

# MUTUI FLESSIBILE

ASSICURAZIONE A GARANZIA DEL MUTUO  
A PREMIO UNICO

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

**InChiaro Assicurazioni S.p.A.**

Società facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

**CBA Vita S.p.A.**

Capogruppo del "Gruppo CBA" iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n° 32

# PAGINA BIANCA



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 421 031 - Telefax +39 06 4210 3500  
Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F. e P. IVA 04349061004 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92 - Iscrizione R.E.A. di Roma  
n. 757172/92 - Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) - Società con unico  
azionista - Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015



**C.B.A.VITA S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA**

Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106 e capogruppo del Gruppo assicurativo "Gruppo CBÁ" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al nr.  
32. Capitale Sociale Euro 39.000.000 i.v. - Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 -  
[www.cbavita.com](http://www.cbavita.com) - C.F./P. IVA n. 10288130155 - Reg. Imprese di Milano n. 315047 - R.E.A. n. 1363580 - Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127  
del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie. Soggetta all'attività di direzione e  
coordinamento di Banca Sella Holding



INCHIARO Assicurazioni S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale: Via Salaria, 30 - 00198 Roma (I) Telefono +39 06 420 358 - Telefax +39 06 420 358 58 - Capitale  
sociale € 5.000.000,00 i.v. - Codice Fiscale, Partita IVA e Registro delle Imprese di Roma n. 09407131003 - REA di Roma n. 1160354 - Impresa autorizzata all'esercizio  
delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2548 del 20.9.2007 (G.U. n. 230 del 3.10.2007) ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00160 - Società  
facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetta all'attività di direzione e coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

## MUTUI FLESSIBILE

### NOTA INFORMATIVA GARANZIA VITA

Data ultimo aggiornamento del documento 22.05.2014

**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 sui siti internet delle Società ([www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it) - [www.cbavita.com](http://www.cbavita.com)).

#### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

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

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

**CBA Vita S.p.A.** Capogruppo del "Gruppo CBA" iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n° 32. - sede legale in Via Vittor Pisani, 13 Milano – 20124 P.IVA 10288130155 iscritta al n. 315047 del Registro Imprese di Milano e al n. 1363580 del R.E.A., autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. n.19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie. Soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Banca Sella Holding S.p.A.. Sito Internet: [www.cbavita.com](http://www.cbavita.com) - E-mail: [info@cbavita.com](mailto:info@cbavita.com) Tel. +39 02.6761201 - Fax +39 02.676120598 .

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

**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.

**CBA Vita S.p.A.:** Il patrimonio netto della Società al 31/12/2013 ammonta a 45,70 milioni di euro, di cui capitale sociale: 38,54 milioni di euro, riserve patrimoniali e utili portati a nuovo pari a 3,90 milioni di euro e 3,26 milioni di euro di utile d'esercizio . L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita alla stessa data è pari a 183,0%. Tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile, al netto dei dividendi di cui è stata deliberata la distribuzione, e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

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

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

La durata dell'assicurazione, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, è scelta dall'Assicurato nel modulo di adesione ed è pari a 60 o 120 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 70 anni non compiuti. Il contratto, oltre la garanzia A (**prestazione in caso di decesso**), offerta da **HDI Assicurazioni S.p.A.** in coassicurazione con **CBA Vita S.p.A.** offre le seguenti garanzie danni offerte da **InChiaro Assicurazioni S.p.A.** :

\* C.F. e P.IVA 04349061004

# Nota informativa garanzia A

- Garanzia B (assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio e da malattia);
- Garanzia C (assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia);
- Garanzia D (ricovero per grande intervento chirurgico);
- Garanzia E (assicurazione di disoccupazione).

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

Le garanzie sono offerte esclusivamente in modo congiunto in un unico pacchetto assicurativo, che viene gestito da una sola Società nei confronti degli Assicurati e, individuata per accordo tra le tre Compagnie, in **HDI Assicurazioni S.p.A.**, di seguito denominata per brevità "Società", che offre in coassicurazione con CBA Vita S.p.A. la garanzia A. Il contratto è predisposto per i clienti degli istituti di credito appartenenti al gruppo Banca Sella che stipulano o hanno stipulato un contratto di mutuo a prescindere dal piano di ammortamento utilizzato. L'Assicurato è la persona che accende o ha acceso il mutuo, mentre la Banca erogante è il Contraente.

**Avvertenza : Sono previste delle esclusioni dalla garanzia. Si rinvia all'art. 2.3 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, dall'età, dal capitale 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 alle Compagnie dal Contraente tramite bonifico. 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.

<b>Costi di Intermediazione</b>	
Valore in percentuale	Importo medio*
77,7%	€ 320,45

\* Tale importo è calcolato sul premio medio ipotizzato.

**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 da rimborsare. All'intermediario non è riconosciuta quota parte di tale costo.**

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

**Avvertenza: in caso di anticipata estinzione, di trasferimento del mutuo o di accollo ad altra persona, Società restituisce, anche in nome per conto del Contraente, la parte di premio pagata relativa 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 contestualmente all'operazione di anticipata estinzione, di trasferimento o di accollo ad altra persona, Società fornisce la copertura assicurativa fino a scadenza a favore del 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.

# Nota informativa garanzia A

## Art.8.2 Regime fiscale delle somme corrisposte

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

## D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

### 9. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'art. 1.5 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 60 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. 2.4 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](mailto:reclami@pec.hdia.it)

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

***Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti 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***

***Per la risoluzione di liti transfrontaliere si può presentare reclamo all'IVASS o al sistema estero competente***

# Nota informativa garanzia A

**chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet : <http://ec.europa.eu/internalmarket/finances-retail/finnet/index.en.htm>.**

HDI Assicurazioni S.p.A., CBA Vita S.p.A. e InChiaro Assicurazioni S.p.A. si impegnano a darsi immediata e reciproca comunicazione dei reclami di competenza dell'altra Impresa di assicurazione.

## **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**

Si segnala che CBA Vita è controllata da Banca Sella Holding, società Capogruppo del gruppo bancario denominato "Gruppo Banca Sella" ed è anche partecipata da Società facenti parte dello stesso gruppo. Il presente contratto viene distribuito anche da Banche appartenenti al suddetto Gruppo, che potrebbero detenere una partecipazione in CBA Vita.

Si segnala inoltre, che gli intermediari di cui sopra, propongono il contratto in base ad accordi di distribuzione con CBA Vita e tali accordi non prevedono

esclusiva. In ogni caso, pur in presenza di conflitto di interessi, CBA Vita opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti.

In ogni caso Hdi Assicurazioni S.p.A., 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 internet [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it). Le credenziali per l' accesso saranno rilasciate da Società previa richiesta alla Succursale presso la quale ha stipulato il contratto assicurativo.

\* \* \*

**"HDI Assicurazioni S.p.A. e C.B.A. Vita S.p.A. sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa."**

**C.B.A. Vita S.p.A.**  
**Amministratore Delegato**  
(dott. Biagio Massi)



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



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 421 031 - Telefax +39 06 4210 3500  
Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F. e P. IVA 04349061004 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92 - Iscrizione R.E.A. di Roma n. 757172/92 - Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) - Società con unico azionista - Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015



**C.B.A. VITA S.p.A. SOCIETÀ DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA**

Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106 e capogruppo del Gruppo assicurativo "Gruppo CBA" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 32. Capitale Sociale Euro 39.000.000 i.v. - Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - [www.cbavita.com](http://www.cbavita.com) - C.F./P. IVA n. 10288130155 - Reg. Imprese di Milano n. 315047 - R.E.A. n. 1363580 - Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie. Soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Banca Sella Holding

## MUTUI FLESSIBILE

### NOTA INFORMATIVA GARANZIE DANNI

Data ultimo aggiornamento del documento 22.05.2014

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

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

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

#### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

##### 1. Informazioni generali

InChiaro Assicurazioni S.p.A. con Sede Legale e Direzione Generale in Italia in Via Salaria, 30 - 00198 Roma. La Società è stata autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2548 del 20.09.2007 (G.U. n. 230 del 3.10.2007) ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00160 - Società facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetta all'attività di direzione e coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A. Tel: +39.06.420358 - Telefax +39.06.420358258 - e mail: [info@inchiaro.it](mailto:info@inchiaro.it) Sito Internet : [www.inchiaro.it](http://www.inchiaro.it)

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

L'ammontare del patrimonio netto al 31/12/2013 è pari a 6,38 milioni di euro di cui capitale sociale pari a 5,00 milioni di euro e riserve patrimoniali pari a 1,38 milioni di euro.

