

# CARIGE DOMANI MUTUO IMPRESA CHIRO

**Contratto di Assicurazione Infortuni e Malattia riservato ai contratti di Prestito Chirografario della Banca Distributrice**

---

Il presente documento contrattuale (Edizione 05/2023), contenente:

- Glossario
- Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato all'Aderente / Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

*Tale documento è stato redatto secondo le linee guida del Tavolo tecnico ANIA – ASSOCIAZIONI CONSUMATORI – ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI per contratti semplici e chiari*

**AVVERTENZA: per effetto di quanto disposto dall'Art. 166, 2° comma del Codice delle Assicurazioni Private, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono evidenziate su sfondo grigio.**

## Glossario

Nella presente polizza, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

### **ASSICURATO:**

il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione e cioè la persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, designata dal Contraente ed indicato in polizza.

### **BANCA DISTRIBUTRICE:**

Banca Carige – Banca del Monte di Lucca – Banca Cesare Ponti.

### **CONTRAENTE:**

Il soggetto che stipula il contratto di Assicurazione.

### **COPERTURA:**

la garanzia assicurativa concessa ad un Assicurato dalla Società ai sensi del presente contratto di assicurazione.

### **DATA DEL SINISTRO:**

- Decesso da Infortunio: la data di accadimento del decesso a seguito di Infortunio;
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio: la data di accadimento dell'Infortunio;
- Invalidità Totale Permanente da Malattia: la data di presentazione della domanda di invalidità all'azienda sanitaria locale o altra autorità competente (ai fini del Periodo di Carenza, la Data del Sinistro è la data di diagnosi della Malattia);
- Malattia Grave: la data di diagnosi della Malattia Grave;
- Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia: la data del primo giorno di ricovero ospedaliero;
- Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia: la data del primo giorno di inabilità al lavoro, come certificata dal medico.

### **DATA PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO:**

la data di pagamento del Premio a seguito dell'accettazione della proposta di assicurazione da parte della Società.

### **DEBITO RESIDUO:**

il debito residuo del Prestito Chirografario in linea capitale esistente alla data del Sinistro, calcolato in base al piano di ammortamento originale concordato al momento della stipula del Prestito Chirografario oppure, in caso di estinzione parziale del Prestito Chirografario con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro; sono esclusi dal calcolo gli interessi, nonché qualsiasi importo dovuto in base al Prestito Chirografario a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.). Qualora la somma assicurata risultante in polizza fosse inferiore rispetto all'importo totale del Prestito Chirografario, il debito residuo in linea capitale esistente alla data del Sinistro sarà calcolato in misura proporzionale considerando il rapporto tra la somma assicurata e l'effettivo importo del Prestito Chirografario.

### **DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE:**

la data dalla quale si intendono valide ed efficaci le prestazioni descritte in polizza.

### **DURATA DELL'ASSICURAZIONE:**

l'intervallo di tempo compreso fra la data di decorrenza dell'assicurazione e la sua scadenza, durante il quale sono operative la Coperture e ha validità l'assicurazione.

### **ESCLUSIONI:**

rischi esclusi o limitazioni relative a ciascuna Copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole delle Condizioni di Assicurazione.

### **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE:**

la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.

### **INDENNIZZO:**

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

### **INFORTUNIO:**

l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- 3) l'annegamento;
- 4) l'assideramento o il congelamento;
- 5) i colpi di sole o di calore;
- 6) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- 7) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

**INTERMEDIARIO:**

Banca Distributrice che intermedia la Polizza tra il Contraente e la Società.

**INVALIDITÀ PERMANENTE:**

la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla Normale Attività Lavorativa svolta dall'Assicurato.

**INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE:**

l'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%.

**MALATTIA:**

L'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

**MALATTIA GRAVE:**

1. Ictus Cerebrale: si intende la morte del tessuto cerebrale provocata da emorragia, embolia o trombosi, risultante in un deficit neurologico permanente con sintomi clinici persistenti.
2. Infarto Miocardico: si intende la morte del muscolo cardiaco dovuta all'insufficiente afflusso di sangue che abbia prodotto TUTTE le seguenti prove di infarto miocardico acuto:
3. Cancro: si intende la prima, inequivocabile diagnosi di qualsiasi tumore maligno caratterizzata da proliferazione incontrollata di cellule maligne e invasione del tessuto, positivamente diagnosticata con conferma istologica. La definizione tumore maligno include la leucemia, il sarcoma e il linfoma, fatta eccezione per il linfoma cutaneo (linfoma limitato alla pelle).

**MODULO DI SOSTITUZIONE ASSICURATO:**

il documento sottoscritto dal Contraente, dall'Assicurato uscente e dal nuovo Assicurato mediante il quale il Contraente indica il nuovo Assicurato in sostituzione dell'Assicurato uscente.

**PERIODO DI CARENZA:**

il periodo di tempo, immediatamente successivo alla data di decorrenza, durante il quale le Coperture non hanno effetto.

**PERIODO DI FRANCHIGIA:**

il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini di polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

**PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE:**

il periodo di tempo che deve intercorrere tra un Sinistro relativo ad una Garanzia ed un Sinistro successivo relativo alla medesima Garanzia, affinché quest'ultimo Sinistro sia indennizzabile in base al contratto.

**POLIZZA:**

il documento sottoscritto dal Contraente che prova l'Assicurazione.

**PREMIO:**

importo che il Contraente si impegna a corrispondere alla Società.

