

Assicurazione Invalidità totale e permanente e Assicurazione Grave Malattia

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 (Non lavoratore)

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 grave malattia: qualora l'Assicurato sia colpito da grave malattia durante il periodo contrattuale, viene corrisposta una somma pari all'ammontare del debito residuo – relativo al finanziamento stipulato – in linea capitale alla data in cui la malattia è stata diagnosticata.

Sono considerate malattie gravi i sinistri derivanti da tumore, chirurgia cardiovascolare, infarto miocardico, ictus cerebrale, insufficienza renale e trapianto d'organo.

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 risultano, al momento della sottoscrizione del modulo di adesione, non lavoratori. Per non lavoratore si intende la persona che, al momento della sottoscrizione, non sia qualificabile come Lavoratore autonomo o come Lavoratore dipendente, oppure percepisca un reddito dagli Organi di Previdenza Sociale (Pensione).

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, della diagnosi della malattia o alla data in cui la grave malattia è stata diagnosticata; se assicurati tutti i cointestatari, l'indennizzo è pari all'importo del debito residuo alla data dell'evento, della diagnosi della malattia o alla data in cui la grave malattia è stata diagnosticata.



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 privato o pubblico, socio di cooperative;
- ✗ il lavoratore con contratto a tempo determinato o stagionale;
- ✗ il lavoratore con contratto a tempo indeterminato anche 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?

Per invalidità totale e permanente e la grave malattia sono escluse le conseguenze di:

- ! dolo dell'Assicurato;
- ! HIV o AIDS;
- ! calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica e fenomeni connessi.

In caso di invalidità totale e permanente sono, inoltre, esclusi gli infortuni o le malattie causati o che siano conseguenza di:

- ! 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;
- ! 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);

L'Assicurato, in caso di cambiamento di attività o di stato professionale in corso di contratto, deve dare comunicazione scritta alla Società, nonché alla 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).

In caso di grave malattia, è necessario comunicare la malattia entro i 60 dalla data in cui è stata diagnosticata o da quando si è avuta conoscenza e presentare, per la liquidazione della prestazione, i seguenti documenti:

- copia di un documento di identità in corso di validità;
- domanda che contenga la denuncia dell'evento e le indicazioni che permettano di identificare la propria posizione assicurata;
- 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).



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 o alla grave 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.

PAGINA BIANCA

