ed un tasso annuo composto posticipato del 7%.

Al verificarsi della disoccupazione, **il primo indennizzo sarà liquidato trascorsi 30 giorni consecutivi di disoccupazione dal termine del periodo di franchigia assoluta di 60 giorni consecutivi. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni successivo periodo intero di 30 giorni consecutivi di disoccupazione con un massimo di 6 indennizzi mensili per ogni sinistro e 12 nel corso della durata dell'assicurazione.**

Alla determinazione del numero massimo di indennizzi partecipano anche gli indennizzi corrisposti per la garanzia C (inabilità) e D (grave malattia).

Il limite massimo di ogni singola rata è pari a Euro 1.000,00 (mille/00)

Per Disoccupazione si intende la condizione dell'Assicurato che in seguito alla perdita dello stato di lavoratore dipendente, sia immediatamente disponibile allo svolgimento e alla ricerca di un'attività lavorativa, secondo modalità definite con i servizi competenti. Ne deriva che lo 'stato di Disoccupato' può essere riconosciuto esclusivamente alle persone che si presentano al centro per l'impiego nel cui territorio sono residenti e/o domiciliate e rilasciano la dichiarazione attestante l'immediata disponibilità al lavoro. Per lavoratore dipendente privato si intende la persona fisica che si sia obbligata a prestare il proprio lavoro presso aziende o enti di diritto privato con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano e con un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali

Sono considerati lavoratori dipendenti coloro che godono dei redditi di cui agli art. 47, comma 1, DPR 22/12/86 n° 917, lettere a,c,d,g.

Le prestazioni previste per i lavoratori dipendenti privati saranno operative soltanto in presenza di contratto di lavoro a tempo indeterminato. Per le restanti tipologie di contratto sarà operativa la garanzia di cui alla lettera C- Inabilità temporanea totale.

Art. 6.2 Disoccupazione durante il periodo di carenza

Per tale garanzia è previsto un periodo iniziale di carenza pari a 90 giorni.

Art. 6.3 Esclusioni

Le coperture non saranno operative nei sotto elencati casi:

- 1) **dolo dell'Assicurato;**
- 2) **l'Assicurato, al momento del sinistro, è lavoratore autonomo.**
- 3) **l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il sinistro. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;**
- 4) **all'atto dell'adesione, o nel periodo di decorrenza della polizza l'Assicurato è a conoscenza di una prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;**
- 5) **la disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa e giustificato motivo soggettivo;**
- 6) **Licenziamenti per motivi disciplinari**
- 7) **Licenziamento per superamento del periodo di comporto;**
- 8) **risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;**
- 9) **risoluzione del rapporto di lavoro a seguito di transazione con il datore di lavoro anche all'esito dell'esperimento di una procedura conciliativa ;**
- 10) **la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base al contratto di lavoro a tempo determinato o il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale o, comunque, se è la conseguenza di scadenza di un contratto a termine**
- 11) **l'Assicurato non si è iscritto all'anagrafe professionale, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità e di cassa**

- Integrazioni Guadagni Straordinaria (casi per cui l'assicurazione è operante);
- 12) l'Assicurato percepisca il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria Straordinaria e Straordinaria in deroga ;
 - 13) la Società ha pagato per lo stesso periodo indennizzi previsti per il caso di inabilità temporanea totale;
 - 14) la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dalle prestazioni in caso di Inabilità Temporanea Totale;
 - 15) l'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale;
 - 16) l'Assicurato è un Dirigente
 - 17) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova
 - 18) l'Assicurato svolgeva la propria attività lavorativa come lavoratore socio di operative;
 - 19) l'Assicurato svolge la propria normale attività lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana o comunque se l'Assicurato ha un contratto non regolato dalle legge italiana;
 - 20) La disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento.
 - 21) Il licenziamento intervenuto in ambito di rapporti di coniugio, di parentela entro il terzo grado, di affinità entro il secondo grado, come intesi all'art. 230 bis c.c.in materia di impresa familiare;
 - 22) calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica e fenomeni connessi.

