

TEMPORANEA PURO RISCHIO A CAPITALE COSTANTE

NOTA INFORMATIVA

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

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

HDI Assicurazioni S.p.A. – Società per Azioni (appartenente al Gruppo TALANX di HANNOVER) 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 – tel. (06) 42103.1 – fax (06) 42103.500 – Sito Internet: www.hdia.it – indirizzo e-mail: hdi.assicurazioni@hdia.it.

La Società di revisione e certificazione è BDO SALA SCELSI FARINA Società di Revisione S.p.A., con sede in Via Andrea Appiani 12 – 20121 Milano.

2. Conflitto di interessi

Il presente prodotto non presenta situazioni in conflitto di interessi. Nessun accordo per il riconoscimento di utilità specifiche è stato stipulato dalla Società con terze parti. In ogni caso l'impresa, pur in presenza di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata del contratto è compresa tra un minimo di 1 anno e un massimo di 20 per la forma a premio annuo costante, e tra un minimo di 2 e un massimo di 20 anni per la forma a premio unico; essa deve essere scelta tenendo presente che l'età dell'Assicurato alla sottoscrizione del contratto deve essere compresa tra 18 e 74 anni nel primo caso e tra 18 e 73 anni nel secondo. Per entrambe le forme l'età a scadenza non può risultare superiore a 75 anni.

Il contratto prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

a) Prestazioni in caso di decesso - assicurazione principale:

In caso di decesso dell'Assicurato entro la scadenza contrattuale la corresponsione ai Beneficiari designati del capitale indicato nel documento di polizza e di ammontare costante per tutta la durata (capitale assicurato).

Il Contraente, ove abbia scelto la forma a premio annuo, può integrare la predetta prestazione relativa all'*assicurazione principale*, con la prestazione di seguito descritta di una o più delle *assicurazioni complementari* previste:

b) Prestazioni in caso di decesso - assicurazione complementare infortuni:

La corresponsione immediata di un capitale di importo pari a quello della garanzia principale ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio.

L'importo del capitale viene raddoppiato qualora il

* C.F. e P.IVA 04349061004

decesso dell'Assicurato si verifichi in conseguenza di incidente della circolazione. E', altresì, considerato incidente della circolazione l'infortunio occorso all'Assicurato come personale di servizio dei mezzi di trasporto ferroviario.

c) Prestazioni in caso di decesso - assicurazione complementare *garanzia di famiglia*:

La corresponsione di un capitale in caso di decesso del partner dell'Assicurato, indicato nella proposta e/o nel documento di polizza, a condizione che tale decesso avvenga successivamente alla morte dell'Assicurato o nel medesimo giorno ma non oltre la scadenza del contratto, e che almeno uno dei figli beneficiari sopravviva.

I premi versati (unico o annui costanti) vengono utilizzati per far fronte al rischio demografico della mortalità; pertanto nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto e i premi corrisposti restano acquisiti dalla Società.

Il presente contratto prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica. E' tuttavia possibile, qualora l'ammontare del capitale e l'età dell'Assicurato lo permettano, non sottoporsi a visita medica mediante compilazione del questionario sanitario: in tal caso l'efficacia dell'assicurazione risulta limitata per 6 mesi (periodo di carenza). Qualora il decesso avvenga nel periodo di carenza, la Società corrisponde in luogo del capitale assicurato un importo pari al premio versato o alla somma dei premi versati al netto degli eventuali diritti ed imposte, delle addizionali di frazionamento e dei premi delle garanzie complementari prescelte.

Il periodo di carenza viene esteso a cinque anni dalla data di decorrenza qualora la morte sia dovuta a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata. Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, ma abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, il periodo di carenza è esteso a 7 anni.

Il Contraente è tenuto a prestare particolare attenzione nel leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.

E' escluso dalla garanzia il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non

titolare di brevetto idoneo ed, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione.

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

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

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

4. Premi

Le prestazioni garantite dalla presente assicurazione vengono corrisposte dietro il pagamento di un premio unico o annuo anticipato. Il premio annuo dev'essere corrisposto a partire dall'inizio del contratto, per la durata stabilita ma non oltre la morte dell'Assicurato.

L'entità del premio dipende dalla gamma e dal livello delle garanzie previste dal contratto: su di essa, inoltre, influiscono la durata dell'assicurazione, l'età, il sesso, lo stato di salute, le abitudini di vita e la professione dell'Assicurato.

Il premio annuo è di importo costante per l'intero periodo di pagamento dello stesso. Anche l'importo del premio delle garanzie complementari - la cui misura è indicata nelle rispettive condizioni di assicurazioni - è di ammontare costante. Il premio convenuto non può essere modificato dalla Società nel corso della durata del contratto. Il premio può essere corrisposto anche in rate sub-annuali. Qualora il Contraente scelga di rateizzare il premio, a quest'ultimo vengono applicate le successive addizionali di frazionamento: Semestrale 1,5%;

Nota informativa

Quadrimestrale 2%; Trimestrale 2,5%; Bimestrale 3%; Mensile 3,5%.