L'indice di solvibilità relativo alla gestione danni è pari a 156,5% . 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

Il contratto, oltre all'assicurazione in caso di morte (garanzia A) offerta da **HDI Assicurazioni S.p.A** in coassicurazione con **CBA Vita S.p.A.**, prevede le seguenti quattro garanzie danni:

Garanzia B): assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio e da malattia (**per tutti gli aderenti**) , per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 3.1 delle condizioni di assicurazione;

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

Garanzia D): assicurazione di ricovero per grande intervento chirurgico (**riservata a non lavoratori**), per gli aspetti di dettaglio si rinvia 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 rinvia all'art. 6.1 delle condizioni di assicurazione.

Le garanzie sono offerte esclusivamente in modo congiunto in un unico pacchetto assicurativo, che viene gestito da una sola Società nei confronti degli Assicurati e individuata, per accordo tra le tre Società, in **HDI Assicurazioni S.p.A.**, di seguito denominata per brevità Società. Il contratto è predisposto per i clienti degli istituti di credito appartenenti al gruppo Banca Sella che stipulano o hanno stipulato un contratto di mutuo a prescindere dal piano di ammortamento utilizzato . L'Assicurato è la persona che accende o ha accesso il mutuo, mentre la Banca erogante è il Contraente .

**Avvertenza : sono previste esclusioni, limitazioni e condizioni di sospensione che possono dar luogo alla**

# Nota informativa garanzie B,C,D ed E

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, 4.1, 3.3 e 3.5 per la garanzia B;
- o articoli 4.1, 4.2, 4.4 e 4.5 per la garanzia C;
- o articoli 5.1, 5.2, 5.4 e 5.5 per la garanzia D;
- o articoli 6.1 e 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 la franchigia temporale relativo alla garanzia C;
- un caso in cui si applica il massimale, relativo alla garanzia D.

*Esempio per franchigia temporale pari 60 giorni:* qualora l'Assicurato sia colpito da inabilità temporanea totale - così come specificata nelle condizioni di assicurazione - nei primi 60 giorni dalla data del ricovero, Società non è tenuta al pagamento di alcun indennizzo.

*Esempio per massimale di indennizzo mensile pari ad euro 880,00:* nel caso in cui l'importo della rata ottenuta dal piano di ammortamento calcolato dal Contraente ( definito all' art. 1.2 delle condizioni di assicurazione) sia pari ad euro 1.000,00 l'indennizzo mensile liquidabile in caso di sinistro sarà pari ad euro 880,00.

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, 5.3, 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 di 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 fornire in maniera veritiera e corretta le informazioni circa il suo stato di salute riportate nel questionario sanitario e nella dichiarazione di buono stato di salute.

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

L'Assicurato non deve dare comunicazione a 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**. L'importo del premio dipende dalla durata , dall'età, dal capitale assicurato e non è differenziato in base al fattore sesso. Non è previsto il frazionamento del premio.

Il premio, il cui onere economico è completamente a carico dell'Assicurato, è dovuto alle Compagnie 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*
77,7%	€ 441,06

\* Tale importo è calcolato sul premio medio ipotizzato .

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. All'intermediario non è riconosciuta quota parte di tale costo.

Avvertenza: in caso di anticipata estinzione, di trasferimento del mutuo o di accollo ad altra persona 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 contestualmente all'operazione di anticipata estinzione, di trasferimento o di accollo ad altra persona, Società fornisce la copertura assicurativa fino a scadenza a favore del 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.

# Nota informativa garanzie B,C,D ed E

## 9. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

Non previsto.

## 10. Diritto di Recesso

Avvertenza: l'Assicurato può recedere dal contratto entro sessanta 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 avrà effetto dall'anno successivo alla data di 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 due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda secondo quanto stabilito dall'art.2952 del Codice Civile.

## 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 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 o viene diagnosticata la malattia per le garanzie B) e C);
2. avviene il ricovero per la garanzia D);
3. 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, 5.6 e 6.5 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle procedure liquidative.

### 16. Reclami

*Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri relativi alle garanzie B,C,D ed E devono essere inoltrati per iscritto a:*

InChiaro Assicurazioni S.p.A.- RECLAMI  
Via Salaria n. 30 - 00198 ROMA  
Fax: +39 06.42035825– E-mail: [reclami@inchiario.it](mailto:reclami@inchiario.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 dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti alla autorità di vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'IVASS faciliterà le comunicazioni tra le autorità competenti ed il Contraente.*

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

## Nota informativa garanzie B,C,D ed E

HDI Assicurazioni S.p.A., CBA Vita S.p.A. e InChiaro Assicurazioni S.p.A. si impegnano a darsi immediata e reciproca comunicazione dei reclami di competenza dell'altra Impresa di assicurazione.

### **17. Arbitrato**

Non previsto.

\* \* \*

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

**InChiaro Assicurazioni S.p.A.  
L'Amministratore Delegato  
Dott. Luciano Conti**



## GLOSSARIO DANNI

**Assicurato:** il soggetto che ha sottoscritto il modulo di adesione e nel cui interesse è stipulata l'Assicurazione

**Capitale assicurato:** è determinato 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.

**Carenza:** periodo intercorrente tra il momento della stipulazione del contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia diventa concretamente efficace.

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

**Decorrenza:** momento dal quale il contratto di assicurazione diviene valido ed efficace. Nel presente contratto le garanzie sono valide a partire dalle ore 24 del giorno indicato nel modulo di adesione.

**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.

**Invalidità totale e permanente:** la perdita totale definitiva, a seguito di infortunio o malattia, 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 comporti 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.

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

**Premio:** importo, il cui onere economico è a carico dell'Assicurato, che il Contraente è tenuto a versare per ottenere le prestazioni previste dal contratto.

**Ripresa di occupazione:** periodo di tempo successivo al verificarsi dell'evento dannoso 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

## Nota informativa garanzie B, C, D ed E

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., Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa e individuata per accordo tra le tre Società (InChiaro Assicurazioni S.p.A, CBA Vita S.p.A. e HDI assicurazioni S.p.A.) a gestire il pacchetto assicurativo offerto in virtù della polizza collettiva stipulata con il Contraente.

## MUTUI FLESSIBILE

### CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PER TUTTE LE GARANZIE

Data ultimo aggiornamento del documento 22.05.2014

#### Art. 1.1. Definizione del contratto

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 degli Istituti di Credito appartenenti al Gruppo Banca Sella con i quali gli Istituti stipulano o hanno già stipulato un contratto di mutuo, a prescindere dal piano di ammortamento utilizzato.

Le garanzie assicurative sono offerte da:

- HDI Assicurazioni S.p.A. in coassicurazione con CBA Vita Spa, in qualità di Delegataria per il caso morte;
- InChiaro Assicurazioni S.p.A. per le garanzie danni.