- d) inviare copia del modulo di adesione di assicurazione;
- e) inviare scheda anagrafica professionale;
- f) sciogliere il datore di lavoro da ogni riserbo;
- g) consentire un'indagine e/o accertamenti da parte di persone di fiducia della Società, i cui costi saranno a totale carico della stessa.

Art. 6.4 Denunce successive - sospensione delle prestazioni

Per i successivi eventi di disoccupazione la Società, a parziale deroga dell'Art. 6.3 "Esclusioni" punto 3, pagherà l'indennizzo nel caso in cui nel periodo intercorrente tra il primo (per il quale non necessariamente è stato corrisposto l'indennizzo) ed il secondo evento, l'Assicurato abbia superato il periodo di prova e sia ritornato ad essere lavoratore dipendente con contratto a tempo indeterminato per un periodo pari alla "Ripresa di occupazione" di 90 giorni consecutivi .

Art. 6.5 Denuncia del sinistro ed oneri relativi

L'Assicurato, entro 60 giorni dal verificarsi della disoccupazione, deve:

- a) **comunicare** attraverso il modulo di cui all'Allegato C alla Società la propria disoccupazione inviando copia del documento comprovante la **cessazione del rapporto di lavoro**;
- b) **inviare lettera di assunzione**;
- c) **inviare copia della lettera di licenziamento**;

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

Condizioni di assicurazione per tutte le garanzie

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 pronosupinazione	35		30
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 residenzaCap.

..... 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;
- **atto di notorietà attestante l'esistenza o meno di un testamento** - l'ultimo noto e non impugnato - con l'indicazione della data di stesura e pubblicazione, nonché l'indicazione di tutti gli eredi legittimi. Del **testamento** deve essere consegnata **copia conforme all'originale**;
- **autorizzazione del Giudice Tutelare rilasciata** agli esercenti la potestà genitoriale per la riscossione di somme spettanti ai minori Beneficiari.

l'Avente Causa dell'Assicurato

.....

MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO GARANZIE B,C,D,E

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.

GARANZIE

(barrare la garanzia per la quale è richiesto l'indennizzo e correlare la presente richiesta dai documenti specifici)

Invalidità Totale Permanente da Infortunio

(Garanzia valida per tutti)

- 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.

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia

(Garanzia valida per i lavoratori autonomi, lavoratori dipendenti pubblici)

- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento;
- copia del modulo di adesione;
- documentazione medica, cartelle cliniche e/o verbale di pronto soccorso;
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società;
- copia di un documento di identità.

Gravi Malattie

(Garanzia valida per Non Lavoratori)

- copia del modulo di adesione;
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società;
- documentazione medica, cartelle cliniche e/o verbale di pronto soccorso;
- copia di un documento di identità.

Disoccupazione

(Garanzia valida per Lavoratori Dipendenti Privati)

- copia della scheda anagrafica professionale;
- lettera di assunzione;
- copia della lettera di licenziamento;
- copia del modulo di adesione;
- copia di un documento di identità .

L'Assicurato o l'Avente Causa

.....

RICHIESTA DI CONTINUAZIONE DEL CONTRATTO
(da inviare in caso di estinzione anticipata, surroga passiva o accollo del mutuo)

POLIZZA COLLETTIVA N. _____

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

Il sottoscritto Assicurato

Cognome e Nome sesso data di nascita
...../...../..... Comune di nascita Prov..... Cod.
Fisc..... Comune di residenza
.....Cap. Prov.
.....Indirizzo.....
Recapito telefonico Email

in qualità di aderente alla sopra indicata polizza ed a seguito dell'operazione di

estinzione anticipata **surroga** **accollo**

del mutuo n° avvenuta il

CHIEDE

la prosecuzione delle garanzie assicurative, come previsto dall'art. 1.9 delle condizioni di assicurazione contenute nel fascicolo informativo ricevuto in sede di sottoscrizione del modulo di adesione .