Le rate di premio devono essere pagate alle scadenze pattuite presso la Società o il Punto Vendita cui è assegnato il contratto contro quietanza. Il Contraente può versare i premi con assegno bancario o circolare intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." e munito della clausola di non trasferibilità. I versamenti successivi al primo

possono essere effettuati anche mediante apposito bollettino di conto corrente postale o con bonifico bancario intestato alla Compagnia di Assicurazione, come indicato per il pagamento tramite assegno. E' consentito, inoltre, il versamento dei premi mediante trattenuta sulla retribuzione effettuata dal datore di lavoro (solo nel caso di apposita convenzione) o tramite addebito su conto corrente bancario (R.I.D.).

TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI

Riportiamo qui di seguito alcune esemplificazione degli importi di premio unico e annuo richiesti per la specifica copertura assicurativa, relativi alle diverse combinazioni di età, durata e capitale indicate nelle tabelle seguenti. Gli importi indicati in tabella non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti ad esempio alla professione ed allo stato di salute dell'Assicurato, che potranno essere effettuate solo dopo che l'Assicurando abbia reso le necessarie informazioni e compilato il questionario sanitario (o, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica).

Temporanea puro rischio in forma di Capitale costante a premio annuo costante

Importi di premio (in €)

Capitale assicurato: € 50.000 Sesso: Maschio

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	(*)	(*)	(*)	109,5
35	(*)	101,0	118,0	141,5
40	112,0	135,5	166,0	209,0
45	165,0	202,5	257,0	328,5
50	248,5	320,5	411,5	517,5

Importi di premio (in €)

Capitale assicurato: € 50.000 Sesso: Femmina

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	(*)	(*)	(*)	(*)
35	(*)	(*)	(*)	(*)
40	(*)	(*)	100,0	117,5
45	100,5	117,0	139,5	168,5
50	137,5	166,0	202,0	252,0

Capitale assicurato: €100.000 Sesso: Maschio

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	164,0	164,0	175,0	199,0
35	164,0	182,0	216,0	263,0
40	204,0	251,0	312,0	398,0
45	309,0	385,0	494,0	637,0
50	477,0	621,0	803,0	1.015,0

Capitale assicurato: €100.000 Sesso: Femmina

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	(*)	(*)	101,0	116,0
35	(*)	111,0	130,0	153,0
40	126,0	151,0	179,0	215,0
45	181,0	214,0	259,0	317,0
50	255,0	312,0	384,0	484,0

Capitale assicurato: €200.000 Sesso: Maschio

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	308,0	308,0	330,0	378,0
35	308,0	344,0	412,0	506,0
40	388,0	482,0	604,0	776,0
45	598,0	750,0	968,0	1.254,0
50	934,0	1.222,0	1.586,0	2.010,0

Capitale assicurato: €200.000 Sesso: Femmina

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	154,0	164,0	182,0	212,0
35	178,0	202,0	240,0	286,0
40	232,0	282,0	338,0	410,0
45	342,0	408,0	498,0	614,0
50	490,0	604,0	748,0	948,0

(*) PREMIO INFERIORE AL PREMIO MINIMO (100 €) PREVISTO DALLE CONDIZIONI DI POLIZZA

Temporanea puro rischio in forma di Capitale costante a premio unico

Importi di premio (in €)

Capitale assicurato: € 50.000 Sesso: Maschio

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	443,0	842,5	1.261,0	1.733,0
35	444,0	915,5	1.487,5	2.155,0
40	532,5	1.192,0	2.003,0	3.034,0
45	763,5	1.717,5	2.976,0	4.559,0
50	1.330,5	2.641,0	4.585,5	6.888,0

Importi di premio (in €)

Capitale assicurato: € 50.000 Sesso: Femmina

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	274,0	557,5	863,5	1.185,0
35	301,0	633,5	1.019,5	1.428,5
40	360,5	791,0	1.284,5	1.841,5
45	481,0	1.043,5	1.718,0	2.507,0
50	644,0	1.430,0	2.390,5	3.587,5

Capitale assicurato: €100.000 Sesso: Maschio

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	811,0	1.535,0	2.297,0	3.191,0
35	813,0	1.681,0	2.750,0	4.035,0
40	990,0	2.234,0	3.781,0	5.793,0
45	1.452,0	3.285,0	5.727,0	8.843,0
50	2.186,0	5.132,0	8.946,0	13.501,0

Capitale assicurato: € 100.000 Sesso: Femmina

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	473,0	965,0	1.502,0	2.095,0
35	527,0	1.117,0	1.814,0	2.582,0
40	646,0	1.432,0	2.344,0	3.408,0
45	887,0	1.937,0	3.211,0	4.739,0
50	1.213,0	2.710,0	4.556,0	6.900,0

Capitale assicurato: €200.000 Sesso: Maschio

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	1.547,0	2.920,0	4.369,0	6.107,0
35	1.551,0	3.212,0	5.275,0	7.795,0
40	1.905,0	4.318,0	7.337,0	11.311,0
45	2.829,0	6.420,0	11.229,0	17.411,0
50	4.297,0	10.114,0	17.667,0	26.727,0

Capitale assicurato: € 200.000 Sesso: Femmina

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	871,0	1.780,0	2.779,0	3.915,0
35	979,0	2.084,0	3.403,0	4.889,0
40	1.217,0	2.714,0	4.463,0	6.541,0
45	1.699,0	3.724,0	6.197,0	9.203,0
50	2.351,0	5.270,0	8.887,0	13.525,0

C. INFORMAZIONI SUGLI SCONTI E REGIME FISCALE

5. Misure e modalità di eventuali sconti

Non previsti

6. Regime fiscale

6.1 Regime fiscale dei premi

I premi dei contratti di assicurazione sulla vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Invece, i premi della garanzia complementare *Infortuni* sono soggetti all'imposta del 2,5%.