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

#### Art. 1.2. Garanzie

Le garanzie oggetto della presente Polizza Collettiva costituiscono un unico pacchetto, che viene gestito da una sola Società nei confronti degli Assicurati e individuata, per accordo tra le tre Società, in HDI Assicurazioni S.p.A di seguito denominata per brevità "Società". Le garanzie offerte sono le seguenti:

**A** **Temporanea per il caso di morte a premio unico:** in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del capitale assicurato, come di seguito definito, al momento dell'evento. Tale garanzia è prestata da HDI Assicurazioni S.p.A. in coassicurazione con CBA Vita S.p.A.;

**B** **Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio e malattia :**

ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia 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 all'ammontare del capitale assicurato, come di seguito definito, alla data di riconoscimento dell'invalidità da parte dell'ente preposto. Tale garanzia è prestata da InChiaro Assicurazioni S.p.A.;

**C** **Assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia (riservata a lavoratori autonomi, lavoratori dipendenti pubblici):** ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti 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 di assicurazione relativi a tale garanzia, la corresponsione di una somma mensile pari alle singole rate ottenute dal piano di ammortamento calcolato dal Contraente e successive alla data dell'evento e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni di assicurazione relative a tale garanzia. Tale garanzia è prestata da InChiaro Assicurazioni S.p.A.;

**D** **Assicurazione di ricovero per grande intervento chirurgico (riservata ai non lavoratori) :** nel caso in cui l'Assicurato, durante il periodo contrattuale, sia ricoverato per grande intervento chirurgico, la corresponsione di una somma determinata così come indicato negli artt. successivi relativi a tale garanzia.

**E** **Assicurazione di disoccupazione (riservata ai soli lavoratori dipendenti privati):** in caso di disoccupazione, la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento pari alle singole rate ottenute dal piano di ammortamento, calcolato dal Contraente, successive alla data del licenziamento, limitatamente al periodo di disoccupazione e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni di assicurazione relative a tale garanzia. Tale garanzia è prestata da InChiaro Assicurazioni S.p.A.

L'Assicurato sceglie ed indica nel modulo di adesione la durata delle garanzie, che può essere pari a 5 o 10 anni. Il capitale assicurato iniziale è pari all'importo erogato o al debito residuo derivante dal rapporto di mutuo contratto dall'Assicurato verso il Contraente.

Il capitale assicurato è determinato 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

consegnato dal Contraente all'Assicurato al momento della sottoscrizione del modulo di adesione. Tale piano di ammortamento, calcolato dal Contraente, non coincide con quello del mutuo contratto dall'Assicurato.

**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.**

#### **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 delle Compagnie. Società, in caso di dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze tali che non avrebbe dato il proprio 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 dalle Compagnie o prima che quest'ultime abbiano 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. La Società ha diritto alla parte di premio relativa al periodo intercorso dalla data di decorrenza alla data in cui ha domandato l'annullamento.

Qualora 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 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 a 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 o gli indennizzi assicurati per singolo Assicurato saranno così determinate:**

Garanzia A): **50% del capitale assicurato complessivo per singolo contratto.**

Garanzia B): **50% del capitale assicurato complessivo per singolo contratto.**

Garanzia C): **50% della rata** ottenuta dal piano di ammortamento calcolato dal Contraente.

Garanzia D): **50% del cumulo di massimo 12 rate.**

Garanzia E) :**50% della rata** ottenuta dal piano di ammortamento calcolato dal Contraente.

Il premio corrisposto per singolo Assicurato sarà calcolato sul 50% delle prestazioni o degli indennizzi. Restano invariati tutti i limiti assuntivi 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;

✓ 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, ferma la durata delle garanzie come indicata nel modulo di adesione stesso.

La durata dell'assicurazione, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, è quella indicata dall'Assicurato nel modulo di adesione. L'Assicurato può scegliere tra una durata pari a **60 o 120 mesi.**

#### **Art. 1.6. Risoluzione delle garanzie**

**In caso di morte e di invalidità totale e permanente con conseguente corresponsione della prestazione/indennizzo da parte della Società di**

competenza , tutte le garanzie cessano la loro efficacia ed il premio resta acquisito dalle Compagnie.

Qualora il mutuo sia cointestato, nel caso sia liquidato un sinistro a causa di morte, invalidità totale e permanente, 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.

Al verificarsi del pagamento del numero massimo di 12 indennizzi mensili nel corso della durata dell'assicurazione, le garanzie C (inabilità temporanea totale), D (ricovero per grande intervento chirurgico) ed E (disoccupazione) si risolvono.

#### **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 stipula o 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 70 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 pari all'importo erogato o al debito residuo derivante dal rapporto di mutuo contratto dall'Assicurato verso il Contraente.

Il capitale massimo assicurabile è pari a 155.000,00 euro per testa assicurata. Possono essere assicurate fino a due teste per ogni contratto pertanto, per il singolo contratto, il capitale assicurato complessivo è pari a euro 310.000,00.

Il limite massimo dell'importo mensile risarcibile per ogni singola adesione è fissato in Euro 880,00 (ottocentottanta/00) per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero per grande intervento chirurgico e Disoccupazione.

Non sono assicurabili mutui di durata inferiore alla durata della polizza.

L'Assicurato deve fornire indicazioni sulle sue condizioni di salute sottoscrivendo la 'Dichiarazione di buono stato di salute'. Qualora l'Assicurato non sia in grado di sottoscrivere la precedente dichiarazione dovrà trasmettere lo specifico Questionario anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia. Il questionario e l'eventuale documentazione sanitaria necessaria per la valutazione del rischio viene inviata dall'Assicurato a Società tramite il Contraente. Ai fini dell'assunzione del rischio 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 da Società. In caso di rifiuto del rischio il modulo di adesione sottoscritto dal richiedente e la contestuale adesione alla Polizza Collettiva dovranno considerarsi nulli.

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

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.**

**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 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.**

**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 nel rapporto del mutuo**

In caso di anticipata estinzione del rapporto di mutuo, di trasferimento del mutuo, di accollo dello stesso ad altra persona le garanzie assicurate si sciogliono. L'Assicurato deve dare comunicazione scritta a Società, nonché al Contraente, con lettera

raccomandata A/R contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata e 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 Società rimborsa all'Assicurato, anche in nome e per conto del Contraente, il premio pagato al netto di eventuali imposte, delle spese per il 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:

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

dove:

R = rateo di premio da rimborsare;

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

N = durata originaria dell'assicurazione scelta dall'Assicurato nel modulo di adesione espressa in mesi interi (con approssimazione all'intero superiore);

K = durata residua dell'assicurazione, scelta inizialmente dall'Assicurato, espressa in mesi interi (con approssimazione all'intero superiore).

Società trattiene dall'importo da rimborsare le spese per il 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.

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

Le prestazioni assicurate vengono garantite dietro il pagamento di un premio unico anticipato che si ottiene moltiplicando il tasso di premio per l'importo del capitale assicurato. L'importo del premio dipende dalla durata, dall'età, dal capitale assicurato e non è differenziato in base al fattore sesso.

L'importo del premio distinto per le garanzie A e B,C,D,E è indicato nel modulo di adesione. Il premio, il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, è dovuto alle Compagnie dal Contraente tramite bonifico bancario.

#### **Art. 1.11. Recesso dell'Assicurato**

L'Assicurato può recedere entro 60 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**

**Succursale del Contraente presso la quale è stato 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. *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 avrà effetto dall'anno successivo alla data di richiesta e il contratto proseguirà la sua efficacia per la sola garanzia A.* Tale richiesta deve pervenire a Società

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

#### **Art. 1.12. Cambio di attività o professione**

Qualora l'Assicurato cambi la propria attività nel corso della durata del contratto, le garanzie assicurative vengono automaticamente modificate ed adeguate alle nuove attività.