L'Assicurato ha la facoltà di modificare i beneficiari indicati nel modulo di adesione per la garanzia A e di conferire mandato all'incasso in favore di nuovi soggetti per le garanzie B, C, D ed E compilando il box sottostante.

Variazione dei beneficiari e mandato all'incasso

GARANZIA A : nuovi beneficiari (persone fisiche e/o giuridiche)

1) 3)
2) 4)

GARANZIE B, C, D, ed E: mandato all'incasso a favore di (persone fisiche e/o giuridiche)
(da compilarsi solo in caso di adesione al pacchetto multirischio)

1) 3).....
2) 4).....

Allega:

- 1) Copia del modulo di adesione;
- 2) Copia di un documento di identità;
- 3) Documentazione ufficiale attestante l'avvenuta operazione di cui sopra;
- 4) Copia del piano di ammortamento consegnato dal contraente al momento dell'adesione.

Luogo e data

.....

Firma dell'Assicurato

.....

GLOSSARIO VITA

Ultimo aggiornamento del documento 28.01.2013

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

Assicurato: il soggetto che ha sottoscritto la proposta e nel cui interesse è stipulata l'Assicurazione

Beneficiario: persona giuridica (o fisica) alla quale deve essere corrisposta la somma dovuta dell'assicuratore qualora si verifichi l'evento assicurato .

Contraente: il soggetto che stipula la Polizza Collettiva per conto degli Assicurati.

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.

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

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

Premio: importo, il cui onere economico è dovuto dall'Assicurato, che il Contraente è tenuto a pagare 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.

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

Società: HDI Assicurazioni S.p.A.

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

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

Data ultimo aggiornamento del documento 26.05.2014

POLIZZA COLLETTIVA N° _____

Il/i sottoscritto/i richiedente/i,

1) _____ nato a _____ il _____ Abitante in _____ via /piazza _____ n. _____ CAP _____ Codice fiscale _____ Professione _____ Documento (tipo/num) _____ Luogo del rilascio _____ Sesso _____ Età _____

in caso di mutuo contestato, possono essere assicurati due contestatari. Le garanzie saranno operanti al 50% per ognuno degli assicurati. Se si intende assicurare anche un secondo intestatario, compilare i seguenti campi:

2) _____ nato a _____ il _____ Abitante in _____ via /piazza _____ n. _____ CAP _____ Codice fiscale _____ Professione _____ Documento (tipo/num) _____ Luogo del rilascio _____ Sesso _____ Età _____ in qualità di

richiedente/i del mutuo n. _____ importo residuo _____ Durata residua, in mesi, _____ presso Banca _____ fil.cod. _____ preso atto che Banca _____ ha stipulato con HDI Assicurazioni S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire i clienti persone fisiche che hanno stipulato un contratto di mutuo, a prescindere dal piano di ammortamento utilizzato, con 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 al momento dell'evento;

PACCHETTO MULTIRISCHIO. La scelta delle garanzie A) e B) comporta l'adesione, in base alla professione dichiarata, alla garanzia C o D oppure E.

A) **Temporanea per il caso di morte:** Come per il pacchetto vita;

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 del capitale assicurato al momento dell'evento.

C) **Assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia (riservata a lavoratori autonomi, lavoratori dipendenti pubblici):** Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai quali derivi una inabilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere ad un'attività lavorativa generica, per il periodo di inabilità e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali relativi a tale garanzia, la corresponsione di una somma mensile pari alle singole rate ottenute dal piano di ammortamento calcolato dalla Società e successive alla data dell'evento.

D) **Assicurazione di grave malattia (riservata a non lavoratori):** Nel caso in cui l'Assicurato durante il periodo contrattuale sia colpito da malattia grave, la corresponsione di una somma pari al cumulo di massimo 12 rate mensili ottenute dal piano di ammortamento calcolato dalla Società successive alla data di diagnosi della malattia.