I premi corrisposti a fronte della copertura del rischio morte e dell'eventuale garanzia complementare *Infortuni*, a condizione che la persona dell'Assicurato sia la stessa del Contraente o persona fiscalmente a suo carico, danno diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato dal Contraente a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

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

L'importo annuo complessivo sul quale calcolare la detrazione non può superare Euro 1.291,14

Concorrono alla formazione di tale importo anche i premi delle assicurazioni vita o infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001, che conservano il diritto alla detrazione di imposta.

6.2 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

7. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto si intende perfezionato e concluso nel giorno in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società ovvero il documento di polizza. Il contratto è altresì perfezionato e concluso nel giorno in cui il Contraente sottoscrive il documento di polizza e versa il relativo premio.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato regolarmente corrisposto il premio previsto:

- alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso;
- oppure

- alle ore 24 del giorno indicato in polizza, qualora la stessa preveda una data di decorrenza successiva a quella in cui il contratto è concluso.

8. Risoluzione del contratto e sospensione del pagamento dei premi

Il Contraente per le forme a premio annuo ha facoltà di sciogliere il contratto con la sospensione del pagamento del premio. La sospensione comporta, qualora il Contraente non eserciti il diritto di richiedere il ripristino della piena efficacia del contratto entro 2 anni dalla sospensione del pagamento (riattivazione), l'automatica estinzione del contratto. I premi corrisposti restano acquisiti dalla Società. La riattivazione determina il ripristino della piena efficacia del contratto dietro versamento degli importi arretrati aumentati degli interessi legali. Trascorsi 6 mesi la riattivazione può essere eseguita dietro espressa domanda del Contraente ed è subordinata alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato da parte della Società.

9. Riscatto e riduzione

Non previsti.

10. Revoca della proposta

Il Contraente può revocare la proposta finché il contratto non è concluso dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata.

11. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: **HDI Assicurazioni S.p.A. DIREZIONE RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO - Via Abruzzi, 10 - 00187 ROMA.**

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione quale risulta dal timbro postale di invio della comunicazione di recesso.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso, la Società rimborsa al Contraente, previa consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici, il premio al netto delle spese per l'emissione del contratto quantificate in €25,00.

12. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni

I pagamenti vengono effettuati dalla Società dietro presentazione della documentazione specificamente indicata:

- per l'*Assicurazione principale* all'art.14 (Pagamenti della Società) delle Condizioni di Assicurazione;
- per l'*Assicurazione infortuni* all'art.5 (Pagamento del capitale assicurato) delle Condizioni delle Assicurazioni Complementari;
- per l'*Assicurazione garanzia di famiglia* all'art.4 (Richiamo all'art.14 delle Condizioni di Assicurazione) delle Condizioni delle Assicurazioni Complementari.

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

13. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire l'applicazione di una diversa legislazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella da applicare, sulla quale, comunque, prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

13.1. 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.

13.2. Diritto proprio del Beneficiario

Ai sensi dell'art.1920 del Codice Civile il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

14. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ed ogni documento ad esso allegato, viene redatto in lingua italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire una diversa lingua di redazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella da utilizzare.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a

HDI Assicurazioni S.p.A. – RECLAMI

Via Abruzzi, 10 – 00187 ROMA

Fax: 06 42.10.35.83 – E-mail: reclami@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'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle

Nota informativa

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.

16. Informativa in corso di contratto

La Società comunicherà tempestivamente per iscritto al Contraente, nel corso della durata contrattuale, le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota informativa, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

17. Comunicazioni del contraente alla società

Il Contraente, ai sensi dell'art.1926 del Codice Civile, è tenuto a comunicare per iscritto alla Società le modifiche

di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto.

Il Contraente e l'Assicurato, ad ogni effetto del presente contratto, devono inoltre comunicare per iscritto alla Società ogni cambiamento di residenza o domicilio assumendosi, in difetto, tutte le conseguenze di legge o di contratto.

* * *

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

Il Rappresentante Legale
Direttore Generale
(Massimo Pabis Ticci)



TEMPORANEA PURO RISCHIO A CAPITALE COSTANTE

CONDIZIONI CONTRATTUALI

PARTE I - PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 1 - Prestazioni assicurate

La Società con il presente contratto di assicurazione sulla vita, in caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata del contratto, si obbliga a corrispondere ai Beneficiari designati il capitale assicurato indicato nel documento di polizza.

Nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto. Le prestazioni sopra descritte e relative all'assicurazione principale sono garantite qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione, salvo le esclusioni e limitazioni previste, ai successivi artt.19 - Esclusioni e 20 - Limitazioni. La prestazione della formula temporanea puro rischio a capitale e a premio annuo costante può essere integrata da quelle previste dalle assicurazioni complementari, operanti se espressamente richieste dal Contraente nel documento di polizza.