L'Assicurato non deve dare comunicazione a 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 economico è 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. Non pignorabilità e non sequestrabilità**

Ai sensi dell'art.1923 del Codice Civile, le somme dovute in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili, né sequestrabili.

#### **Art. 1.16. Rinvio alle norme di legge**

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

#### **Art. 1.17. 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, a Società, nei tempi e con le modalità previste dalle Condizioni contrattuali che regolano le singole garanzie assicurate.

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

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

**SOCIETÀ COASSICURATRICI : HDI ASSICURAZIONI S.P.A. E  
CBA VITA S.P.A  
(VALIDA PER TUTTI)**

#### **Art.2.1 Clausola di coassicurazione per la garanzia Temporanea per il caso di morte**

L'assicurazione per la garanzia Temporanea per il caso di morte è ripartita tra le imprese di seguito indicate secondo le quote riportate:

- HDI Assicurazioni S.p.A. in qualità di "Delegataria" 40,00%;
- CBA Vita S.p.A. in qualità di "Coassicuratrice" 60,00%.

Ciascuna di esse è tenuta alle prestazioni assicurate in proporzione alla rispettiva quota quale risulta dagli accordi di coassicurazione, esclusa ogni responsabilità solidale. Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle inerenti al recesso, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite dell'impresa HDI Assicurazioni S.p.A. designata quale Coassicuratrice Delegataria. Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Delegataria in nome e per conto dell'altra Società assicuratrice. Quest' ultima sarà tenuta a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria che è tenuta alla gestione del contratto, all'istruzione delle prestazioni e alla quantificazione del loro ammontare, attribuendole a tal fine ogni facoltà necessaria, ivi compresa quella di incaricare consulenti in nome e per conto delle coassicuratrici. La Delegataria è anche incaricata dalla coassicuratrice dell'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, nonché di provvedere al pagamento degli indennizzi.

Ogni modifica agli accordi di coassicurazione che richieda una stipulazione scritta, impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo.

#### **Art.2.2 Prestazione assicurata**

La Delegataria 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 Delegataria provvede ad effettuare i pagamenti esclusivamente sulla base del piano di ammortamento, calcolato dal Contraente, di cui all'art. 1.2 delle presenti condizioni.

#### **Art 2.3 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:

- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- 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 salvo che siano trascorsi 12 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;
- calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica e fenomeni connessi.

E' inoltre escluso il decesso su territorio mondiale che sia direttamente o indirettamente causato o avvenuto durante o in conseguenza di partecipazione attiva o 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.

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

#### **Art. 2.4 Pagamento delle prestazioni**

Per ottenere la liquidazione della prestazione, devono essere prodotti alla Delegataria, 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;
- **eventuale ulteriore documentazione** di carattere sanitario ritenuta necessaria dalla Delegataria;
- **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;**
- certificato della commissione medica predisposta per l'accertamento;
- verbale dell'autorità intervenuta e chiusa inchiesta;

- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società;
- 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 Delegataria 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. 2.5 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 E MALATTIA A PREMIO UNICO**

**SOCIETÀ ASSICURATRICE: INCHIARO ASSICURAZIONI S.P.A.**  
(VALIDA PER TUTTI)

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

Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale, dal quale derivi un'invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale Società garantisce la corresponsione all'Assicurato di una somma pari all'ammontare del capitale assicurato, alla data di riconoscimento dell'invalidità da parte dell'ente preposto. I pagamenti vengono effettuati esclusivamente sulla base del piano di ammortamento, calcolato dal Contraente, di cui all'art. 1.2 delle presenti condizioni.

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) dovrà essere certificato dalla Commissione Medica di Verifica e non dovrà essere soggetto a termini di rivedibilità.

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

**Sono esclusi dall'assicurazione:**

- Infortunio e malattie causati da dolo dell'Assicurato;**
- Infortunio e malattie 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:

- c) Infortunati e malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- d) HIV o AIDS
- e) Infortunati e malattie causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) Infortunati e malattie causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
- g) Infortunati e malattie causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- h) Infortunati o malattie 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);
- i) Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- j) 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;
- k) Le conseguenze di infortuni e malattie avvenuti nei 360 gg. antecedenti la Data di decorrenza e le conseguenze di situazioni patologiche insorte nei 360 gg. antecedenti la Data di decorrenza, già diagnosticate in tale data all'Assicurato;
- l) Infortunati e malattie causati da:
  - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
  - 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;
  - 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, sport aerei in genere;
  - 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;
  - uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in

competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;

-guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia i requisiti per il rinnovo al momento del sinistro;

- 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 f) vale per l'invalidità totale e permanente conseguenti a infortuni e malattie 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 della malattia 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 dalla diagnosi della malattia 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.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

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

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

#### **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**

**SOCIETÀ ASSICURATRICE: INCHIARO ASSICURAZIONI S.P.A.**  
(GARANZIA VALIDA PER LAVORATORI AUTONOMI, LAVORATORI DIPENDENTI PUBBLICI)

#### **Art 4.1 Indennizzo**

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 capacità dell'Assicurato ad un'attività lavorativa generica, liquiderà all'Assicurato, per il periodo di inabilità, una somma mensile pari alle singole rate, calcolate dal Contraente, e non ancora scadute alla data del ricovero. La rata è determinata esclusivamente sulla base del piano di ammortamento, calcolato dal Contraente, di cui all'art. 1.2 delle presenti condizioni.

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 accertato da una struttura ospedaliera, la quale dovrà determinare un periodo di prognosi di almeno 30 giorni, a decorrere dalla data di ingresso nella struttura ospedaliera. E' esclusa la possibilità che la durata della prognosi iniziale possa essere prolungata da successive prognosi. 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 12 indennizzi mensili per ogni sinistro e nel corso della durata dell'assicurazione.

Alla determinazione del numero massimo di indennizzi partecipano anche gli indennizzi corrisposti per le garanzie D (ricovero) ed E (disoccupazione).

Ogni indennizzo mensile non può essere superiore ad Euro 880,00 (ottocentottanta/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 comporti 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 Esclusioni**

Le coperture non saranno operative nei sotto elencati casi:

- 1) Infortunati e malattie causati da dolo dell'Assicurato;
- 2) Ferite con meno di sette punti di sutura;
- 3) Distorsioni articolari senza rottura di legamenti;
- 4) Ferite cutanee senza necessità di intervento di chirurgia plastica;
- 5) Ferite limitate alla cute senza interessamento di strutture tendinee, vascolari o nervose;
- 6) Fratture composte trattabili con gesso o tutore;
- 7) Distrazioni muscolari senza rottura completa;
- 8) Ernia, salvo le ernie addominali.
- 9) HIV o AIDS;
- 10) Infortunati 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;
- 11) Infortunati 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;
- 12) Infortunati causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 13) Infortunati causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
- 14) Infortunati causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- 15) Infortunati 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);
- 16) Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche

cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;

- 17) 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;
- 18) 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 diagnosticate in tale data all'Assicurato;
- 19) 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) 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 qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia i requisiti per il rinnovo al 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) calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica e fenomeni connessi.

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

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 180 giorni dalla decorrenza del contratto.

#### **Art.4.4 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.4.5 Denuncia dell'infortunio o 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 della scheda 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 a 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 l'attività lavorativa di cui al precedente Art. 4.1. Gli obblighi assunti da InChiaro Assicurazioni S.p.A. con la presente garanzia sono definitivamente esauriti al raggiungimento del massimale dei 12 indennizzi totali nel corso della durata del contratto.