E) **Assicurazione di disoccupazione (riservata ai soli lavoratori dipendenti privati):** In caso di disoccupazione, la corresponsione di una somma mensile pari alle singole rate ottenute dal piano di ammortamento calcolato dalla Società successive alla data di cessazione del rapporto di lavoro, limitatamente al periodo di disoccupazione e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali.

DICHIARA/NO di ADERIRE a: Pacchetto vita Pacchetto multirischio CARATTERI E CONDIZIONI

Table with columns: CAPITALE ASSICURATO INIZIALE €, DURATA (MESI), NO. DI AMMORTAMENTI, DECORRENZA, PREMIO UNICO TOTALE €, COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO €, COSTI PER RIMBORSO PREMIO € 50. Includes text: La durata della garanzia A coincide con la scelta del piano di ammortamento (DPA) e la garanzia B ha durata pari ai primi 120 mesi dalla data di decorrenza mentre le garanzie C e D hanno durata pari ai primi 60 mesi dalla data di decorrenza. Beneficiari per la garanzia A: eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato. Il pagamento degli indennizzi, relativi alle garanzie B,C,D ed E viene effettuato a favore dell'Assicurato. * Il premio è indipendente dal sesso.

DICHIARA/NO ALTRESI':

- ✓ di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 del C.C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla sua vita;
- ✓ di prendere atto che i beneficiari delle prestazioni relative alla garanzia A sono i propri eredi legittimi o testamentari e che gli indennizzi per le altre garanzie saranno liquidati a lui stesso;
- ✓ di autorizzare all'uopo il predetto Istituto a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;
- ✓ di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. SPMI7_052014 : nota informativa vita, nota informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- ✓ 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;
- ✓ di avere un'età non superiore ai 65 anni non compiuti;
- ✓ di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso da parte della Società all'adesione le coperture richieste non saranno attivate.
- ✓ di non essere legato al datore di lavoro da rapporti di coniugio, di parentela entro il terzo grado, di affinità entro il secondo grado, come intesi all'art. 230 bis c.c.

Luogo e data _____ Firma del 1° Richiedente _____ Firma del 2° Richiedente _____

Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili. Il/i Sottoscritto/i Assicurando/i, in qualità di interessato/i, dichiara/no 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 1° Richiedente _____ Firma del 2° Richiedente _____

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 proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

IL/I SOTTOSCRITTO/I DICHIARA/NO :

- 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 del 1° Richiedente _____ Firma del 2° Richiedente _____

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 perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie; Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario delle prestazioni e pagamenti degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso dell'Assicurato; Art. 2.2 Rischio morte; Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.4 Riscatto; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi; Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.3 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.4 Esclusioni; Art. 4.6 Denuncia dell'infortunio o malattia e relativi obblighi; Art. 5.1 Indennizzo; Art. 5.2 Malattia Grave durante il periodo di carenza Art. 5.3 Esclusioni; Art. 5.4 Denuncia e relativi obblighi; Art.6.1 Indennizzo; Art. 6.2 Disoccupazione durante il periodo di carenza; Art.6.3 Esclusioni; Art.6.4 Denunce successive- Sospensione delle prestazioni; Art. 6.5 Denuncia del sinistro ed oneri relativi

Luogo e data _____ Firma del 1° Richiedente _____ Firma del 2° Richiedente _____

Timbro della filiale _____

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE



MODULO DI ADESIONE

Data ultimo aggiornamento del documento 26.05.2014

POLIZZA COLLETTIVA N° _____

Il/i sottoscritto/i richiedente/i,

1) _____ nato a _____ il _____ Abitante in _____ via /piazza _____ n. _____ CAP _____ Codice fiscale _____ Professione _____ Documento (tipo/num) _____ Luogo del rilascio _____ Sesso _____ Età _____

in caso di mutuo contestato, possono essere assicurati due contestatari. Le garanzie saranno operanti al 50% per ognuno degli assicurati. Se si intende assicurare anche un secondo intestatario, compilare i seguenti campi:

2) _____ nato a _____ il _____ Abitante in _____ via /piazza _____ n. _____ CAP _____ Codice fiscale _____ Professione _____ Documento (tipo/num) _____ Luogo del rilascio _____ Sesso _____ Età _____ in qualità di

richiedente/i del mutuo n. _____ importo residuo _____ Durata residua, in mesi, _____ presso Banca _____ fil.cod. _____ preso atto che Banca _____ ha stipulato con HDI Assicurazioni S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire i clienti persone fisiche che hanno stipulato un contratto di mutuo, a prescindere dal piano di ammortamento utilizzato, con 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 al momento dell'evento;

PACCHETTO MULTIRISCHIO. La scelta delle garanzie A) e B) comporta l'adesione, in base alla professione dichiarata, alla garanzia C o D oppure E.

- A) Temporanea per il caso di morte: Come per il pacchetto vita;
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 del capitale assicurato al momento dell'evento.
C) Assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia (riservata a lavoratori autonomi, lavoratori dipendenti pubblici): Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai quali derivi una inabilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere ad un'attività lavorativa generica, per il periodo di inabilità e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali relativi a tale garanzia, la corresponsione di una somma mensile pari alle singole rate ottenute dal piano di ammortamento calcolato dalla Società e successive alla data dell'evento.
D) Assicurazione di grave malattia (riservata a non lavoratori): Nel caso in cui l'Assicurato durante il periodo contrattuale sia colpito da malattia grave, la corresponsione di una somma pari al cumulo di massimo 12 rate mensili ottenute dal piano di ammortamento calcolato dalla Società successive alla data di diagnosi della malattia.
E) Assicurazione di disoccupazione (riservata ai soli lavoratori dipendenti privati): In caso di disoccupazione, la corresponsione di una somma mensile pari alle singole rate ottenute dal piano di ammortamento calcolato dalla Società successive alla data di infortunio, limitatamente al periodo di disoccupazione e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali.

DICHIARA/NO di ADERIRE a: [] Pacchetto vita [] Pacchetto multirischio

Table with columns: CARATTERISTICHE CONTRATTUALI, CAPITALE ASSICURATO INIZIALE €, DURATA (MESI), NO. DI AMMORTAMENTI, DECORRENZA, PREMIO UNICO TOTALE €, COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO €, COSTI PER RIMBORSO PREMIO € 50. Includes text about the duration of the guarantee A and B.

DICHIARA/NO ALTRESI':

- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 del C.C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla sua vita;
di prendere atto che i beneficiari delle prestazioni relative alla garanzia A sono i propri eredi legittimi o testamentari e che gli indennizzi per le altre garanzie saranno liquidati a lui stesso;
di autorizzare all'uopo il predetto Istituto a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;
di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. SPMI7_052014 : nota informativa vita, nota informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
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;
di avere un'età non superiore ai 65 anni non compiuti;
di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso da parte della Società all'adesione le coperture richieste non saranno attivate.
di non essere legato al datore di lavoro da rapporti di coniugio, di parentela entro il terzo grado, di affinità entro il secondo grado, come intesi all'art. 230 bis c.c.

Luogo e data _____ Firma del 1° Richiedente _____ Firma del 2° Richiedente _____

Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili. Il/i Sottoscritto/i Assicurando/i, in qualità di interessato/i, dichiara/no 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.

Luogo e data _____ Firma del 1° Richiedente _____ Firma del 2° Richiedente _____

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 proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

IL/I SOTTOSCRITTO/I DICHIARA/NO :

- 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 del 1° Richiedente _____ Firma del 2° Richiedente _____

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 perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie; Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario delle prestazioni e pagamenti degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso dell'Assicurato; Art. 2.2 Rischio morte; Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.4 Riscatto; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi; Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.3 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.4 Esclusioni; Art. 4.6 Denuncia dell'infortunio o malattia e relativi obblighi; Art. 5.1 Indennizzo; Art. 5.2 Malattia Grave durante il periodo di carenza Art. 5.3 Esclusioni; Art. 5.4 Denuncia e relativi obblighi; Art.6.1 Indennizzo; Art. 6.2 Disoccupazione durante il periodo di carenza; Art.6.3 Esclusioni; Art.6.4 Denunce successive- Sospensione delle prestazioni; Art. 6.5 Denuncia del sinistro ed oneri relativi

