

Assicurazione Invalidità totale e permanente e Assicurazione Disoccupazione

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo Danni (DIP Danni) – data di aggiornamento: 09/06/2023

Compagnia: HDI Assicurazioni, Piazza Guglielmo Marconi n. 25, – 00144 – Roma; Tel. +39 06 421 031 sito internet: www.hdiassicurazioni.it; pec: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it. Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione con Sede Legale in Italia con numero 1.00022

Prodotto: polizza Prestito Plus (Lavoratore dipendente)

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione collettiva danni ad adesione facoltativa abbinata al finanziamento. Le garanzie Danni sono vendute esclusivamente in modo congiunto con la garanzia Vita costituendo così un unico pacchetto assicurativo.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio e da malattia: qualora l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale, da cui derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, viene corrisposta una somma pari all'ammontare del debito residuo – relativo al finanziamento stipulato - in linea capitale alla data dell'evento o della diagnosi della malattia.
- ✓ Assicurazione di disoccupazione: qualora l'Assicurato risulti in uno stato di disoccupazione, viene corrisposta una somma pari alle rate di rimborso del finanziamento che hanno scadenza nel periodo di disoccupazione fino ad un massimo di 18 indennizzi.

Per disoccupazione si intende la condizione dell'Assicurato che in seguito alla perdita involontaria del lavoro dipendente, sia disponibile allo svolgimento e/o ricerca di un lavoro. Lo stato di disoccupato può essere riconosciuto esclusivamente all'Assicurato che si presenta al centro per l'impiego e rilascia la dichiarazione di disponibilità al lavoro. La determinazione della prestazione e degli indennizzi, per entrambe le assicurazioni, avviene esclusivamente sulla base del piano di ammortamento del debito residuo rilasciato dalla Banca successivamente al verificarsi dell'evento assicurato.

L'assicurazione è rivolta ad un gruppo di persone con caratteristiche omogenee e formato da tutti i Clienti degli Istituti di Credito appartenenti a Banca Sella che hanno stipulato o stipulano un contratto di finanziamento e che svolgono, al momento della sottoscrizione del modulo di adesione, l'attività di lavoratore dipendente privato.

Per lavoratore dipendente privato si intende la persona che sia obbligata a prestare il lavoro presso aziende o enti di diritto privato in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano e con un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali.

In caso di cointestazione del contratto di finanziamento, il numero massimo di cointestatari assicurabili è pari a due ed ognuno aderisce con un modulo di adesione distinto. Sono previste due opzioni: se assicurato un solo cointestatario, l'indennizzo è pari all'importo del debito residuo alla data dell'evento o della diagnosi della malattia o, in caso di disoccupazione, è pari al 100% della rata del finanziamento mensile; se assicurati tutti i cointestatari, l'indennizzo è pari all'importo del debito residuo alla data dell'evento o della diagnosi della malattia ripartito in quote uguali o, in caso di disoccupazione, è pari al 50% della rata del finanziamento mensile.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ il soggetto che ha stipulato un finanziamento per un periodo non compreso tra 12 e 120 mesi;
- ✗ il soggetto che non sia una persona fisica residente o domiciliata nella Repubblica Italiana o nella Repubblica di San Marino;
- ✗ il soggetto che, alla stipula del finanziamento, abbia un'età non compresa tra 18 e 74 anni e che, alla scadenza del contratto, superi i 75 anni;
- ✗ il lavoratore autonomo, dirigente, dipendente pubblico, socio di cooperative o non lavoratore;
- ✗ il lavoratore con contratto a tempo determinato o stagionale;
- ✗ il lavoratore con contratto a tempo indeterminato regolato da legge estera;
- ✗ il lavoratore con contratto presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado.



Ci sono limiti di copertura?

In caso di Invalidità totale e permanente sono esclusi gli Infortuni o le malattie causati o che siano conseguenza di:

- ! dolo dell'Assicurato;
 - ! Infortuni o malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
 - ! Infortuni o malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
 - ! HIV o AIDS;
 - ! Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - ! Infortuni causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
 - ! Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
 - ! Infortuni o malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
 - ! Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
 - ! Applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
 - ! Le conseguenze di infortuni avvenuti antecedentemente la Data Iniziale e le conseguenze di situazioni patologiche antecedenti la Data Iniziale, già diagnosticate in tale data all'Assicurato.
- Sono inoltre esclusi gli infortuni causati da:
- ! paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - ! tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura non prevede limiti territoriali salvo il caso di contratto di lavoro regolato da legislazione estera.



Che obblighi ho?

Le dichiarazioni dell'Assicurato, in fase di sottoscrizione del contratto, devono essere veritiere, esatte e complete ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

L'Assicurato, in caso di cambiamento di attività o di stato professionale in corso di contratto, deve dare comunicazione scritta alla Società, nonché Banca allegando copia di un documento attestante l'avvenuta variazione.

In caso di invalidità totale e permanente, è necessario presentare per la liquidazione della prestazione, i seguenti documenti:

- copia del documento di identità in corso di validità;
- domanda che contenga la denuncia dell'evento, con precisazione del luogo, giorno, e causa dell'evento, e le indicazioni che permettano di identificare la propria posizione assicurata;
- verbale dell'autorità eventualmente intervenuta sul luogo dell'incidente;
- certificato della commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità. Il certificato della commissione medica non deve presentare termini di rivedibilità;
- documentazione sanitaria, con la finalità di consentire la verifica della presenza dei presupposti per la liquidazione dell'indennizzo (ad esempio, cartelle cliniche, verbale di pronto soccorso);
- dichiarazione del Contraente attestante l'importo residuo del finanziamento alla data dell'evento assicurato (dichiarazione non richiesta per denunce successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga del finanziamento da parte di altro Istituto di Credito);
- 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 richiesta alla Società di acquisire direttamente tale documentazione, in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato.

In caso di disoccupazione, è necessario comunicare lo stato di disoccupazione entro i 60 dalla data di licenziamento e presentare, per la liquidazione della prestazione, i seguenti documenti:

- copia del documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- copia di un documento di identità in corso di validità;
- lettera di assunzione;
- lettera di licenziamento;
- domanda che contenga la denuncia dell'evento e le indicazioni che permettano di identificare la propria posizione assicurata;
- scheda anagrafica professionale o documento equipollente;
- delega alla Società, ai sensi della normativa privacy, per acquisire informazioni o documentazioni presso il datore di lavoro;
- delega per effettuare un'indagine e/o accertamenti da parte di persone di fiducia della Società con costi a carico della stessa.



Quanto e come devo pagare?

Il premio unico anticipato, il cui onere economico è a carico dell'Assicurato, è dovuto dal Contraente alla Società tramite bonifico bancario e può essere, eventualmente, finanziato. L'importo del premio dipende dalla garanzia prestata, dalla durata residua e dal capitale residuo del finanziamento e non è differenziato in base al fattore età e sesso. Non è previsto il frazionamento del premio. Non sono previsti sconti, rivalse, riscatti e riduzioni.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'adesione è facoltativa e si perfeziona con la sottoscrizione da parte dell'Assicurato del modulo di adesione.

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

- il finanziamento sia stato effettivamente erogato e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto;
- la Società abbia dato preventiva accettazione del rischio alla Banca in caso di adesione subordinata all'esito positivo della valutazione della documentazione medica.

Qualora il finanziamento sia successivo alla data di decorrenza indicata sul Modulo di adesione, le garanzie decorreranno a far data dal giorno di erogazione del finanziamento, ferma la durata delle garanzie come indicata nel Modulo di adesione stesso.

La durata dell'assicurazione è pari alla durata residua del finanziamento e non potrà, comunque, essere inferiore a 12 mesi e superiore a 120 mesi.

In caso di preammortamento tecnico le garanzie prestate dalla Società saranno operative per un massimo di 30 giorni.

Il contratto finisce in ogni caso:

- al pagamento della prestazione relativa all'Invalidità totale e permanente da infortunio e malattia;
- in caso di decesso dell'Assicurato;
- in caso di esercizio del diritto di recesso;
- in caso di estinzione anticipata totale/surroga/accollo del finanziamento, ferma la facoltà del cliente di richiedere la prosecuzione del contratto.



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può recedere dal contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Inoltre, l'Assicurato, qualora il contratto abbia durata superiore ai cinque anni, trascorso il quinquennio, può recedere dalle garanzie senza oneri e con preavviso di 60 giorni. In tal caso il recesso avrà effetto dall'anno successivo alla data di richiesta.