PARTE II - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO - RECESSO E REVOCA

Art. 2 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società.

La Società, in caso di dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze tali che non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, ha diritto:

a) **quando esiste malafede o colpa grave**

- √ di rifiutare, in caso di sinistro e in ogni istante, qualsiasi pagamento, qualora l'evento si verifichi

prima che abbia avuto conoscenza della dichiarazione inesatta o reticente o prima del decorso del termine di 3 mesi dall'avvenuta conoscenza;

- √ di dichiarare al Contraente di voler impugnare il contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

b) **quando non esiste malafede o colpa grave**

- √ di ridurre, in caso di sinistro, le somme assicurate in relazione al maggior rischio accertato;
- √ di recedere dal contratto mediante dichiarazione da farsi entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

La Società ove non esista malafede o colpa grave rinuncia a tali diritti trascorsi 6 mesi dalla data di entrata in vigore del contratto o della sua riattivazione. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica in base all'età reale delle somme assicurate. La Società ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento, e in ogni caso al premio convenuto per il primo anno.

Art. 3 - Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si considera concluso nel giorno in cui il Contraente:

- riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società ovvero il documento di polizza; oppure
- sottoscrive il documento di polizza.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato regolarmente corrisposto il premio previsto:

- alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso; oppure
- alle ore 24 del giorno indicato in polizza, qualora la

Condizioni contrattuali

stessa preveda una data di decorrenza successiva a quella in cui il contratto è concluso.

Art. 4 - Recesso dal contratto e revoca della proposta

Il Contraente può recedere entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: **HDI Assicurazioni S.p.A. – DIREZIONE RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO Via Abruzzi, 10 - 00187 ROMA.**

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione quale risulta dal timbro postale di invio della relativa comunicazione. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente, previa consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici, il premio pagato al netto dell'eventuale imposta e della quota relativa al rischio corso. La Società ha diritto al recupero delle spese effettive sostenute per l'emissione del contratto individuate e quantificate in € 25,00 (venticinque euro). Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente può revocare per iscritto la proposta di assicurazione finché il contratto non è concluso, privandola di ogni effetto.

PARTE III - PREMI

Art. 5 - Pagamento del premio

Le prestazioni assicurate vengono garantite dietro pagamento di un premio unico o annuo anticipato. Il premio annuo, costante per l'intera durata del pagamento, dovrà essere corrisposto, nella rateazione indicata nel documento di polizza, a partire dall'inizio del contratto e per la durata in esso stabilita e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Le rate di premio devono essere pagate alle scadenze pattuite presso la Società o il Punto di Vendita cui è assegnato il contratto contro quietanza.

Il Contraente può versare i premi con assegno bancario o circolare intestato ad **"HDI Assicurazioni S.p.A."** e munito della clausola di non trasferibilità. I versamenti successivi al primo possono essere effettuati anche mediante apposito bollettino di conto corrente postale o con bonifico bancario intestato alla Compagnia di Assicurazione, come indicato per il pagamento tramite assegno. È consentito, inoltre, il versamento dei premi mediante trattenuta sulla retribuzione effettuata dal datore di lavoro (solo nel caso di apposita convenzione), o tramite addebito su conto corrente bancario (R.I.D.). A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la

Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio. Il premio del primo anno anche se frazionato in più rate è dovuto per intero. E' ammessa una dilazione di 30 giorni senza onere di interessi.

PARTE IV - CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE

Art. 6 - Clausola di rivalutazione

Il presente contratto non prevede la rivalutazione delle prestazioni assicurate né la rivalutazione dei premi.

PARTE V - VICENDE CONTRATTUALI

Art. 7 - Mancato pagamento del premio annuo - riattivazione

Il pagamento della rata di premio avvenuto entro 30 giorni dalla data della sua scadenza non comporta onere di interessi o altre conseguenze.

Trascorsi 30 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata il contratto è sospeso: tuttavia, il Contraente ha il diritto di riattivare l'assicurazione entro 2 anni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata corrispondendo le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali. Trascorsi 6 mesi dalla predetta scadenza la riattivazione potrà avvenire solamente dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito. La riattivazione del contratto ripristina, con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'ammontare dovuto, i valori contrattuali delle prestazioni assicurate che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi. Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata il contratto non può più essere riattivato, determinandosi la risoluzione del contratto; in tal caso i premi pagati restano acquisiti dalla Società, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto.

Art. 8 - Riduzione

Le garanzie previste dal presente contratto non danno diritto al capitale ridotto.

Art. 9 - Riscatto

Le garanzie previste dal presente contratto non ammettono il valore di riscatto.

Art. 10 - Cessione - pegno - vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo quando la Società, previa comunicazione scritta del Contraente, ne faccia annotazione sul contratto o su appendice. Nel caso di pegno o vincolo, le variazioni di contraenza o di bene-

Condizioni contrattuali

ficiario e tutte le possibili operazioni richiedono l'assenso scritto del creditore o vincolatario.

Art. 11 - Prestiti

Il presente contratto non prevede la concessione di prestiti.

PARTE VI - BENEFICIARI - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Art. 12 - Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto all'art.1, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di recesso, pegno e vincolo richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari. La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Società o fatte per testamento.

Art. 13 - Pagamenti della Società

La Società condiziona i pagamenti delle prestazioni alla preventiva acquisizione dei seguenti documenti:

- certificato di nascita o copia di un documento valido riportante i dati anagrafici dell'Assicurato. Tuttavia nel caso in cui la persona del Contraente coincida con quella dell'Assicurato i documenti sopra indicati possono essere sostituiti dal codice fiscale e da una copia del documento di identità del Contraente acquisiti ai fini della legge n. 197/91 (Legge Antiriciclaggio);
- i documenti necessari ad individuare con certezza gli aventi diritto e a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento;
- domanda del Beneficiario;
- originale di polizza ed eventuali appendici, in mancanza, dichiarazione di smarrimento degli stessi;
- certificato di morte;
- atto di notorietà attestante l'esistenza o meno del testamento, del quale, ove esistente, deve essere consegnata copia conforme all'originale, mentre dall'atto di notorietà devono risultare: la data di stesura e quella di pubblicazione, che esso è l'ultimo noto e non impugnato e i nominativi degli eredi legittimi con le relative generalità;

TEMPORANEA PURO RISCHIO A CAPITALE COSTANTE

- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- eventuale ulteriore documentazione sanitaria necessaria a verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato circa il suo reale stato di salute prima della conclusione del contratto;
- eventuale documentazione amministrativa o giudiziaria nei casi in cui fosse necessario per effettuare la liquidazione o per comprovare il diritto del Beneficiario ad ottenere la prestazione;
- autorizzazione del Giudice Tutelare rilasciata agli esercenti la potestà genitoriale per la riscossione di somme spettanti ai minori Beneficiari.

La Società esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione sopra indicata o dell'eventuale ulteriore documentazione che potrà richiedere per particolari esigenze istruttorie.

Decorsi i termini sopra indicati sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari.

Art. 14 - Comunicazioni alla Società

Il Contraente e l'Assicurato, ad ogni effetto del presente contratto, devono comunicare per iscritto alla Società ogni cambiamento di residenza o domicilio assumendosi, in difetto, tutte le conseguenze di legge o di contratto.

PARTE VII - FISCALITÀ - FORO COMPETENTE - LEGGE APPLICABILE

Art. 15 - Tasse e imposte

Le tasse e le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed Aventi diritto.

Art. 16 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto la sede del Foro competente è quella di residenza o domicilio elettivo del Contraente.

Art. 17 - Legge applicabile

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

PARTE VIII - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

Art. 18 - Esclusioni

È escluso dalla garanzia relativa al caso morte il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in

vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione.

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

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

Art. 19 - Limitazioni

Il presente contratto è stipulato senza aver preventivamente sottoposto l'Assicurato a visita medica pertanto l'assicurazione rimane sospesa per un periodo di sei mesi denominato "periodo di carenza", che decorre dall'entrata in vigore dell'assicurazione (art.3). La piena copertura assicurativa senza periodo di carenza può essere accordata purché l'Assicurato si sottoponga a visita medica ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società, accettandone modalità ed oneri.

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di carenza il contratto si risolve e la Società non corrisponde la prestazione prevista per il caso di morte, ma restituisce, sempreché il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi, un importo pari alla somma dei premi versati al

netto dei diritti, delle imposte, delle addizionali di frazionamento e dei premi delle eventuali garanzie complementari ed accessorie.

Il periodo di carenza viene esteso a cinque anni dalla data di decorrenza qualora la morte sia dovuta a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata. Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, ma abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, il periodo di carenza è esteso a 7 anni.

Qualora il contratto fosse emesso in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nel documento di polizza - l'applicazione della suddetta limitazione avverrà tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva, a partire dalle rispettive date di perfezionamento, delle assicurazioni sostituite. La limitazione di garanzia sopraindicata non avrà effetto, e quindi la Società corrisponde l'intero capitale assicurato in vigore per il caso di morte, qualora l'evento sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero-emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite postvaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza diretta la morte dell'Assicurato.

Condizioni contrattuali – Garanzie Complementari

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE INFORTUNI

(Abbinabile soltanto a Temporanea puro rischio in forma di capitale a premio annuo e valida solo se espressamente richiamata in polizza)

Art. 1 - Prestazioni assicurate

La Società si obbliga, qualora la morte dell'Assicurato avvenga in conseguenza di infortunio, sempreché il contratto risulti in regola con il pagamento dei premi, a corrispondere immediatamente un capitale di importo pari a quello dell'assicurazione principale al Beneficiario designato per il caso di morte.

Il capitale assicurato con la presente assicurazione complementare è raddoppiato se la morte avviene per infortunio conseguente ad incidente della circolazione.

I valori del capitale e del relativo premio sono indicati sulla polizza.

Il premio annuo dovuto per la presente garanzia complementare è pari all'1,8368 per mille del capitale assicurato iniziale al lordo dell'imposta.

Art. 2 - Definizione di infortunio - Oggetto dell'assicurazione - Incidente della circolazione

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza diretta la morte dell'Assicurato.

Per infortunio conseguente ad incidente della circolazione s'intende quell'infortunio come definito al comma precedente:

- cagionato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, nonché su aree private, in cui l'Assicurato rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero;
- occorso all'Assicurato come passeggero di qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto pubblico terrestre, marittimo o aereo;
- occorso all'Assicurato come personale di servizio dei mezzi di trasporto ferroviari.

L'assicurazione vale se la morte dell'Assicurato per infortunio accade entro due anni dal giorno in cui l'infortunio stesso è avvenuto.

Sono considerati come infortuni anche:

- a) l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- b) l'avvelenamento, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto dall'art.3 lettera d) che segue;
- c) i morsi, le punture e le ustioni di animali e vegetali in

genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termine delle presenti condizioni particolari;

- d) l'affogamento;
- e) le lesioni (esclusi gli infarti e le ernie) determinate da sforzi;
- f) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- g) gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- h) quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- i) quelli conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- j) l) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico sociale o sindacale cui l'Assicurato non abbia preso parte.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio:

- 1) delle occupazioni principali e secondarie dichiarate;
- 2) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, intendendosi per tali anche le prestazioni attinenti al governo della casa, compresi gli hobbies ed i lavori domestici di ordinaria manutenzione, di giardinaggio e di orticoltura.

Art. 3 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

L'assicurazione è sospesa durante l'arruolamento volontario non sostitutivo del servizio di leva, il richiamo per mobilitazioni o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione. Sono escluse dall'assicurazione:

- a) gli infortuni derivanti dalla guida di veicoli natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, dall'uso e guida di mezzi subacquei, nonché gli infortuni subiti dall'Assicurato a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed, in ogni caso, come membro dell'equipaggio;
- b) l'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guido slitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
- c) la partecipazione a corse o gare e relative prove od allenamenti, salvo che si tratti di:

Condizioni contrattuali - Garanzie Complementari

- raduni automobilistici e gare di regolarità pura;
 - altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;
 - regate veliche o raduni cicloturistici;
- d) gli infortuni dovuti a stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza a proprie azioni delittuose dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- e) gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo;
- f) gli infortuni derivanti da stato di guerra e insurrezione;
- g) gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- h) gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizioni a radiazioni ionizzanti.

Art. 4 - Estinzione dell'assicurazione

L'assicurazione complementare si estingue e i premi restano acquisiti alla Società:

- a) in caso di risoluzione della polizza;
- b) quando sia trascorso il periodo di pagamento dei premi stabilito dalla polizza;
- c) al termine del periodo previsto per il pagamento dei premi dell'assicurazione principale e, comunque, alla fine dell'anno di assicurazione in cui l'Assicurato

avrà compiuto il 75° anno di età.

L'eventuale riscossione del premio infortuni nei casi b) e c) che precedono, non obbliga la Società, la quale restituirà quanto erroneamente incassato.

Art. 5 - Pagamento del capitale assicurato

Fermo restando quanto previsto dall'art.14 - Pagamenti della Società - delle Condizioni contrattuali della garanzia principale, la Società pagherà il capitale garantito dalla presente assicurazione complementare dopo che l'infortunio le sarà stato notificato mediante lettera raccomandata entro gli otto giorni successivi alla morte o al momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia dovrà indicare il luogo, il giorno e l'ora, le cause, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'infortunio e comprovare che la morte sia conseguente l'infortunio. Gli aventi diritto dovranno consentire alla Società lo svolgimento delle indagini ed autorizzare i medici intervenuti dopo l'infortunio, a comunicare le informazioni che eventualmente fossero richieste.

Art. 6 - Richiamo alle Condizioni contrattuali

Per quanto non regolato dagli articoli precedenti valgono, purché siano applicabili, le Condizioni contrattuali della garanzia principale e le norme di legge in materia. Non è applicabile per questa assicurazione complementare il periodo di "carenza" previsto per la garanzia principale stipulata "senza visita medica". La Società rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art.1916 del C.C.

Condizioni contrattuali - Garanzie Complementari

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE GARANZIA DI FAMIGLIA

(Abbinabile soltanto a Temporanea puro rischio in forma di capitale a premio annuo e valida solo se espressamente richiamata in polizza)

Art. 1 - Prestazioni assicurate

La Società si obbliga, in caso di morte del partner dell'Assicurato, indicato in proposta e/o polizza, a condizione che tale decesso avvenga successivamente alla morte dell'Assicurato o nel medesimo giorno, ma non oltre la scadenza del contratto, e che, al decesso del partner, sopravviva uno dei figli beneficiari, a pagare immediatamente un capitale di importo pari a quello dell'assicurazione principale. Il premio annuo dovuto per la presente garanzia complementare è calcolato in funzione del capitale assicurato secondo i valori indicati nella successiva tabella 1.

Al verificarsi del primo decesso, il versamento dei premi annui residui si interrompe. In caso di morte dell'Assicurato, la garanzia di famiglia resta in vigore per l'intero capitale assicurato (affrancato dal pagamento di ulteriori premi). Detto capitale viene corrisposto al decesso del Partner. Qualora, invece, il primo decesso colpisca il Partner, la garanzia di famiglia si estingue ed i relativi

premi restano acquisiti dalla Società.

Art. 2 - Condizioni di applicabilità

L'applicazione della presente assicurazione complementare è subordinata al verificarsi delle seguenti condizioni:

- l'età del partner non deve essere superiore a quella dell'Assicurato per più di 25 anni;
- l'età dell'Assicurato, come quella del partner, non devono essere superiori a 65 anni.

Resta, inoltre, convenuto che:

- il beneficio è attribuito in parti uguali ai figli nati o nati e sopravvissuti della coppia sopra definita;
- il premio annuo relativo alla presente garanzia è dovuto sempreché l'Assicurato ed il partner siano con temporaneamente in vita.

Art. 3 - Riduzione e riscatto

La riduzione e il riscatto non sono previsti dalla presente assicurazione complementare.

Art. 4 - Richiamo alle Condizioni contrattuali

Per quanto non regolato dagli articoli precedenti valgono, purché siano applicabili, le Condizioni contrattuali della garanzia principale e le norme di legge in materia.

TABELLA 1 - Premi annui per 1.000,00 euro di capitale assicurato

<i>Somma delle età a scadenza della coppia assicurata</i>	<i>Valori</i>
Fino a 109 anni	0,50
Da 110 fino a 124 anni	1,00
Da 125 fino a 130 anni	2,00

GLOSSARIO

Aliquota di retrocessione (o di partecipazione): La percentuale del rendimento conseguito dalla gestione separata degli investimenti che la società riconosce agli assicurati.

Appendice: Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la società ed il contraente.

Assicurato: Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o meno con il contraente e con il beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario: Persona fisica o giuridica designata in polizza dal contraente, che può coincidere o meno con il contraente stesso e con l'assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto al verificarsi dell'evento assicurato.

Carenza: Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avviene in tale periodo la società non corrisponde la prestazione assicurata.

Condizioni contrattuali: Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi: Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della società può collidere con quello del contraente.

Contraente: Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'assicurato o il beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla società ed esercita i diritti derivanti dalla polizza.

Contratto di assicurazione sulla vita: Contratto con il quale la società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'assicurato.

Contratto di capitalizzazione: Contratto con il quale la società, decorso un termine non inferiore a cinque anni e senza alcuna condizione legata al verificarsi di eventi

attinenti alla vita umana, si impegna a pagare un capitale a fronte del pagamento del premio.

Controassicurazione dei premi: Clausola contrattuale che prevede la restituzione dei premi pagati in caso di decesso dell'assicurato, secondo le modalità precisate nelle condizioni contrattuali.

Costo percentuale medio annuo: Indicatore sintetico di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi prelevati dai premi ed eventualmente dalle risorse gestite dalla società, il potenziale tasso di rendimento della polizza rispetto a quello di un'ipotetica operazione non gravata da costi.

Diaria: Indennità giornaliera prevista a seguito di determinati interventi inerenti la malattia.

Differimento (periodo di): Nelle polizze che prevedono una prestazione liquidabile a scadenza, periodo che intercorre tra la conclusione del contratto e la liquidazione del capitale o della rendita.

Diritto proprio (del beneficiario): Diritto del beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del contraente.

Durata contrattuale: Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Durata del pagamento dei premi: Periodo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal contratto stesso.

Estratto conto annuale: Riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata, i premi versati e quelli in arretrato e il valore di riscatto maturato. Per i contratti con prestazioni collegate a gestioni separate, il riepilogo comprende inoltre il tasso di rendimento finanziario realizzato dalla gestione separata, l'aliquota di retrocessione riconosciuta e il tasso di rendimento retrocesso con l'evidenza di eventuali rendimenti minimi trattenuti. Per i contratti con forme di partecipazione agli utili diverse, il riepilogo comprende gli utili attribuiti alla polizza.

Fascicolo informativo: L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

1. scheda sintetica (per le polizze con partecipazione agli utili, unit linked e index linked);
2. nota informativa;
3. condizioni di assicurazione, comprensive del regolamento del fondo interno per le polizze unit linked o del regolamento della gestione separata per le polizze rivalutabili;
4. glossario;
5. modulo di proposta.

Franchigia: Clausola che esclude dal risarcimento i danni inferiori ad un determinato ammontare, indicato in cifra fissa o percentuale.

Gestione separata (o speciale): Fondo appositamente creato dalla società di assicurazione e gestito separatamente rispetto al complesso delle attività, in cui confluiscono i premi al netto dei costi versati dai contraenti che hanno sottoscritto polizze rivalutabili. Dal rendimento ottenuto dalla gestione separata e dall'aliquota di retrocessione deriva la rivalutazione da attribuire alle prestazioni assicurate.

Indennizzo: Somma dovuta dalla società in caso di sinistro.

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

Invalidità permanente: E' l'invalidità che comporti la perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità lavorativa generica.

Invalidità totale e permanente: E' l'invalidità che comporti la perdita in modo presumibilmente totale e permanente della capacità all'esercizio della professione o mestiere dichiarato alla Società e di ogni altra professione confacente alle attitudini ed abitudini dell'assicurato.

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Malattia: Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'assicurato non dipendente da infortunio.

Misura di rivalutazione: E' il tasso di interesse, al netto del tasso tecnico, che di anno in anno viene riconosciuto al contratto e che consente la rivalutazione delle prestazioni e dei premi, se rivalutabili, così come è stabilito nella Clausola di rivalutazione.