Luogo e data _____ Firma del 1° Richiedente _____ Firma del 2° Richiedente _____

Timbro della filiale _____

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE



MODULO DI ADESIONE

Data ultimo aggiornamento del documento 26.05.2014

POLIZZA COLLETTIVA N° _____

Il/i sottoscritto/i richiedente/i,

1) _____ nato a _____ il _____ Abitante in _____ via /piazza
_____ n. _____ CAP _____ Codice fiscale _____ Professione _____

Documento (tipo/num) _____ Luogo del rilascio _____ Sesso _____ Età _____

in caso di mutuo contestato, possono essere assicurati due cointestatari. Le garanzie saranno operanti al 50% per ognuno degli assicurati. Se si intende assicurare anche un secondo intestatario, compilare i seguenti campi:

2) _____ nato a _____ il _____ Abitante in _____ via /piazza
_____ n. _____ CAP _____ Codice fiscale _____ Professione _____

Documento (tipo/num) _____ Luogo del rilascio _____ Sesso _____ Età _____ in qualità di

richiedente/i del mutuo n. _____ importo residuo _____ Durata residua, in mesi, _____ presso Banca
_____ fil.cod. _____ preso atto che Banca _____ ha stipulato con HDI Assicurazioni S.p.A. una polizza di assicurazione a cui

possono aderire i clienti persone fisiche che hanno stipulato un contratto di mutuo, a prescindere dal piano di ammortamento utilizzato, con 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 al momento dell'evento;

PACCHETTO MULTIRISCHIO. La scelta delle garanzie A) e B) comporta l'adesione, in base alla professione dichiarata, alla garanzia C o D oppure E.

A) Temporanea per il caso di morte: Come per il pacchetto vita;

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 del capitale assicurato al momento dell'evento.

C) Assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia (riservata a lavoratori autonomi, lavoratori dipendenti pubblici): Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai quali derivi una inabilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere ad un'attività lavorativa generica, per il periodo di inabilità e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali relativi a tale garanzia, la corresponsione di una somma mensile pari alle singole rate ottenute dal piano di ammortamento calcolato dalla Società e successive alla data dell'evento.

D) Assicurazione di grave malattia (riservata a non lavoratori): Nel caso in cui l'Assicurato durante il periodo contrattuale sia colpito da malattia grave, la corresponsione di una somma pari al cumulo di massimo 12 rate mensili ottenute dal piano di ammortamento calcolato dalla Società successive alla data di diagnosi della malattia.

E) Assicurazione di disoccupazione (riservata ai soli lavoratori dipendenti privati): In caso di disoccupazione, la corresponsione di una somma mensile pari alle singole rate ottenute dal piano di ammortamento calcolato dalla Società successive alla data di inizio dell'evento, limitatamente al periodo di disoccupazione e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali.

DICHIARA/NO di ADERIRE a: Pacchetto vita Pacchetto multirischio CARATTERI E CONDIZIONI

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE € _____	DURATA (MESI, DEL _____ NO. DI AMMORTAMENTI, OP _____	DECORRENZA _____
PREMIO UNICO TOTALE * € _____	di cui: A € _____	garanzia B in funzione dell'attività lavorativa della garanzia C, D o E _____
COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO € _____	di cui: COSTI INTERNI _____	MAZZI € _____
COSTI PER RIMBORSO PREMIO € _____ 50 _____		

La durata della garanzia A coincide con _____ scelta _____ il piano di ammortamento (DPA) _____ la garanzia B ha durata pari ai primi 120 mesi dalla data di decorrenza mentre le garanzie C e D hanno durata pari ai primi 60 mesi dalla data di decorrenza.