**PRESTITO:**

Il contratto di Prestito, cosiddetto Chirografario (ossia non assistito da alcun tipo di garanzia reale, quali pegno e ipoteca, o personale, quali fideiussione e anticresi), stipulato tra il Contraente e la Banca Distributrice, di durata non superiore ai 10 anni, avente un capitale erogato non superiore ad € 500.000,00.

**QUESTIONARIO MEDICO:**

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.

**RATA:**

la rata risultante dal piano di ammortamento originale del contratto di Prestito Chirografario, comprensiva di capitale ed interessi oppure, in caso di estinzione parziale del Prestito Chirografario con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro.

**RICOVERO OSPEDALIERO:**

la degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali.

**SINISTRO:**

il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è concessa la Copertura.

**SOCIETÀ:**

HDI Assicurazioni S.p.A.

## Indice

<b>Condizioni di Assicurazione.....</b>	<b>pag. 5</b>
• Chi posso assicurare.....	pag. 5
• Contro quali danni posso assicurarmi.....	pag. 5
• Come e con quali condizioni operative mi assicuro.....	pag. 9
• Che cosa fare in caso di sinistro.....	pag. 13
• Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti.....	pag. 14
• <b>Allegato 1 – Tabella INAIL .....</b>	<b>pag. 15</b>

# Condizioni di assicurazione

## Chi posso assicurare

### Art. 1 – PERSONE ASSICURABILI

Con le garanzie previste in questa polizza possono essere assicurate le persone fisiche che, alla data di sottoscrizione della stessa:

- siano state individuate per assumere il ruolo di assicurato dal Contraente, in quanto Collaboratore, Socio o Dipendente di rilevante importanza per l'Impresa Contraente (cosiddetto "Keyman");
- abbiano risposto "NO" a tutte le domande indicate nel Questionario Medico e sottoscritto anche le altre "Dichiarazioni ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1892, 1893, 1894 e 1910 c.c." riportate nello stesso che forma parte integrante del contratto di assicurazione;
- siano di età non inferiore a 18 anni compiuti e non superiore a 69 anni compiuti e che alla data di termine delle garanzie avranno un'età massima di 70 anni.

È possibile assicurare più persone fisiche e fino ad un massimo di 4: in tal caso le somme assicurate verranno ripartite secondo l'indicazione percentuale riportata in polizza.

## Contro quali danni posso assicurarmi

### Art. 2 – OGGETTO DEL CONTRATTO

La Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere un Indennizzo in base alla specifica Copertura, qualora si verifichi un Sinistro per i seguenti rischi:

- DECESSO DA INFORTUNIO dell'Assicurato;
- INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA dell'Assicurato;
- MALATTIA GRAVE dell'Assicurato;
- RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA dell'Assicurato;
- INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA dell'Assicurato.

### Art. 3 – DECESSO DA INFORTUNIO

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Decesso da Infortunio si intende la morte dell'Assicurato, in conseguenza ad Infortunio.

L'Indennizzo in caso di Sinistro consiste in un importo pari al Debito Residuo del Prestito esistente alla Data del Sinistro, nel caso in cui il capitale assicurato coincida con l'importo erogato del Prestito sottostante oppure, in caso di estinzione parziale del Prestito con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro. Qualora il capitale assicurato relativo alla polizza in oggetto sia inferiore all'importo erogato del Prestito sottostante, l'indennizzo in caso di sinistro sarà ridotto in misura proporzionale al rapporto fra il capitale assicurato e l'importo erogato del Prestito.

Eventuali indennizzi già corrisposti, a titolo di Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la Data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti il Decesso da Infortunio, saranno detratti dall'importo dovuto per il Decesso da Infortunio.

L'Indennizzo sarà pagato entro i limiti del capitale assicurato, con il massimo di **Euro 500.000,00**.

### Art. 3.1 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i Sinistri causati da:

- suicidio dell'Assicurato nei primi 12 mesi di decorrenza della polizza assicurativa;
- atti di autolesionismo dell'Assicurato;
- pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);
- uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
- pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi: sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing, i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a risse in cui l'Assicurato partecipi attivamente, con esclusione della finalità di legittima difesa, dell'assistenza alle persone in pericolo o dell'adempimento del dovere professionale;
- rischi derivanti da viaggio aereo, salvo che l'Assicurato sia un passeggero che paga regolare tariffa di viaggio, sia un membro dell'equipaggio, su un tragitto regolare gestito da una compagnia aerea autorizzata;
- dolo e colpa grave dell'assicurato, contraente o beneficiario, ex Art. 1900 c.c.;
- partecipazione attiva dell'assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'assicurato abbia preso parte attiva;

- m) conseguenze di atti di natura terroristica commessi con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

#### Art. 4 – INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia si intende la perdita totale, definita ed irrimediabile da parte dell'Assicurato della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta, conseguenza di Infortunio o Malattia purché indipendenti dalla propria volontà ed oggettivamente accertabili. L'Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia sarà riconosciuta ai fini dell'assicurazione a condizione che:

- I. il grado percentuale di invalidità permanente dell'Assicurato sia **pari o superiore al 60%** (in caso di Infortunio, secondo quanto previsto dalla tabella INAIL del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124, denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA" – Allegato 1), e così come accertato dall'Ente Ufficiale preposto all'accertamento dell'invalidità (INAIL, INPS, ASL, Etc.);
- II. la domanda per il relativo riconoscimento sia stata presentata all'autorità competente entro 12 mesi dalla data della prima constatazione della Malattia o del verificarsi dell'Infortunio che l'hanno provocata.

L'Indennizzo in caso di Sinistro consiste in un importo pari al Debito Residuo del Prestito esistente alla Data del Sinistro, nel caso in cui il capitale assicurato coincida con l'importo erogato del Prestito sottostante oppure, in caso di estinzione parziale del Prestito con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro. Qualora il capitale assicurato relativo alla polizza in oggetto sia inferiore all'importo erogato del Prestito sottostante, l'indennizzo in caso di sinistro sarà ridotto in misura proporzionale al rapporto fra il capitale assicurato e l'importo erogato del Prestito.

Eventuali indennizzi già corrisposti, a titolo di Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la Data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Permanente Totale, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Permanente Totale.

L'Indennizzo sarà pagato entro i limiti del capitale assicurato, con il massimale di **Euro 500.000,00**.

#### Art. 4.1 – ESCLUSIONI

1. È esclusa la liquidazione di Sinistri relativi a Malattie pre-esistenti la data di sottoscrizione della polizza, qualora tali patologie siano incluse nel Questionario Medico (in quanto oggetto di falsa o reticente dichiarazione ai sensi degli Artt. 1892 e 1893 c.c.).

2. Inoltre, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i Sinistri causati da:

- a) atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio;
- b) pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);
- c) uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
- d) pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi: sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing; i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
- e) abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti;
- f) esposizione deliberata da parte dell'Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);
- g) dolo e colpa grave ex Art. 1900 c.c.;
- h) partecipazione attiva dell'assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- i) effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- j) guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- k) atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'assicurato abbia preso parte attiva;
- l) conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

#### Art. 4.2 – PERIODO DI CARENZA

La Copertura Invalidità Totale Permanente (solo se da Malattia) è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni.

#### Art. 5 – MALATTIA GRAVE

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Malattia Grave si intende la diagnosi all'Assicurato di una delle seguenti patologie: Ictus Cerebrale, Infarto Miocardico, Cancro.

Per Ictus Cerebrale si intende la morte del tessuto cerebrale provocata da emorragia, embolia o trombosi, risultante in un deficit neurologico permanente con sintomi clinici persistenti. Durante l'esame fisico, realizzato da un neurologo, devono essere riscontrabili anomalie chiare ed evidenti delle funzioni sensorie o motorie. L'incidente deve essere dimostrato da risonanza magnetica (IRM), tomografia computerizzata (TC) o altre tecniche di imaging affidabili, approvate dalla compagnia.

L'assicurazione non copre:

- attacchi ischemici transitori (TIA);
- danni al tessuto cerebrale causati da ferite al capo;
- lesioni traumatiche del cervello;
- morte del tessuto del nervo ottico o della retina / occlusione venosa retinica o neuropatia ischemica ottica anteriore;
- sintomi neurologici dovuti all'emicrania;
- infarti lacunari senza deficit neurologico.

Per Infarto Miocardico si intende la morte del muscolo cardiaco dovuta all'insufficiente afflusso di sangue che abbia prodotto TUTTE le seguenti prove di infarto miocardico acuto:

- Nuovi cambiamenti ischemici tipici nell'elettrocardiogramma: nuovi cambiamenti ST-T o nuovo blocco di branca sinistro o nuove onde Q patologiche;
- Aumento caratteristico di biomarker cardiaci o di troponina registrato ai livelli seguenti o più elevati:
  - ✓ Troponina T > 0,2 ng/ml
  - ✓ AccuTnl > 0,5 ng/ml
- La prova deve mostrare un infarto miocardico acuto incontrovertibile.

L'assicurazione non copre:

- l'infarto miocardico senza soprasslivellamento del tratto ST (NSTEMI) con il solo aumento della Troponina I o T;
- altre sindromi coronariche acute (ad es. angina pectoris stabile/instabile);
- l'infarto miocardico silente.

Per Cancro si intende la prima, inequivocabile diagnosi di qualsiasi tumore maligno caratterizzata da proliferazione incontrollata di cellule maligne e invasione del tessuto, positivamente diagnosticata con conferma istologica. La definizione tumore maligno include la leucemia, il sarcoma e il linfoma, fatta eccezione per il linfoma cutaneo (linfoma limitato alla pelle).

Il carcinoma del seno in situ, con successiva mastectomia radicale e radioterapia, è coperto.

L'assicurazione non copre:

- tutti i tumori istologicamente classificati come benigni, il carcinoma in situ premaligno e non invasivo, caratterizzato da una malignità borderline o da un potenziale maligno ridotto;
- tumori trattati solo con procedure endoscopiche e tumori della vescica urinaria che non hanno invaso lo strato muscolare (Tis e Ta);
- tumori dell'epidermide con eccezione del melanoma maligno con una profondità di Breslow superiore a 0,7 mm e/o istologicamente descritto dalla settima edizione del sistema di classificazione TNM dell'AJCC come superiore allo stadio T1aN0M0;
- tutti i tumori della prostata salvo in caso di classificazione istologica caratterizzata da score di Gleason superiore a 6 o in caso di evoluzione della classificazione clinica TNM ad almeno T2N0M0;
- tumore della tiroide ai primi stadi che misuri meno di 2 cm di diametro e istologicamente descritto come T1N0M0 dalla settima edizione della classificazione TNM dell'AJCC;
- leucemia linfocitica cronica se non istologicamente classificata come evoluta almeno allo stadio A di "Binet";
- qualsiasi stadio CIN (neoplasia cervicale intraepiteliale);
- qualsiasi tumore pre-maligno;
- qualsiasi cancro non invasivo (cancro in situ);
- cancro alla prostata di stadio 1 (T1a, 1b, 1c);
- carcinoma basocellulare e carcinoma delle cellule squamose;
- melanoma maligno di stadio IA (T1a N0 M0);
- qualsiasi tumore maligno in presenza di qualsiasi virus di immunodeficienza umana.

L'Indennizzo in caso di Sinistro consiste in un importo pari al Debito Residuo del Prestito esistente alla Data del Sinistro, nel caso in cui il capitale assicurato coincida con l'importo erogato del Prestito sottostante oppure, in caso di estinzione parziale del Prestito con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro. Qualora il capitale assicurato relativo alla polizza in oggetto sia inferiore all'importo erogato del Prestito sottostante, l'indennizzo in caso di sinistro sarà ridotto in misura proporzionale al rapporto fra il capitale assicurato e l'importo erogato del Prestito.

Eventuali indennizzi già corrisposti, a titolo di Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la Data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti la Malattia Grave, saranno detratti dall'importo dovuto per la Malattia Grave.

L'Indennizzo sarà pagato entro i limiti del capitale assicurato, con il massimale di **Euro 500.000,00**.

#### Art. 5.1 – ESCLUSIONI

1. È esclusa la liquidazione di Sinistri relativi a Malattie pre-esistenti la data di sottoscrizione della polizza, qualora tali patologie siano incluse nel Questionario Medico (in quanto oggetto di falsa o reticente dichiarazione ai sensi degli Artt. 1892 e 1893 c.c.).

2. Inoltre, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i Sinistri causati da:

- a) assunzione di farmaci o narcotici non prescritti dal medico o con modalità diverse da quelle prescritte;
- b) assunzione di sostanze velenose o tossiche; abuso di alcool;
- c) malattia causata dal mancato rispetto di prescrizioni mediche;
- d) dolo e colpa grave ex Art. 1900 c.c.;
- e) partecipazione attiva dell'assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- f) atti di autolesionismo dell'assicurato, incluso il tentato suicidio;
- g) guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- h) atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'assicurato abbia preso parte attiva;
- i) conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale;
- j) partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra.

#### Art. 5.2 – PERIODO DI CARENZA

La Copertura della Malattia Grave è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni.

**Art. 6 – RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA**

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Ricovero Ospedaliero si intende la degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali. Per "Istituto di Cura" si intende ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le cliniche psichiatriche, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

L'Indennizzo consiste nel pagamento di una diaria giornaliera per ogni giorno di ricovero, fino ad un massimo di 3 sinistri per l'intera durata dell'assicurazione.

L'Indennizzo è soggetto ad un Periodo di Franchigia pari a 3 giorni di Ricovero Ospedaliero.

All'Indennizzo si applica il massimale di Euro 50,00 al giorno, per un massimo di 30 giorni per ciascun sinistro, fino ad un massimo di tre sinistri per l'intera durata dell'assicurazione.

**Art. 6.1 – ESCLUSIONI**

1. È esclusa la liquidazione di Sinistri relativi a Malattie preesistenti la data di sottoscrizione della polizza, qualora tali patologie siano incluse nel Questionario Medico (in quanto oggetto di falsa o reticente dichiarazione ai sensi degli Artt. 1892 e 1893 c.c.).

2. Inoltre, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i Sinistri causati da:

- a) atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio;
- b) abuso di alcool, farmaci e sostanze stupefacenti;
- c) uso di farmaci non prescritti dal medico;
- d) pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
  - sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
  - i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
- e) trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali (salvo che si tratti di interventi di chirurgia plastica a seguito di un Infortunio occorso durante il periodo di validità della copertura);
- f) effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- g) dolo e colpa grave ex Art. 1900 c.c.;
- h) partecipazione attiva dell'assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- i) guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- j) atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'assicurato abbia preso parte attiva;
- k) conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

**Art. 6.2 – CARENZA**

La Copertura Ricovero Ospedaliero è soggetta ad una Carenza di 60 giorni.

**Art. 6.3 – PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE**

La Copertura Ricovero Ospedaliero è soggetta ad un Periodo di Riqualificazione di 30 giorni.

**Art. 7 – INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA**

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia si intende la perdita totale, in via temporanea e medicalmente accertata e documentata, della capacità dell'Assicurato di svolgere la propria professione o attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia. Si precisa che gli stati di inabilità causati da radiculopatie, lombagie, dolori alle spalle e al collo, sciatiche, neuropatie femorali, neuralgie cervicobrachiali, protrusioni del disco, ernie del disco, coccidinie, sono coperti solo qualora comprovati da esami radiologici o clinici.

L'indennizzo consiste nel pagamento di 12 indennizzi mensili per ciascun sinistro di importo pari alla rata del Prestito con il massimo di 24 indennizzi mensili per ciascuna Copertura di importo pari alla rata del Prestito.

L'Indennizzo è soggetto ad un Periodo di Franchigia Relativa pari a 60 giorni. Pertanto, in caso di Sinistro, il primo Indennizzo (pari a due Rate del Prestito) è corrisposto soltanto nel caso in cui lo stato di inabilità perduri per almeno 60 giorni.

All'Indennizzo si applicano i seguenti massimali:

- a) massimo Euro 2.000,00 per ogni rata indennizzata;
- b) massimo Euro 24.000,00 per ogni sinistro indennizzato.

Non sono indennizzabili i periodi di inabilità successivi alla data di cessazione dell'assicurazione:

- a) per naturale scadenza delle garanzie;
- b) a seguito del diritto di recesso dal contratto;
- c) a seguito di anticipata estinzione totale del Prestito;
- d) per qualsiasi altra causa.

**Art. 7.1 – ESCLUSIONI**

1. È esclusa la liquidazione di Sinistri relativi a Malattie preesistenti la data di sottoscrizione della polizza, qualora tali patologie siano incluse nel Questionario Medico (in quanto oggetto di falsa o reticente dichiarazione ai sensi degli Artt. 1892 e 1893 c.c.).

2. Inoltre, nessun Indennizzo per la Copertura Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia verrà corrisposto dalla Società in caso di:
- atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio;
  - pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);
  - uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
  - pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
    - sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
    - i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
  - abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti;
  - esposizione deliberata da parte dell'Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);
  - dolo e colpa grave ex Art. 1900 c.c.;
  - partecipazione attiva dell'assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
  - effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dal nucleo dell'atomo;
  - interruzioni di lavoro dovute a parto, gravidanza, aborto terapeutico e complicazioni derivanti da tali eventi;
  - trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali (salvo che si tratti di interventi di chirurgia plastica a seguito di un Infortunio occorso durante il periodo di validità della copertura);
  - inabilità derivante da nevrosi, stress, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, a meno che l'Assicurato sia stato ricoverato in un ospedale per almeno 15 giorni o sia stato messo sotto tutela o curatela dalle autorità competenti;
  - guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
  - atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'assicurato abbia preso parte attiva;
  - conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

#### Art. 7.2 – PERIODO DI CARENZA

La Copertura Inabilità Totale Temporanea (solo se da Malattia) è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni.

#### Art. 7.3 – PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

La Copertura Inabilità Temporanea Totale è soggetta ad un Periodo di Riqualificazione di 30 giorni se conseguente a diversa causa determinante il nuovo evento, diversamente se derivante dalla medesima causa il Periodo di Riqualificazione diventa pari a 90 giorni.

## Come e con quali condizioni operative mi assicuro

#### Art. 8 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – CAUSE DI NULLITÀ

- Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione delle Coperture, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
- Se la Società, in occasione di un Sinistro, viene a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto, può rifiutarsi di pagare l'Indennizzo e comunicare il recesso dal contratto (ai sensi degli Artt. 1892 e 1893 c.c.). A seguito di ciò, entro 30 giorni dalla ricezione delle coordinate IBAN, la Società procederà alla restituzione al Contraente, della parte di Premio imponibile già pagata e non goduta (che si riferisce al periodo intercorrente tra la data in cui la Società è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza e quella di scadenza naturale del contratto). Il premio imponibile che la Società dovrà restituire sarà calcolato con gli stessi criteri utilizzati in caso di estinzione anticipata o trasferimento del mutuo, riportati in dettaglio nell'Art. 14.
- Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:
  - se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
  - se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
  - nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c.

#### Art. 9 – DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA

La Copertura, fermi i periodi di carenza indicati nel seguito, produce i suoi effetti dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione della polizza da parte del Contraente o, se successivo, dalle ore 24.00 della data di erogazione del Prestito, a condizione che il Premio sia stato regolarmente pagato.

Tutte le garanzie associate hanno una durata pari alla durata del Prestito con il massimo di 10 anni ed al termine dello stesso non sarà possibile il loro rinnovo.

È prevista l'estinzione anticipata rispetto alla data di naturale scadenza, alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi:

- morte dell'Assicurato;
- liquidazione dell'Indennizzo previsto per il caso di Inabilità Permanente Totale da Infortunio o Malattia;
- esercizio del diritto di recesso da parte dell'Assicurato;

d) **malattia grave.**

#### Art. 10 – LIMITI TERRITORIALI

Ai fini della presente polizza, le Coperture per Decesso per infortunio, Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero sono operanti per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo. La Copertura per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia è operante per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo ma successivamente curati nell'ambito dell'Unione Europea.

#### Art. 11 – DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Il Premio viene corrisposto in via anticipata e in unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione ed è determinato applicando la seguente formula.

$$P = Tm * Nm * K(0)$$

dove:

P = Premio unico anticipato inclusivo di imposte (nella misura del 2,50%)

Tm = tasso mensile pari a 0,0775%

Nm = Durata del Prestito espressa in mesi interi

K(0) = Importo inizialmente (al tempo 0) Assicurato pari al Prestito o quota parte dello stesso

#### Art. 12 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Contraente è tenuto a pagare il Premio in un'unica soluzione per tutta la durata della Copertura. Il pagamento avviene con addebito sul conto corrente intestato al Contraente presso la Banca Distributrice.

#### Art. 13 – DIRITTO DI RECESSO PER IL CONTRAENTE

1. Il Contraente può recedere dal rapporto contrattuale entro **sessanta** giorni dalla sottoscrizione della Polizza.

2. Al fine di esercitare il diritto di recesso il Contraente deve inviare, entro il suddetto termine, una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R., fax o P.E.C. della Società (**hdi.assicurazioni@pec.hdia.it**), contenente gli elementi identificativi del contratto, con la quale dichiara di voler recedere dal contratto di assicurazione, indirizzata al seguente recapito:

**HDI Assicurazioni S.p.A. – Sede Legale e Direzione Generale: piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma**

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

4. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente, sul conto corrente bancario a lui intestato, il Premio versato al netto di Euro 10,00 a titolo di spese amministrative.

5. Il Contraente può altresì recedere annualmente dall'assicurazione, con un preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla data di scadenza annuale, con diritto alla restituzione delle annualità di Premio imponibile pagato e non goduto.

Il rimborso del Premio imponibile, mediante versamento sul conto corrente intestato al Contraente, avverrà secondo le regole definite nell' Art. 14 – ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE O PARZIALE E RIMBORSO DEL PREMIO NON GODUTO.

Nel caso in cui la polizza sia stata sottoscritta con modalità di vendita a distanza, così come previsto dal Codice del Consumo, entro 14 giorni dalla stipula del contratto, il Contraente può recedere dallo stesso e in tal caso ha diritto di ricevere in restituzione il **premio pagato e non goduto al netto dell'imposta**. Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società la sua decisione di recedere dal contratto, via P.E.C. della Società (**hdi.assicurazioni@pec.hdia.it**), fax o raccomandata con avviso di ricevimento.

#### Art. 14 – ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE O PARZIALE E RIMBORSO DEL PREMIO NON GODUTO

1. In caso di *estinzione anticipata totale* del Prestito o di sua rinegoziazione o di recesso annuale da parte del Contraente, le Coperture assicurative cessano alle h. 24.00 del giorno di perfezionamento dell'estinzione o della rinegoziazione del Prestito Chirografario ed alla scadenza annuale nel caso di recesso del Contraente. Nei suddetti casi, il Contraente ha diritto alla restituzione della parte di Premio imponibile pagato e non goduto, per il periodo per il quale il rischio è cessato, che è il periodo residuo tra la data di estinzione o di rinegoziazione del Prestito o di recesso e la data di scadenza originaria del contratto di assicurazione. La Società provvede alla quantificazione della quota parte di Premio imponibile corrispondente utilizzando la seguente formula:

$$R = PP * \frac{Ng - tg}{Ng} * \frac{K(t)}{K(0)} + C * \frac{Ng - tg}{Ng}$$

Dove:

PP = P (al netto delle imposte) – C

Ng = Durata del Prestito espressa in giorni

C = costi complessivi (spese di acquisizione e di gestione)

tg = durata del periodo di garanzia goduto espressa in giorni

K(t) = debito residuo al momento dell'estinzione, pari al Prestito residuo o quota parte dello stesso nella stessa proporzione di cui all'origine del contratto assicurativo.

**Esempio**

Supponiamo di aver stipulato una polizza per un Prestito del valore di Euro 62.000,00 con decorrenza 21.02.2020 e per la durata di anni 5. Dopo un anno, si richiede l'estinzione anticipata totale, ovvero in data 21.02.2021. A quella data il debito residuo risulta pari ad Euro 55.000,00.

Il premio unico anticipato sarà dato dalla formula descritta nell'Art. 11:

$$P = Tm * Nm * K(0) = 0,0775\% * 60 * 62.000,00 = \text{Euro } 2.883,00$$

Il premio che la Società rimborserà, per il premio pagato e non goduto del periodo 21.02.2021 – 21.02.2025, sarà pari alla formula sopra indicata nel presente Art. 14 comma 1.:

$$R = PP * \frac{Ng-tg}{Ng} * \frac{K(t)}{K(0)} + C * \frac{Ng-tg}{Ng} = 1.558,94 * \frac{1825 - 365}{1825} * \frac{55.000,00}{62.000,00} + 1.251,99 * \frac{1825 - 365}{1825} = \mathbf{2.107,93}$$

Essendo:

$$P \text{ (al netto delle imposte)} = 2.883,00 * (1 - 2,5\%) = 2.810,93$$

$$C = 44,54\% \text{ del premio netto di polizza} = 44,54\% * 2.810,93 = 1.251,99$$

$$PP = P - C = 2.810,93 - 1.251,99 = 1.558,94$$

**Non si procederà a rimborso qualora l'importo dello stesso fosse inferiore al costo amministrativo di Euro 10,00.**

2. In caso di *estinzione anticipata parziale* del Prestito, le Coperture assicurative, relative alla quota parte di Prestito estinto, cessano alle h. 24.00 del giorno di perfezionamento dell'estinzione. Nel suddetto caso, il Contraente ha diritto alla restituzione della parte di Premio imponibile pagato e non goduto relativa alla quota parte di Prestito estinto, per il periodo per il quale il rischio è cessato, che è il periodo residuo tra la data di estinzione e la data di scadenza originaria del contratto di assicurazione. La Società provvede alla quantificazione della quota parte di Premio imponibile corrispondente utilizzando la seguente formula:

$$R = PP * \frac{Ng-tg}{Ng} * \frac{K(t)}{K(0)} + C * \frac{Ng-tg}{Ng} - K(r) * Tg * (Ng-tg)$$

Dove:

K(r) = nuovo debito residuo dopo l'estinzione

Tg = tasso giornaliero pari allo 0,0026%

**Esempio**

Supponiamo di aver stipulato una polizza per un Prestito del valore di Euro 62.000,00 con decorrenza 21.02.2020 e per la durata di anni 5. Dopo un anno, il debito residuo risulta pari ad Euro 55.000,00 e si richiede l'estinzione anticipata parziale di una somma pari ad Euro 35.000,00: viene quindi contratto un nuovo Prestito pari ad Euro 20.000,00.

Il premio unico anticipato sarà dato dalla formula descritta nell'Art. 11:

$$P = Tm * Nm * K(0) = 0,0775\% * 60 * 62.000,00 = \text{Euro } 2.883,00$$

Il premio che la Società rimborserà, per il premio pagato e non goduto del periodo 21.02.2021 – 21.02.2025, sarà pari alla formula sopra indicata nel presente Art. 14 comma 2.:

$$R = PP * \frac{Ng-tg}{Ng} * \frac{K(t)}{K(0)} + C * \frac{Ng-tg}{Ng} - K(r) * Tg * (Ng-tg) = 1.558,94 * \frac{1825 - 365}{1825} * \frac{55.000,00}{62.000,00} + 1.251,99 * \frac{1825 - 365}{1825} - 20.000,00 * 0,0026\% * (1825 - 365) = \mathbf{1.348,73}$$

Essendo:

$$P \text{ (al netto delle imposte)} = 2.883,00 * (1 - 2,5\%) = 2.810,93$$

$$C = 44,54\% \text{ del premio netto di polizza} = 44,54\% * 2.810,93 = 1.251,99$$

$$PP = P - C = 2.810,93 - 1.251,99 = 1.558,94$$

$$K(r) = 20.000,00$$

**Non si procederà a rimborso qualora l'importo dello stesso fosse inferiore al costo amministrativo di Euro 10,00.**

3. In caso di estinzione anticipata parziale o totale del Prestito (per qualunque causa), in alternativa a quanto sopra indicato, il Contraente ha la facoltà di richiedere il mantenimento delle Coperture alle condizioni originarie senza alcuna restituzione di premio

o quota di premio. La richiesta dovrà essere formulata per iscritto alla Società contestualmente all'operazione di estinzione anticipata totale, o parziale, del Prestito.

#### **Art. 15 – SOSTITUZIONE DELL'ASSICURATO**

Nel caso in cui l'Assicurato cessi qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con il Contraente, quest'ultimo potrà indicare il nominativo di un altro collaboratore, dipendente o socio che dovrà ritenersi assicurato in sostituzione del precedente.

Allo scopo il Contraente dovrà inoltrare la richiesta alla Società per la determinazione delle nuove condizioni di assicurazione da parte della Società.

Il nuovo Assicurato dovrà ottemperare alle modalità assuntive in analogia all'emissione del presente contratto con riferimento all'importo del debito residuo del Prestito in essere alla data di effetto della sostituzione.

Il nuovo Assicurato sarà ammesso alla copertura assicurativa con decorrenza dalla data di sottoscrizione della nuova proposta assicurativa.

Nel caso in cui, a seguito della valutazione della documentazione sanitaria, l'assicurando sia ritenuto non ammissibile in copertura, la Società rimborserà, per il tramite del Contraente, il rateo di premio versato e non goduto, calcolato a decorrere dalla data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione Assicurato secondo la formulazione indicata all'Art. 14 – Estinzione anticipata totale o parziale, e rimborso del premio non goduto.

#### **Art. 16 – MODIFICHE AL CONTRATTO**

Le eventuali modifiche alla presente polizza devono essere provate per iscritto e avranno effetto solo alla data delle stesse.

#### **Art. 17 – ALTRE ASSICURAZIONI**

La Copertura non può cumularsi con altre coperture assicurative associate allo stesso Prestito sottoscritto dal Contraente con la Banca Distributrice.

#### **Art. 18 – DIRITTO DI SURROGA**

La Società rinuncia al diritto di surroga ex Art. 1916 c.c., salvo il caso di dolo, verso tutti i conviventi dell'Assicurato.

#### **Art. 19 – COMUNICAZIONI**

Tutte le comunicazioni fra il Contraente o l'Assicurato e la Società, con riferimento alla presente polizza ed alle coperture, dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A.R., telegramma, telefax o P.E.C. Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

#### **Art. 20 – CESSIONE DEI DIRITTI**

Il Contraente non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalla Copertura di cui alla presente polizza.

#### **Art. 21 – PRESCRIZIONE**

I diritti derivanti dalle coperture si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere, ai sensi dell'Art. 2952 c.c.

#### **Art. 22 – LEGGE APPLICABILE**

Il presente contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.

#### **Art. 23 – ONERI FISCALI**

Le imposte e le tasse relative o discendenti dal presente contratto di assicurazione sono a carico del Contraente.

#### **Art. 24 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

#### **Art. 25 – FORO COMPETENTE**

Per qualsiasi controversia che dovesse sorgere tra, da una parte, la Società e, dall'altra parte, il Contraente, ivi comprese quelle relative alla loro interpretazione, esecuzione, validità e risoluzione, sarà competente in via esclusiva il foro di residenza o domicilio del Contraente.

## Che cosa fare in caso di sinistro

### Art. 26 – MODALITÀ DI DENUNCIA DEI SINISTRI

1. In caso di Sinistro, è necessario dare avviso alla Società entro 3 giorni da quando se ne è avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 c.c.. Le denunce di Sinistro vanno inviate ad AXA France IARD, incaricata della gestione dei sinistri per conto della Società, con una delle seguenti modalità:

Modalità di denuncia	Recapito
Via Posta (anche raccomandata a/r)	HDI Assicurazioni S.p.A. c/o AXA France IARD/VIE (Ufficio Sinistri) – Corso Como n. 17 – 20154 Milano
Via Fax	02-23331247
Via e-mail	clp.it.sinistri@partners.axa

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 c.c..

2. La denuncia di Sinistro può essere effettuata anche utilizzando un apposito modulo di denuncia Sinistro messo a disposizione dalla Società, reperibile ai recapiti sopra indicati.

3. Ai fini della liquidazione dell'Indennizzo, alla denuncia di Sinistro dovrà essere allegata tutta la documentazione richiesta, elencata, per ogni specifica Copertura, nelle relative sezioni delle Condizioni Particolari.

### Art. 27 – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE IN CASO DI SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro, il Contraente deve allegare alla denuncia di Sinistro la seguente documentazione:

- documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
- al fine di permettere alla Società l'esatta quantificazione dell'Indennizzo: piano di ammortamento del Prestito alla data di stipula del Prestito, con evidenza del Debito Residuo al momento del Sinistro.

Inoltre:

- in caso di infortunio, la denuncia che deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici;
- in caso di DECESSO dell'Assicurato, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari;
- in caso di INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA o di MALATTIA GRAVE, relazione Medico-Legale, attestante l'Invalidità e il relativo grado (rilasciata dagli enti preposti);
- in caso di INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA MALATTIA cartella clinica dell'ultimo ricovero dell'Assicurato, completa di raccordo anamnestico, ove si evidenzia la data di insorgenza della malattia che ha causato l'invalidità;
- in caso di INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO o INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO dovute a incidente stradale, Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione); in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del Sinistro; inoltre nel caso di INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE. Dopo i primi 30 giorni di inabilità, qualora lo stato di inabilità si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di inabilità, l'Assicurato è tenuto inoltre ad inviare alle Società un nuovo certificato medico attestante la persistenza dello stato di inabilità;
- in caso di INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O DA MALATTIA certificato rilasciato dall'ente ospedaliero attestante la data di entrata al ricovero e la data di dimissione;
- in caso di INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE, certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante data di inizio e data dell'eventuale fine del periodo di Inabilità Temporanea Totale al lavoro, allo scopo di verificare l'inizio e la durata dell'inabilità;
- in caso di INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA MALATTIA, cartella clinica, completa di raccordo anamnestico, ove si evidenzia l'origine e la data di insorgenza e di diagnosi della malattia che ha causato l'inabilità.

### Art. 28 – PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO

La valutazione del danno è concordata direttamente dalla Società, o da un perito da questa incaricato, con il Contraente o persona da lui designata. In caso di controversie di natura medico-legale, fermo restando il diritto di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre arbitri. Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio. Il Collegio definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni della Polizza. Il Collegio risiede nel comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene gli onorari e le spese del proprio arbitro, mentre quelli del terzo arbitro sono sempre ripartiti a metà. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi facoltà di impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

**Art. 29 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO**

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società quantifica l'Indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione al Contraente e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni da quest'ultima.

Il pagamento dell'Indennizzo verrà eseguito dalla Società nei confronti del Contraente quale mandatario di pagamento dell'Assicurato.

Il pagamento dell'Indennizzo avrà piena efficacia liberatoria nei confronti della Società. Il Contraente si impegna sin d'ora a manlevare ed a tenere indenne la Società da ogni pretesa che possa essere avanzata in relazione al predetto pagamento.

**Tabella esemplificativa di limiti, franchigie e/o scoperti**

<b>GARANZIA</b>	<b>Art.</b>	<b>Limite di indennizzo</b>	<b>Franchigia/scoperto</b>
Decesso da Infortunio	3	Il capitale assicurato, con il massimo di Euro 500.000,00	===
Invalità Totale Permanente da Infortunio e Malattia	4	Il capitale assicurato, con il massimo di Euro 500.000,00	La garanzia viene riconosciuta se il grado percentuale d'invalità è pari o superiore al 60%
Malattia grave	5	Il capitale assicurato, con il massimo di Euro 500.000,00	===
Carenza Malattia grave	5.2	===	60 giorni
Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia	6	Euro 50,00 al giorno, per un massimo di 30 giorni per ciascun sinistro, fino ad un massimo di tre sinistri	3 giorni
Carenza Ricovero Ospedaliero	6.2	===	60 giorni
Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia	7	Euro 2.000,00 per ogni rata indennizzata; Euro 24.000,00 per ogni sinistro indennizzato.	Franchigia relativa 60 giorni
Carenza Inabilità Totale Temporanea (da Malattia)	7.2	===	60 giorni

*Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.*

## Allegato 1

Tabella INAIL delle valutazioni del grado di percentuale di Invalidità Permanente  
(D.P.R. 30/06/65 n. 1124)

DESCRIZIONE	Percentuali	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita totale della facoltà visiva di entrambi gli occhi	100	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40	30
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione del movimento del braccio	5	
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75 gradi:		
a) in semipronazione	30	25
b) in pronazione	35	30
c) in supinazione	45	40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25	20
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55	50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40	35
b) in pronazione	45	40
c) in supinazione	55	50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30

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

In caso di constatato mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto Sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti il grado di invalidità viene stabilito mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione fino ad un limite massimo del **100%**. La valutazione per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce e per quella di una falange di qualunque altro dito di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, il grado di invalidità è stabilito con riferimento alle percentuali previste alla suesposta tabella, tenendo conto della misura nella quale è diminuita la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla attività svolta dall'Assicurato.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.