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

#### **Art.4.6 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 DI RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

SOCIETÀ ASSICURATRICE: INCHIARO ASSICURAZIONI S.P.A.  
(GARANZIA VALIDA PER I NON LAVORATORI)

### Art. 5.1. Indennizzo

Società, ove l'Assicurato sia ricoverato per grande intervento chirurgico, come di seguito specificato, presso una struttura ospedaliera, corrisponderà un indennizzo pari al cumulo di massimo 12 rate mensili successive alla data del ricovero. La somma è determinata moltiplicando l'importo della rata per il numero delle rate. La rata è determinata esclusivamente sulla base del piano di ammortamento, calcolato dal Contraente, di cui all'art. 1.2 delle presenti condizioni.

### Art. 5.2. 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.
- Atriosettostomia 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

- 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. 5.3. Periodo di carenza

Società pagherà l'indennizzo solo se il sinistro, per ricovero per grande intervento chirurgico, si è verificato dopo il periodo di carenza pari a 180 giorni dalla decorrenza del contratto.

#### Art. 5.4. Esclusioni

Le coperture non saranno operative per i ricoveri causati dai sotto elencati casi:

- 1) Infortuni e malattie causati da dolo dell'Assicurato;
- 2) Infortuni o malattie 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 o malattie 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 o malattie causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 5) Infortuni o malattie causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni;
- 6) Infortuni o malattie causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- 7) Infortuni o malattie 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 paranoici;
- 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) guida di
      - guida di macchine operatrici;
      - guida di natanti a motore per uso non privato;
      - 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;
    - 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;
- calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica e fenomeni connessi.

#### Art. 5.5. Rischio di guerra all'estero

La presente garanzia, a parziale deroga dell'art. 5.4 "Esclusioni" punto 5 vale per ricovero per grande

intervento chirurgico 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. 5.6. Denuncia del ricovero e relativi obblighi**  
In caso di sinistro, l'Assicurato o chi per esso, deve darne avviso scritto a Società, entro 60 giorni dalla data in cui è avvenuto il ricovero 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.

La denuncia del Ricovero deve essere corredata da certificato medico e copia della cartella clinica. L'assicurato, o chi per esso, devono consentire a Società le indagini e gli accertamenti necessari. Società, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare le diagnosi dell'infortunio o della malattia che hanno determinato il ricovero con propri medici di fiducia, i cui costi saranno a carico della stessa.

## **6.0 GARANZIA E - ASSICURAZIONE DI DISOCCUPAZIONE A PREMIO UNICO**

**SOCIETÀ ASSICURATRICE : INCHIARO ASSICURAZIONI S.P.A.  
(GARANZIA VALIDA PER I SOLI LAVORATORI DIPENDENTI PRIVATI)**

### **Art. 6.1 Indennizzo**

Società, in caso di sopravvenuta disoccupazione, durante la durata della garanzia, provvede alla corresponsione all'Assicurato di una somma mensile, pari alle rate successive alla data di licenziamento. La rata è determinata esclusivamente sulla base del piano di ammortamento, calcolato dal Contraente, di cui all'art. 1.2 delle presenti condizioni.

Al verificarsi della disoccupazione, il primo indennizzo sarà liquidato trascorsi 30 giorni consecutivi di disoccupazione dal termine del periodo di franchigia assoluta di 90 giorni consecutivi. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni successivo periodo intero di 30 giorni consecutivi di disoccupazione con un massimo di 12 indennizzi mensili per ogni sinistro e nel corso della durata dell'assicurazione.

Alla determinazione del numero massimo di indennizzi partecipano anche gli indennizzi corrisposti per le garanzie C (inabilità) e D (ricovero). Il limite massimo di ogni singola rata è pari a Euro 880,00.

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 180 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 6 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) Licenziamento per superamento del periodo di comparto;
- 7) Licenziamenti per motivi disciplinari
- 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,
- 13) 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 cooperative,
- 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 pur lavorando in Italia 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.

#### Art. 6.4 Denunce successive - sospensione degli indennizzi

Per i successivi eventi di disoccupazione 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 180 giorni consecutivi .

Gli obblighi assunti dalla Società InChiaro Assicurazioni S.p.A. con la presente garanzia relativamente al rischio per disoccupazione sono definitivamente esauriti qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 12 indennizzi mensili.

**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 a Società la propria disoccupazione inviando copia del documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- b) inviare lettera di assunzione;
- c) inviare lettera di licenziamento;
- d) inviare copia del modulo di adesione ;
- 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.



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 421 031 - Telefax +39 06 4210 3500  
Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F. e P. IVA 04349061004 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92 - Iscrizione R.E.A. di Roma n. 757172/92 - Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) - Società con unico azionista - Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015



**C.B.A.VITA S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA**

Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106 e capogruppo del Gruppo assicurativo "Gruppo CBA" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al nr. 32.  
Capitale Sociale Euro 39.000.000 i.v. - Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - [www.cbavita.com](http://www.cbavita.com) - C.F./P. IVA n. 10288130155 - Reg. Imprese di Milano n. 315047 - R.E.A. n. 1363580 - Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie. Soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Banca Sella Holding



INCHIARO Assicurazioni S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale: Via Salaria, 30 - 00198 Roma (I) Telefono +39 06 420 358 - Telefax +39 06 420 358 58 - Capitale sociale € 5.000.000,00 i.v. - Codice Fiscale, Partita IVA e Registro delle Imprese di Roma n. 09407131003 - REA di Roma n. 1160354 - Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2548 del 20.9.2007 (G.U. n. 230 del 3.10.2007) ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00160 - Società facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetta all'attività di direzione e coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

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	
Anchoriosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50		40
Anchoriosi 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	
Anchoriosi 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'anchoriosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25		20
Anchoriosi totale articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55		50
Anchoriosi 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'anchoriosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35		30
Anchoriosi 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:**

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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%
- 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.

<b>MODULO DI DENUNCIA DELLA GARANZIA A</b>
--

N° Polizza: .....

Filiale N° ..... Indirizzo: .....

**Spett.le****HDI Assicurazioni S.p.A.****Ufficio Gestione Portafoglio Vita****Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA****Data.....****ASSICURATO**Cognome e Nome ..... sesso ..... data di  
nascita ...../...../..... ..

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

Cod.Fisc.....

Comune di residenza .....Cap.  
..... Prov. ....Indirizzo  
.....  
.....**DECESSO (documenti da presentare dall' avente causa):**

- 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;
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria da 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**

.....

<b>MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO GARANZIE B,C,D,E</b>
--

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

**Spett.le**

**InChiaro Assicurazioni S.p.A.**

**c/o 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**

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

**Ricovero per grande intervento chirurgico**

**(Garanzia valida per i non lavoratori)**

- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento (in caso di intervento per infortunio);
- certificato rilasciato dalla struttura ospedaliera indicante l'intervento subito;
- certificato rilasciato dalla struttura ospedaliera indicante il periodo di prognosi conseguente all'intervento subito;
- eventuale ulteriore documentazione di carattere sanitario ritenuta necessaria da Società;
- 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 del 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)

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;

**Luogo e data**

.....

**Firma dell'Assicurato**

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **4) DIRITTI DELL'INTERESSATO**

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

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

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

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

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

# PAGINA BIANCA



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

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

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni  
con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta  
alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022  
Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni"  
iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

## InChiaro Assicurazioni Spa "Tutela Privacy"

---

### Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30.06.2003 n. 196

InChiaro Assicurazioni S.p.A., al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore previsti, deve disporre di dati personali che La riguardano – dati raccolti presso di Lei o presso altri soggetti e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge – e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative, secondo le ordinarie e molteplici attività operative dell'assicurazione.

Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il consenso che Le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela, è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Precisiamo che senza i Suoi dati InChiaro Assicurazioni S.p.A. non potrà fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

---

### Modalità di uso dei dati personali

InChiaro Assicurazioni S.p.A. tratterà i Suoi dati solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità operative e procedure anche quando i dati vengono comunicati - in Italia o all'estero – per i suddetti fini ai soggetti in precedenza già indicati nelle presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa.

Nella nostra Società, i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

---

### Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso InChiaro Assicurazioni S.p.A. o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento.

---

### Titolare responsabile/i del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è InChiaro Assicurazioni S.p.A., con sede e Direzione Generale nella Repubblica Italiana, via Salaria, 30 – 00198 Roma, tel. 06.420 358, fax 06.420 358 258.

Il Titolare ha designato più Responsabili, l'elenco aggiornato è consultabile presso il sito internet: [www.inchiaro.it](http://www.inchiaro.it).

---

PAGINA BIANCA

**MUTUO COINTESTATO**  **SI**  **NO** In caso di mutuo cointestato, possono essere assicurati due cointestatari. Le garanzie saranno operanti al 50% per ognuno degli assicurati.

IL **SOTTOSCRITTO RICHIEDENTE** \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e  
 residente \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tipo documento \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ rilascio \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_ in qualità di  
 richiedente/titolare del mutuo n. \_\_\_\_\_ presso Banca \_\_\_\_\_  
 filiale cod. \_\_\_\_\_

preso atto che l'Istituto di credito, (Contraente), \_\_\_\_\_ ha stipulato una polizza di assicurazione a premio unico a cui possono aderire i clienti persone fisiche che stipulano o hanno stipulato un contratto di mutuo, a prescindere dal piano di ammortamento utilizzato, che offre le seguenti garanzie e che costituiscono un pacchetto unico:

- A** **Temporanea per il caso di morte:** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato al momento dell'evento;
  - B** **Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio e malattia:** Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale, dal quale derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al 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, la corresponsione di una somma mensile pari alle singole rate ottenute dal piano di ammortamento, calcolato dal Contraente, e successive alla data dell'evento.
  - D** **Assicurazione di ricovero per grande intervento chirurgico (riservata a non lavoratori):** Nel caso in cui l'Assicurato durante il periodo contrattuale sia ricoverato per grande intervento chirurgico (così come specificato nelle condizioni di assicurazione) la corresponsione di una somma pari al cumulo di massimo 12 rate mensili ottenute dal piano di ammortamento, calcolato dal Contraente, successive alla data di ricovero.
  - 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 dal Contraente, successive alla data del licenziamento, limitatamente al periodo di disoccupazione comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali.
- Per le garanzie C,D ed E il numero massimo di rate mensili complessivamente rimborsabili previsto è \_\_\_\_\_.

La garanzia Temporanea per il caso di morte è prestata da HDI Assicurazioni S.p.A. in coassicurazione con CBA Vita. Le garanzie B, C, D ed E sono prestare da InChiaro Assicurazioni S.p.A.

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE (coincidente con l'importo erogato dal mutuo) _____		ATA (in mesi)	60	120
DECORRENZA _____	ADENZA _____	PREMIO UNICO TOTALE* € _____ di cui:		
garanzia A € _____	_____	* Il premio è indipendente dal sesso.		
COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO _____ di cui:		COSTI DI INTERMEDIAZIONE € _____	COSTI PER RIMBORSO PREMIO € 50,00 _____	

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

- DICHIARA ALTRESI':**
- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto;
  - di prendere atto che i beneficiari della polizza relativa 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 alle Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto ;
  - di aver preso visione dei seguenti documenti - e di accettarli come parte integrante del contratto- contenuti nel fascicolo informativo Mod. MUTUIFGBS\_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 delle Società, sono veritiere, precise e complete;
  - di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalle 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 (qualora richiesto) da parte delle 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** \_\_\_\_\_  
**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** Il/Il 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.  
**Data,** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

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

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle condizioni di assicurazione di cui al Fascicolo Informativo: Art. 1.3 – Dichiarazioni dell'assicurato; Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario della prestazione e pagamento degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso dell'Assicurato; Art. 2.3 Rischio di morte – Art. 2.4 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.5 Riscatto; Art. 3.1 Indennizzo; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi; Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.2 Esclusioni; Art. 4.3 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.4 Denuncia dell'infortunio o malattia e relativi obblighi; Art. 5.1 Indennizzo, Art. 5.2 Malattia Grave durante il periodo di carenza; Art. 5.2 Grandi Interventi chirurgici; Art. 5.3 Periodo di carenza; Art. 5.4 Esclusioni; Art. 5.6 Denuncia del ricovero 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 degli indennizzi, Art. 6.5 Denuncia del sinistro ed oneri relativi

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 421 031 - Telefax +39 06 4210 3500  
Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F. e P. IVA 04349061004 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92 - Iscrizione R.E.A. di Roma  
n. 757172/92 - Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) - Società con unico  
azionista - Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015



**C.B.A. VITA S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA**

Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106 e capogruppo del Gruppo assicurativo "Gruppo CBA" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 32. Capitale Sociale  
Euro 39.000.000 i.v. - Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - [www.cbavita.com](http://www.cbavita.com) - C.F./P. IVA n. 10288130155 - Reg.  
Imprese di Milano n. 315047 - R.E.A. n. 1363580 - Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997  
(G.U. 181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie. Soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Banca Sella Holding



INCHIARO Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Salaria, 30 - 00198 Roma (I) Telefono +39 06 420 358 - Telefax +39 06 420 358 58 - Capitale  
sociale € 5.000.000,00 i.v. - Codice Fiscale, Partita IVA e Registro delle Imprese di Roma n. 09407131003 - REA di Roma n. 1160354 - Impresa autorizzata all'esercizio  
delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2548 del 20.9.2007 (G.U. n. 230 del 3.10.2007) ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00160 - Società  
facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetta all'attività di direzione e coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

**MUTUO COINTESTATO**  **SI**  **NO** In caso di mutuo cointestato, possono essere assicurati due cointestatarî. Le garanzie saranno operanti al 50% per ognuno degli assicurati.

IL **SOTTOSCRITTO RICHIEDENTE** \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e  
 residente \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ et  \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tipo documento \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ rilascio \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_ in qualit  di \_\_\_\_\_  
 richiedente/titolare del mutuo n. \_\_\_\_\_ presso Banca \_\_\_\_\_  
 filiale cod. \_\_\_\_\_

preso atto che l'Istituto di credito, (Contraente), \_\_\_\_\_ ha stipulato una polizza di assicurazione a premio unico a cui possono aderire i clienti persone fisiche che stipulano o hanno stipulato un contratto di mutuo, a prescindere dal piano di ammortamento utilizzato, che offre le seguenti garanzie e che costituiscono un pacchetto unico:

- A** **Temporanea per il caso di morte:** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato al momento dell'evento;
  - B** **Assicurazione di invalidit  totale e permanente derivante da infortunio e malattia:** Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale, dal quale derivi una invalidit  totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato al momento dell'evento;
  - C** **Assicurazione di inabilit  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 inabilit  temporanea in misura totale della capacit  ad attendere ad un'attivit  lavorativa generica per il periodo di inabilit  e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali, la corresponsione di una somma mensile pari alle singole rate ottenute dal piano di ammortamento, calcolato dal Contraente, e successive alla data dell'evento.
  - D** **Assicurazione di ricovero per grande intervento chirurgico (riservata a non lavoratori):** Nel caso in cui l'Assicurato durante il periodo contrattuale sia ricoverato per grande intervento chirurgico (cos  come specificato nelle condizioni di assicurazione) la corresponsione di una somma pari al cumulo di mass. 12 rate mensili ottenute dal piano di ammortamento, calcolato dal Contraente, successive alla data di ricovero.
  - 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 dal Contraente, successive alla data del licenziamento, limitatamente al periodo di disoccupazione comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali.
- Per le garanzie C,D ed E il numero massimo di rate mensili complessivamente rimborsabili previsto   \_\_\_\_\_.