Beneficiari per la garanzia A: eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato. Il pagamento degli indennizzi, relativi alle garanzie B, C, D ed E viene effettuato a favore dell'Assicurato.

* Il premio è indipendente dal sesso.

DICHIARA/NO ALTRESI':

- ✓ di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 del C.C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla sua vita;
- ✓ di prendere atto che i beneficiari delle prestazioni relative alla garanzia A sono i propri eredi legittimi o testamentari e che gli indennizzi per le altre garanzie saranno liquidati a lui stesso;
- ✓ di autorizzare all'uso il predetto Istituto a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;
- ✓ di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. SPMI7_052014 : nota informativa vita, nota informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- ✓ 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;
- ✓ di avere un'età non superiore ai 65 anni non compiuti;
- ✓ di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso da parte della Società all'adesione le coperture richieste non saranno attivate.
- ✓ di non essere legato al datore di lavoro da rapporti di coniugio, di parentela entro il terzo grado, di affinità entro il secondo grado, come intesi all'art. 230 bis c.c.

Luogo e data _____ Firma del 1° Richiedente _____ Firma del 2° Richiedente _____

Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili. Il/i Sottoscritto/i Assicurando/i, in qualità di interessato/i, dichiara/no 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 1° Richiedente _____ Firma del 2° Richiedente _____

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 proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

IL/I SOTTOSCRITTO/I DICHIARA/NO :

- 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 del 1° Richiedente _____ Firma del 2° Richiedente _____

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 perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie; Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario delle prestazioni e pagamenti degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso dell'Assicurato; Art. 2.2 Rischio morte; Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.4 Riscatto; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi; Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.3 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.4 Esclusioni; Art. 4.6 Denuncia dell'infortunio o malattia e relativi obblighi; Art. 5.1 Indennizzo; Art. 5.2 Malattia Grave durante il periodo di carenza Art. 5.3 Esclusioni; Art. 5.4 Denuncia e relativi obblighi; Art.6.1 Indennizzo; Art. 6.2 Disoccupazione durante il periodo di carenza; Art.6.3 Esclusioni; Art.6.4 Denunce successive- Sospensione delle prestazioni; Art. 6.5 Denuncia del sinistro ed oneri relativi

Luogo e data _____ Firma del 1° Richiedente _____ Firma del 2° Richiedente _____

Timbro della filiale _____

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE



MODULO DI ADESIONE

Data ultimo aggiornamento del documento 26.05.2014

POLIZZA COLLETTIVA N° _____

Il/i sottoscritto/i richiedente/i,

1) _____ nato a _____ il _____ Abitante in _____ via /piazza _____ n. _____ CAP _____ Codice fiscale _____ Professione _____ Documento (tipo/num) _____ Luogo del rilascio _____ Sesso _____ Età _____

in caso di mutuo contestato, possono essere assicurati due contestatari. Le garanzie saranno operanti al 50% per ognuno degli assicurati. Se si intende assicurare anche un secondo intestatario, compilare i seguenti campi:

2) _____ nato a _____ il _____ Abitante in _____ via /piazza _____ n. _____ CAP _____ Codice fiscale _____ Professione _____ Documento (tipo/num) _____ Luogo del rilascio _____ Sesso _____ Età _____ in qualità di

richiedente/i del mutuo n. _____ importo residuo _____ Durata residua, in mesi, _____ presso Banca _____ fil.cod. _____ preso atto che Banca _____ ha stipulato con HDI Assicurazioni S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire i clienti persone fisiche che hanno stipulato un contratto di mutuo, a prescindere dal piano di ammortamento utilizzato, con 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 al momento dell'evento;

PACCHETTO MULTIRISCHIO. La scelta delle garanzie A) e B) comporta l'adesione, in base alla professione dichiarata, alla garanzia C o D oppure E.

A) **Temporanea per il caso di morte:** Come per il pacchetto vita;

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 del capitale assicurato al momento dell'evento.