Nota informativa: Documento redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la società deve consegnare al contraente prima della sottoscrizione del contratto di

assicurazione, e che contiene informazioni relative alla società, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Opzione: è la facoltà del contraente di chiedere, entro il termine di scadenza del contratto, la conversione della prestazione contrattualmente prevista in una delle alternative indicate dal contratto.

Polizza: Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio: E' l'importo che il contraente è tenuto a pagare per ottenere le prestazioni previste dal contratto.

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

Principio di adeguatezza: Principio in base al quale la società è tenuta ad acquisire dal contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.

Progetto personalizzato: Ipotesi di sviluppo, effettuata in base al rendimento finanziario ipotetico indicato dall'ISVAP, delle prestazioni assicurate e dei valori di riduzione e riscatto, redatta secondo lo schema previsto dall'ISVAP e consegnato al potenziale contraente.

Proposta: Documento o modulo sottoscritto dal contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario sanitario (o anamnestico): Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato che la società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Quietanza: Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della società in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla società (RID bancario), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

Recesso: Diritto del contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Rendimento minimo trattenuto: Rendimento finanziario fisso che la società può trattenere dal rendimento finanziario della gestione separata.

Revoca: Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

Riattivazione: Facoltà del contraente di riprendere, entro

i termini indicati nelle condizioni di polizza, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Ricovero: Degenza che comporti almeno un pernottamento in un istituto di cura tra quelli definiti nelle condizioni contrattuali.

Riduzione: Diminuzione della prestazione inizialmente assicurata conseguente alla scelta effettuata dal contraente di sospendere il pagamento dei premi periodici, determinata tenendo conto dei premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti.

Riscatto: Facoltà del contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle condizioni contrattuali. Può essere esercitato anche in forma parziale.

Riserva matematica: Importo che deve essere accantonato dalla società per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

Rivalutazione: Maggiorazione delle prestazioni assicurate attraverso la retrocessione di una quota del rendimento della gestione separata secondo la periodicità (annuale, mensile, ecc.) stabilita dalle condizioni contrattuali.

Rivalutazione minima garantita: Garanzia finanziaria che consiste nel riconoscere una rivalutazione delle prestazioni assicurate ad ogni ricorrenza periodica stabilita dal contratto (annuale, mensile, ecc.) in base al tasso di interesse minimo garantito previsto dal contratto. Rappresenta la soglia al di sotto della quale non può scendere la misura di rivalutazione applicata alle prestazioni.

Scheda sintetica: Documento informativo sintetico redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la società deve consegnare al potenziale contraente prima della conclusione del contratto, descrivendone le principali caratteristiche in maniera sintetica per fornire al contraente uno strumento semplificato di orientamento, in modo da consentirgli di individuare le tipologie di

prestazioni assicurate, le garanzie di rendimento, i costi e i dati storici di rendimento delle gestioni separate o dei fondi a cui sono collegate le prestazioni.

Scoperto: Parte dell'indennizzo, indicata in percentuale, che rimane a carico dell'assicurato.

Sinistro: E' il verificarsi dell'evento assicurato.

Società (di assicurazione): È HDI Assicurazioni S.p.A., Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il contraente stipula il contratto di assicurazione.

Sovrappremio: Maggiorazione di premio richiesta dalla società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

Stato di non autosufficienza: E' l'evento oggetto del rischio coperto da specifici contratti assicurativi. Il riconoscimento di tale stato da parte della società fa nascere il diritto dell'assicurato alla corresponsione della rendita.

Tasso minimo garantito: Rendimento finanziario, annuo e composto, che la società di assicurazione garantisce alle prestazioni assicurate. Può essere già conteggiato nel calcolo delle prestazioni assicurate iniziali oppure riconosciuto anno per anno tenendo conto del rendimento finanziario conseguito dalla gestione separata.

Tasso tecnico: Rendimento finanziario, annuo e composto, che la società di assicurazione riconosce nel calcolare le prestazioni assicurate iniziali.

Trasformazione: Richiesta da parte del contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia assicurativa o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il contraente e la società, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati gli elementi essenziali del contratto trasformato.

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

1) FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

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 quelli sensibili - e si impegna a trattarli esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.

2) CONSEGUENZE DEL RIFIUTO AL CONFERIMENTO DEI DATI

HDI Assicurazioni S.p.A., senza i Suoi dati, 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 la 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).

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

- a) per le finalità di cui al punto 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: ISVAP, CONSAP, COVIP, UIC, MOTORIZZAZIONE, AUTORITA' GIUDIZIARIA etc.).

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 +39/6.42103.1, telefax +39/6.42103.500.

5.2) Il titolare ha designato più Responsabili, tra i quali la Direzione Legale ed Affari Societari sita nella Repubblica Italiana - 00187 Roma - Via Abruzzi n. 10; l'elenco aggiornato dei Responsabili è consultabile presso il sito internet: www.hdia.it.

5.3) La Direzione Legale ed Affari Societari è stata altresì designata 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 +39/6.42103.1 - Telefax +39/6.42103.500 - Capitale Sociale € 86.091.299,70 i.v. - C.F. e P. IVA 04349061004 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92 - Iscrizione R.E.A. di Roma 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