La garanzia Temporanea per il caso di morte   prestata da HDI Assicurazioni S.p.A. in coesione con CBA \_\_\_\_\_ e le garanzie B,C,D ed E sono prestare da InChiaro Assicurazioni S.p.A.

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI	
CAPITALE ASSICURATO INIZIALE (coincidente con l'importo erogato dal mutuo) _____	ATA (in mesi) 60 120
DECORRENZA _____	ADENZA _____
PREMIO UNICO TOTALE* � _____ di cui:	
garanzia A � _____, _____ e _____	_____ * Il premio � indipendente dal sesso.
COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO _____ di cui:	COSTI DI INTERMEDIAZIONE � _____ COSTI PER RIMBORSO PREMIO � 50,00 _____
Beneficiari per la garanzia A: eredi _____ Il pagamento degli indennizzi, relativi alle garanzie B,C,D ed E viene effettuato a favore dell'Assicurato.	

- DICHIARA ALTRESI':**
- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto;
  - di prendere atto che i beneficiari della polizza relativa 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 alle Societ  in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto ;
  - di aver preso visione dei seguenti documenti - e di accettarli come parte integrante del contratto- contenuti nel fascicolo informativo Mod. MUTUIFGBS\_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 delle Societ , sono veritiere, precise e complete;
  - di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalle Societ ;
  - di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Societ  credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni;
  - di avere un'et  non superiore ai 65 anni non compiuti;
  - di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso (qualora richiesto) da parte delle Societ  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 affinit  entro il secondo grado, come intesi all'art. 230 bis c.c

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_  
**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** Il/Il Sottoscritto/i Assicurando/i, in qualit  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 Societ  e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sar  possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualit  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.  
**Data,** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**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 pu  chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.  
 IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:  
 1) di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, di non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attivit  lavorativa per pi  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** \_\_\_\_\_

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 Modalit  di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario della prestazione e pagamento degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso dell'Assicurato; Art. 2.3 Rischio di morte – Art. 2.4 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.5 Riscatto; Art. 3.1 Indennizzo; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi; Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.2 Esclusioni; Art. 4.3 Inabilit  temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.4 Denuncia dell'infortunio o malattia e relativi obblighi; Art. 5.1 Indennizzo, Art. 5.2 Malattia Grave durante il periodo di carenza; Art. 5.2 Grandi Interventi chirurgici; Art. 5.3 Periodo di carenza; Art. 5.4 Esclusioni; Art.5.6 Denuncia del ricovero 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 degli indennizzi, Art. 6.5 Denuncia del sinistro ed oneri relativi

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 421 031 - Telefax +39 06 4210 3500  
Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F. e P. IVA 04349061004 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92 - Iscrizione R.E.A. di Roma  
n. 757172/92 - Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) - Società con unico  
azionista - Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015



**C.B.A.VITA S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA**

Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106 e capogruppo del Gruppo assicurativo "Gruppo CBA" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 32. Capitale Sociale  
Euro 39.000.000 i.v. - Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - [www.cbavita.com](http://www.cbavita.com) - C.F./P. IVA n. 10288130155 - Reg.  
Imprese di Milano n. 315047 - R.E.A. n. 1363580 - Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997  
(G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie. Soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Banca Sella Holding



INCHIARO Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Salaria, 30 - 00198 Roma (I) Telefono +39 06 420 358 - Telefax +39 06 420 358 58 - Capitale  
sociale € 5.000.000,00 i.v. - Codice Fiscale, Partita IVA e Registro delle Imprese di Roma n. 09407131003 - REA di Roma n. 1160354 - Impresa autorizzata all'esercizio  
delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2548 del 20.9.2007 (G.U. n. 230 del 3.10.2007) ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00160 - Società  
facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetta all'attività di direzione e coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

**MUTUO COINTESTATO**  **SI**  **NO** In caso di mutuo cointestato, possono essere assicurati due cointestatarî. Le garanzie saranno operanti al 50% per ognuno degli assicurati.

IL **SOTTOSCRITTO RICHIEDENTE** \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e  
 residente \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ et  \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tipo documento \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ rilascio \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_ in qualit  di  
 richiedente/titolare del mutuo n. \_\_\_\_\_ presso Banca \_\_\_\_\_  
 filiale cod. \_\_\_\_\_

preso atto che l'Istituto di credito, (Contraente), \_\_\_\_\_ ha stipulato una polizza di assicurazione a premio unico a cui possono aderire i clienti persone fisiche che stipulano o hanno stipulato un contratto di mutuo, a prescindere dal piano di ammortamento utilizzato, che offre le seguenti garanzie e che costituiscono un pacchetto unico:

- A** **Temporanea per il caso di morte:** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato al momento dell'evento;
- B** **Assicurazione di invalidit  totale e permanente derivante da infortunio e malattia:** Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale, dal quale derivi una invalidit  totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato al momento dell'evento;
- C** **Assicurazione di inabilit  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 inabilit  temporanea in misura totale della capacit  ad attendere ad un'attivit  lavorativa generica per il periodo di inabilit  e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali, la corresponsione di una somma mensile pari alle singole rate ottenute dal piano di ammortamento, calcolato dal Contraente, e successive alla data dell'evento.
- D** **Assicurazione di ricovero per grande intervento chirurgico (riservata a non lavoratori):** Nel caso in cui l'Assicurato durante il periodo contrattuale sia ricoverato per grande intervento chirurgico (cos  come specificato nelle condizioni di assicurazione) la corresponsione di una somma pari al cumulo di mass. 12 rate mensili ottenute dal piano di ammortamento, calcolato dal Contraente, successive alla data di ricovero.
- 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 dal Contraente, successive alla data del licenziamento, limitatamente al periodo di disoccupazione comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali.

Per le garanzie C,D ed E il numero massimo di rate mensili complessivamente rimborsabili previsto   \_\_\_\_\_.

La garanzia Temporanea per il caso di morte   prestata da HDI Assicurazioni S.p.A. in collaborazione con CBA Vita. Le garanzie B,C,D ed E sono prestare da InChiaro Assicurazioni S.p.A.

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE (coincidente con l'importo erogato dal mutuo) _____		ATA (in mesi)	60	120
DECORRENZA _____	ADENZA _____	PREMIO UNICO TOTALE* � _____	di cui:	
garanzia A � _____	garanzia E in base all'attivit� lavorativa della garanzia C � _____	* Il premio � indipendente dal sesso.		
COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO _____		COSTI DI INTERMEDIAZIONE � _____	COSTI PER RIMBORSO PREMIO � 50,00 _____	

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

**DICHIARA ALTRESI':**

- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto;
- di prendere atto che i beneficiari della polizza relativa 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 alle Societ  in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto ;
- di aver preso visione dei seguenti documenti - e di accettarli come parte integrante del contratto- contenuti nel fascicolo informativo Mod. MUTUIFGBS\_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 delle Societ , sono veritiere, precise e complete;
- di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalle Societ ;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Societ  credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni;
- di avere un'et  non superiore ai 65 anni non compiuti;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso (qualora richiesto) da parte delle Societ  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 affinit  entro il secondo grado, come intesi all'art. 230 bis c.c