C) **Assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia (riservata a lavoratori autonomi, lavoratori dipendenti pubblici):** Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai quali derivi una inabilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere ad un'attività lavorativa generica, per il periodo di inabilità e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali relativi a tale garanzia, la corresponsione di una somma mensile pari alle singole rate ottenute dal piano di ammortamento calcolato dalla Società e successive alla data dell'evento.

D) **Assicurazione di grave malattia (riservata a non lavoratori):** Nel caso in cui l'Assicurato durante il periodo contrattuale sia colpito da malattia grave, la corresponsione di una somma pari al cumulo di massimo 12 rate mensili ottenute dal piano di ammortamento calcolato dalla Società successive alla data di diagnosi della malattia.

E) **Assicurazione di disoccupazione (riservata ai soli lavoratori dipendenti privati):** In caso di disoccupazione, la corresponsione di una somma mensile pari alle singole rate ottenute dal piano di ammortamento calcolato dalla Società successive alla data di cessazione del rapporto di lavoro, limitatamente al periodo di disoccupazione e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali.

DICHIARA/NO di ADERIRE a: Pacchetto vita Pacchetto multirischio CARATTERI E CONDIZIONI CONTRATTUALI

Table with columns: CAPITALE ASSICURATO INIZIALE €, DURATA (MESI), NO. DI AMMORTAMENTI, DECORRENZA, PREMIO UNICO TOTALE €, COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO €, COSTI PER RIMBORSO PREMIO € 50. Includes text: La durata della garanzia A coincide con la scelta del piano di ammortamento (DPA) e la garanzia B ha durata pari ai primi 120 mesi dalla data di decorrenza mentre le garanzie C e D hanno durata pari ai primi 60 mesi dalla data di decorrenza. Beneficiari per la garanzia A: eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato. Il pagamento degli indennizzi, relativi alle garanzie B,C,D ed E viene effettuato a favore dell'Assicurato. * Il premio è indipendente dal sesso.

DICHIARA/NO ALTRESI':

- ✓ di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 del C.C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla sua vita;
✓ di prendere atto che i beneficiari delle prestazioni relative alla garanzia A sono i propri eredi legittimi o testamentari e che gli indennizzi per le altre garanzie saranno liquidati a lui stesso;
✓ di autorizzare all'uso il predetto Istituto a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;
✓ di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. SPMI7_052014 : nota informativa vita, nota informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
✓ 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;
✓ di avere un'età non superiore ai 65 anni non compiuti;
✓ di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso da parte della Società all'adesione le coperture richieste non saranno attivate.
✓ di non essere legato al datore di lavoro da rapporti di coniugio, di parentela entro il terzo grado, di affinità entro il secondo grado, come intesi all'art. 230 bis c.c.

Luogo e data _____ Firma del 1° Richiedente _____ Firma del 2° Richiedente _____

Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili. Il/i Sottoscritto/i Assicurando/i, in qualità di interessato/i, dichiara/no 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 1° Richiedente _____ Firma del 2° Richiedente _____

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 proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

IL/I SOTTOSCRITTO/I DICHIARA/NO :

- 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 del 1° Richiedente _____ Firma del 2° Richiedente _____

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 perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie; Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario delle prestazioni e pagamenti degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso dell'Assicurato; Art. 2.2 Rischio morte; Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.4 Riscatto; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi; Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.3 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.4 Esclusioni; Art. 4.6 Denuncia dell'infortunio o malattia e relativi obblighi; Art. 5.1 Indennizzo; Art. 5.2 Malattia Grave durante il periodo di carenza Art. 5.3 Esclusioni; Art. 5.4 Denuncia e relativi obblighi; Art.6.1 Indennizzo; Art. 6.2 Disoccupazione durante il periodo di carenza; Art.6.3 Esclusioni; Art.6.4 Denunce successive- Sospensione delle prestazioni; Art. 6.5 Denuncia del sinistro ed oneri relativi

Luogo e data _____ Firma del 1° Richiedente _____ Firma del 2° Richiedente _____

Timbro della filiale _____

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE