HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (IT) - Tel. +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500 - hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it - Capitale Sociale €351.000.000,00 i.v. - C.F., P. IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - 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 Assicurative al n. 1.00022 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

TCM VITA FACILE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data ultimo aggiornamento del documento 23/05/2022

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 accettazione della proposta (lettera di conferma) da parte della Società. Il Contraente ha facoltà di scegliere tra due diversi importi di capitale assicurato pari a 50.000,00 Euro o 100.000,00 Euro.
I premi versati, 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.
La prestazione sopra descritta è garantita qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato, senza limiti territoriali, senza tener conto delle abitudini di vita e dei cambiamenti di professione dell'Assicurato stesso, fatte tuttavia salve le esclusioni per l'esercizio delle professioni e/o delle attività sportive e le ulteriori esclusioni e limitazioni previste ai successivi artt.20 (Esclusioni) e 21(Limitazioni).

Art. 2 - Assunzione del rischio

L'assunzione del rischio da parte della Società comporta il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato, attraverso il questionario sanitario presente nella proposta.
Qualora non emergano fattori negativi di rilievo, il Contraente provvede al pagamento del premio contestualmente alla sottoscrizione della proposta. Diversamente, il rischio non può essere assunto con il presente contratto di assicurazione.
La Società, tuttavia, si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria atta a valutare le risposte fornite dall'Assicurato nel questionario sanitario nonché ulteriore documentazione richiesta ai sensi delle vigenti disposizioni legislative. È facoltà dell'Assicurato richiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

Art. 3 - 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 dolo o colpa grave

- ✓ di dichiarare al Contraente, entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, di voler impugnare il contratto per l'annullamento dello stesso;
- ✓ in caso di sinistro, di rifiutare qualsiasi pagamento, qualora l'evento si sia verificato prima del decorso del termine di 3 mesi dall'avvenuta conoscenza dell'inesattezza della dichiarazione o della reticenza;

b) quando non esiste dolo o colpa grave

- ✓ di recedere dal contratto mediante dichiarazione da farsi all'assicurato entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- ✓ in caso di sinistro, di ridurre le somme assicurate in relazione al maggior rischio accertato, nel caso in cui il sinistro si verifichi prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società o prima che quest'ultima abbia dichiarato di recedere dal contratto.

La Società, ove non esista dolo o colpa grave, rinuncia a tali diritti trascorsi 6 mesi dalla data di efficacia del contratto o della sua riattivazione, fatta eccezione per il caso di ***inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato che comporta, in ogni caso, la rettifica delle somme assicurate in base all'età reale.***
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. 4 - Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente abbia ricevuto, per iscritto, l'accettazione della proposta

(lettera di conferma). La conclusione del contratto e la conseguente entrata in vigore dell'assicurazione sono subordinati alla valutazione - da parte della Società - della proposta e dell'ulteriore documentazione richiesta ai sensi delle vigenti disposizioni legislative. In caso di esito negativo, la Società si impegna a rimborsare al Contraente il premio eventualmente versato al momento della sottoscrizione della proposta.
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 nella lettera di conferma, qualora la stessa preveda una data di decorrenza successiva a quella in cui il contratto è concluso.

Art. 5 - Recesso dal contratto e revoca della proposta

Il Contraente può recedere entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, secondo le modalità di seguito previste.
Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di ricezione della relativa comunicazione. 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 versato al netto delle eventuali imposte e delle spese di emissione pari a € 20,00, nonché la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.
Nel caso di Beneficiario irrevocabile, la richiesta di recesso necessita dell'assenso scritto del Beneficiario.
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. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Società rimborsa al Contraente l'eventuale somma versata all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

La richiesta di recesso dal contratto o revoca della proposta dovrà essere inviata con una delle seguenti modalità:
- per lettera raccomandata, con ricevuta di ritorno, indirizzata a "HDI Assicurazioni S.p.A. – Rami Vita – Ufficio Assunzione, Portafoglio e Antiriciclaggio I Livello – Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma";
- per e-mail portafoglio.vita@hdia.it oppure per PEC hdi.assicurazioni@pec.hdia.it;
- per il tramite dell'Intermediario che gestisce il contratto.

Art. 6 - Pagamento del premio

Le prestazioni assicurate vengono garantite dietro **pagamento di un premio annuo anticipato**.
Il premio annuo, di importo 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. L'importo minimo del premio annuo è di 50,00 Euro. Il premio convenuto non può essere modificato dalla Società nel corso della durata del contratto.
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 premio relativo al primo anno di durata del contratto è sempre dovuto.
Il Contraente provvede al versamento del premio ovvero della prima rata dello stesso contestualmente alla sottoscrizione della proposta.
Il Contraente può versare i premi con assegno intestato ad "**HDI Assicurazioni S.p.A.**" o all'Intermediario espressamente in tale qualità e munito della clausola di non trasferibilità, con apposito bollettino di conto corrente postale o con bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o all'Intermediario espressamente in tale qualità, con bancomat o carta di debito senza oneri a carico dei clienti.
I premi non possono essere corrisposti in contanti. 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.

Art. 7 - Clausola di rivalutazione

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

Art. 8 - 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. 9 - Riduzione
Le garanzie previste dal presente contratto non danno diritto al capitale ridotto.

Art. 10 - Riscatto
Le garanzie previste dal presente contratto non ammettono il valore di riscatto.

Art. 11 - 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 beneficiario e tutte le possibili operazioni richiedono l'assenso scritto del creditore o vincolatario.

Art. 12 - Prestiti
Il presente contratto non prevede la concessione di prestiti.

Art. 13 - 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 anche qualora fatte per testamento.
La Società provvederà, ai sensi dell'art. 1189, 1 c, c.c., a pagare le prestazioni dovute in favore del Beneficiario univocamente identificato nella polizza, fermo restando che non potrà essere opposta alla Società alcuna nomina, revoca o modifica del Beneficiario, in qualunque forma effettuata (anche testamentaria), che non sia stata notificata alla Società anteriormente al pagamento delle suddette prestazioni.

Art. 13.1 - 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.

Art. 14 - Pagamenti della Società
La richiesta di pagamento, corredata della documentazione specificata di seguito, dovrà essere inviata con una delle seguenti modalità:
- per comunicazione scritta indirizzata a "HDI Assicurazioni S.p.A. – Rami Vita – Ufficio Assunzione, Portafoglio e Antiriciclaggio I Livello – Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma";
- per e-mail portafoglio.vita@hdia.it oppure per PEC hdi.assicurazioni@pec.hdia.it;
- per il tramite dell'Intermediario che gestisce il contratto.

La Società condiziona i pagamenti delle prestazioni all'acquisizione dei seguenti documenti:
- ***certificato di nascita o copia di un documento valido*** riportante i dati anagrafici dell'Assicurato***;***
- ***copia del documento di identità e codice fiscale*** dell'avente diritto, qualora non siano già stati presentati o siano scaduti;
- ***certificazione che attesti con certezza la qualità di Beneficiario laddove lo stesso non sia stato indicato univocamente.***

Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato debbono essere consegnati:

- ***domanda del Beneficiario che contenga la denuncia dell'evento e le indicazioni che permettano di identificare il contratto;***
- ***certificato di morte dell'Assicurato****;*
- ***ove il beneficiario non sia indicato univocamente: atto di notorietà attestante l'esistenza o meno di un testamento*** - l'ultimo noto 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;***
- ***relazione medica sulle cause del decesso*** redatta dal medico dell'Assicurato, ove tale relazione si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere una richiesta alla Società di acquisire direttamente tale relazione, in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato;
- ***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, ove tale documentazione si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere una richiesta alla Società di acquisire direttamente tale documentazione, in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato;
- ***nel caso in cui l'evento sia connesso ad ipotesi di reato, eventuale documentazione giudiziaria relativa allo stesso****,* ove tale documentazione si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere una richiesta alla Società di acquisire direttamente tale documentazione, in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato;
- ***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. 15 - 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.

Art. 16 - Tasse e imposte

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

Art. 17 - Foro competente

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

Art. 18 - Legge applicabile

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

Art. 19 - 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. 20 - Esclusioni

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

- **dolo** del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario;
- **partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi**;
- **eventi** causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- **guida** di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- **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**;**
- **uso non terapeutico di sostanze stupefacenti ed intossicazione farmacologica;**
- **alcolismo acuto e cronico;**
- **stato di ubriachezza/ebrezza;**
- **sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata qualora la durata del contratto sia pari a 5 anni;**
- **malattie e conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già diagnosticate all'Assicurato prima della**

data di sottoscrizione della proposta o recidive delle stesse;

- **calamità naturali** costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica e fenomeni connessi;
- **attività professionali e/o sportive** che espongono l'Assicurato a particolari pericoli (per es. contatto con sostanze chimiche, esplosive, radioattive, venefiche e/o tossiche oppure contatto con condutture di alta tensione e/o accesso ad impalcature, a miniere, gallerie, a torri e/o a piattaforme di trivellazione, missioni umanitarie, attività subacquea, speleologia, competizioni con veicoli a motore o natanti, uso di deltaplano, parapendio e/o ultraleggeri, paracadutismo, alpinismo, bob, sport di combattimento [boxe, sa vate, lotta] e sport est remi in genere).

  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, terrorismo, 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 tumulti o 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.

  Le prestazioni della Società sono garantite a condizione che il Contraente sia in regola con il pagamento del premio pattuito (comprensivo del premio relativo alla garanzia complementare, se prevista) che costituisce il corrispettivo della garanzia assicurativa.

Art. 21 - Limitazioni

Il presente contratto prevede un periodo di carenza di 6 mesi a decorrere dall'entrata in vigore dell'assicurazione.

In caso di durata del contratto pari a 10 anni, qualora la morte sia dovuta a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il periodo di carenza è di 5 anni.

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 in luogo del capitale assicurato, sempreché il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi, un importo pari alla somma dei premi versati al netto degli eventuali diritti, delle imposte, delle addizionali di frazionamento e dei premi della eventuale garanzia complementare.

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) **shock anafilattico** sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto;
c) **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.

È necessario che il Contraente presti particolare attenzione alle raccomandazioni ed alle avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario sanitario

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 di assicurazione: 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 di assicurazione.

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.

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.

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.

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

Invalidità totale e permanente: È 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.

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

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

Misura di rivalutazione: È 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.

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

Prestazione: È 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.

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 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 di assicurazione.

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 di assicurazione.

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

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).

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