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_  
**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** Il/Il Sottoscritto/i Assicurando/i, in qualit  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 Societ  e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sar  possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualit  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.  
**Data,** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**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 pu  chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.  
 IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:  
 1) di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, di non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attivit  lavorativa per pi  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** \_\_\_\_\_

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 Modalit  di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario della prestazione e pagamento degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso dell'Assicurato; Art. 2.3 Rischio di morte – Art. 2.4 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.5 Riscatto; Art. 3.1 Indennizzo; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi; Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.2 Esclusioni; Art. 4.3 Inabilit  temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.4 Denuncia dell'infortunio o malattia e relativi obblighi; Art. 5.1 Indennizzo, Art. 5.2 Malattia Grave durante il periodo di carenza; Art. 5.2 Grandi Interventi chirurgici; Art. 5.3 Periodo di carenza; Art. 5.4 Esclusioni; Art.5.6 Denuncia del ricovero 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 degli indennizzi, Art. 6.5 Denuncia del sinistro ed oneri relativi

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 421 031 - Telefax +39 06 4210 3500  
Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F. e P. IVA 04349061004 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92 - Iscrizione R.E.A. di Roma n. 757172/92 - Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) - Società con unico azionista - Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015



**C.B.A.VITA S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA**

Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106 e capogruppo del Gruppo assicurativo "Gruppo CBA" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 32. Capitale Sociale Euro 39.000.000 i.v. - Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - [www.cbavita.com](http://www.cbavita.com) - C.F./P. IVA n. 10288130155 - Reg. Imprese di Milano n. 315047 - R.E.A. n. 1363580 - Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U. 181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie. Soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Banca Sella Holding



INCHIARO Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Salaria, 30 - 00198 Roma (I) Telefono +39 06 420 358 - Telefax +39 06 420 358 58 - Capitale sociale € 5.000.000,00 i.v. - Codice Fiscale, Partita IVA e Registro delle Imprese di Roma n. 09407131003 - REA di Roma n. 1160354 - Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2548 del 20.9.2007 (G.U. n. 230 del 3.10.2007) ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00160 - Società facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetta all'attività di direzione e coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

**MUTUO COINTESTATO**  **SI**  **NO** In caso di mutuo cointestato, possono essere assicurati due cointestatarî. Le garanzie saranno operanti al 50% per ognuno degli assicurati.

IL **SOTTOSCRITTO RICHIEDENTE** \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e  
 residente \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ et  \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tipo documento \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ rilascio \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_ in qualit  di \_\_\_\_\_  
 richiedente/titolare del mutuo n. \_\_\_\_\_ presso Banca \_\_\_\_\_  
 filiale cod. \_\_\_\_\_

preso atto che l'Istituto di credito, (Contraente), \_\_\_\_\_ ha stipulato una polizza di assicurazione a premio unico a cui possono aderire i clienti persone fisiche che stipulano o hanno stipulato un contratto di mutuo, a prescindere dal piano di ammortamento utilizzato, che offre le seguenti garanzie e che costituiscono un pacchetto unico:

- A** **Temporanea per il caso di morte:** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato al momento dell'evento;
  - B** **Assicurazione di invalidit  totale e permanente derivante da infortunio e malattia:** Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale, dal quale derivi una invalidit  totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato al momento dell'evento;
  - C** **Assicurazione di inabilit  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 inabilit  temporanea in misura totale della capacit  ad attendere ad un'attivit  lavorativa generica per il periodo di inabilit  e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali, la corresponsione di una somma mensile pari alle singole rate ottenute dal piano di ammortamento, calcolato dal Contraente, e successive alla data dell'evento.
  - D** **Assicurazione di ricovero per grande intervento chirurgico (riservata a non lavoratori):** Nel caso in cui l'Assicurato durante il periodo contrattuale sia ricoverato per grande intervento chirurgico (cos  come specificato nelle condizioni di assicurazione) la corresponsione di una somma pari al cumulo di mass. 12 rate mensili ottenute dal piano di ammortamento, calcolato dal Contraente, successive alla data di ricovero.
  - 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 dal Contraente, successive alla data del licenziamento, limitatamente al periodo di disoccupazione comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali.
- Per le garanzie C,D ed E il numero massimo di rate mensili complessivamente rimborsabili previsto   \_\_\_\_\_.

La garanzia Temporanea per il caso di morte   prestata da HDI Assicurazioni S.p.A. in coesistenza con la garanzia B,C,D ed E prestata da InChiaro Assicurazioni S.p.A.

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE (coincidente con l'importo erogato dal mutuo) _____		ATA (in mesi)	60	120
DECORRENZA _____	ADENZA _____	PREMIO UNICO TOTALE* � _____	di cui:	
garanzia A � _____	garanzia E in base all'attivit� lavorativa della garanzia C,D � _____	* Il premio � indipendente dal sesso.		
COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO _____		COSTI DI INTERMEDIAZIONE � _____	COSTI PER RIMBORSO PREMIO � 50,00 _____	

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

- DICHIARA ALTRESI':**
- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto;
  - di prendere atto che i beneficiari della polizza relativa 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 alle Societ  in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto ;
  - di aver preso visione dei seguenti documenti - e di accettarli come parte integrante del contratto- contenuti nel fascicolo informativo Mod. MUTUIFGBS\_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 delle Societ , sono veritiere, precise e complete;
  - di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalle Societ ;
  - di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Societ  credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni;
  - di avere un'et  non superiore ai 65 anni non compiuti;
  - di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso (qualora richiesto) da parte delle Societ  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 affinit  entro il secondo grado, come intesi all'art. 230 bis c.c

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_  
**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** Il/Il Sottoscritto/i Assicurando/i, in qualit  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 Societ  e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sar  possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualit  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.  
**Data,** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**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 pu  chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.  
 IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:  
 1) di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, di non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attivit  lavorativa per pi  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** \_\_\_\_\_

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 Modalit  di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario della prestazione e pagamento degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso dell'Assicurato; Art. 2.3 Rischio di morte – Art. 2.4 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.5 Riscatto; Art. 3.1 Indennizzo; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi; Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.2 Esclusioni; Art. 4.3 Inabilit  temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.4 Denuncia dell'infortunio o malattia e relativi obblighi; Art. 5.1 Indennizzo, Art. 5.2 Malattia Grave durante il periodo di carenza; Art. 5.2 Grandi Interventi chirurgici; Art. 5.3 Periodo di carenza; Art. 5.4 Esclusioni; Art.5.6 Denuncia del ricovero 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 degli indennizzi, Art. 6.5 Denuncia del sinistro ed oneri relativi

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 421 031 - Telefax +39 06 4210 3500  
Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F. e P. IVA 04349061004 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92 - Iscrizione R.E.A. di Roma  
n. 757172/92 - Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) - Società con unico  
azionista - Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015



**C.B.A.VITA S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA**

Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106 e capogruppo del Gruppo assicurativo "Gruppo CBA" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 32. Capitale Sociale  
Euro 39.000.000 i.v. - Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - [www.cbavita.com](http://www.cbavita.com) - C.F./P. IVA n. 10288130155 - Reg.  
Imprese di Milano n. 315047 - R.E.A. n. 1363580 - Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997  
(G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie. Soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Banca Sella Holding



INCHIARO Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Salaria, 30 - 00198 Roma (I) Telefono +39 06 420 358 - Telefax +39 06 420 358 58 - Capitale  
sociale € 5.000.000,00 i.v. - Codice Fiscale, Partita IVA e Registro delle Imprese di Roma n. 09407131003 - REA di Roma n. 1160354 - Impresa autorizzata all'esercizio  
delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2548 del 20.9.2007 (G.U. n. 230 del 3.10.2007) ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00160 - Società  
facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetta all'attività di direzione e coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.