

OBIETTIVO FUTURO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data ultimo aggiornamento del documento: 03/02/2025

Art. 1 - Prestazioni assicurate

La Società con il presente contratto di assicurazione sulla vita si obbliga a corrispondere **alla scadenza contrattuale** ai Beneficiari designati:

- **in caso di vita dell'Assicurato**, il capitale iniziale assicurato indicato nel documento di polizza, aumentato delle quote annuali di rivalutazione determinate nella misura e secondo le modalità indicate all'art.6 - Clausola di Rivalutazione. Ai fini del Regolamento Isvap n. 38 del 3 Giugno 2011, la Società, in caso di prestazione alla scadenza di importo maggiore di € 300.000,00, si riserva di verificare la **Contraenza Unica**. Per **Contraenza Unica** si intende due o più Contraenti persone fisiche appartenenti al medesimo nucleo familiare convivente, due o più Contraenti Società collegate ai sensi dell'art. 2359 del cod. civ., Contraente persona fisica e una o più Società da questo controllate;
- **in caso di decesso dell'Assicurato**, il capitale iniziale assicurato indicato nel documento di polizza, aumentato delle quote annuali di rivalutazione determinate nella misura e secondo le modalità indicate all'art.6 - Clausola di Rivalutazione. In caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata del contratto, quest'ultimo rimane in vigore per l'intero capitale assicurato ed il Contraente viene esonerato dal pagamento dei premi residui.

La prestazione in caso di morte dell'Assicurato è garantita qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le esclusioni e le limitazioni previste ai successivi artt.20 (Esclusioni) e 21 (Limitazioni).

Le prestazioni sopra descritte, oggetto dell'assicurazione principale, possono essere integrate, su richiesta del Contraente, da quelle previste dalle assicurazioni complementari ed accessorie, operanti solo se espressamente indicate nel documento di polizza.

I premi versati concorrono alla formazione del capitale che sarà pagato alla scadenza del contratto, al netto della parte utilizzata per far fronte ai rischi demografici (morte) previsti dal contratto e della parte utilizzata per coprire le spese dello stesso.

La durata del contratto è compresa fra un minimo di 6 anni e un massimo di 25 e deve essere scelta tenendo presente che l'Età Assicurativa dell'Assicurato alla stipulazione del contratto deve essere compresa tra 15 e 84 anni, mentre quella al termine del contratto non può essere superiore a 90 anni. Possono essere soggetti Assicurati le persone fisiche residenti o domiciliate nella Repubblica Italiana o nella Repubblica di San Marino.

Art. 2 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

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

a) quando esiste 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 entrata in vigore del contratto o della sua riattivazione. **L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica in base all'età reale delle somme dovute.** 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. 2.1 - Aggravamento del rischio per cambiamento di professione, o di attività dell'Assicurato

Il Contraente e l'Assicurato devono informare la Società di ogni cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato. Qualora il cambiamento di professione o attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società stessa si riserva di applicare quanto previsto dall'art. 1926 del Codice Civile. In caso di mancata comunicazione o di dichiarazioni inesatte o reticenti relative alla professione o all'attività dell'Assicurato, la Società applica le norme riportate al precedente art. 2 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato.

Diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche

Il Contraente o l'Assicurato che ha avuto una malattia oncologica il cui trattamento attivo si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni (5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni), non è tenuto a fornire informazioni né a sottoporsi a visite mediche o altri accertamenti sanitari su tale malattia oncologica.

Sono previsti termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni.

La Società non può acquisire queste informazioni neanche da fonti diverse dal Contraente o dall'Assicurato e, se sono comunque già a sua disposizione, la Società non può usarle per determinare le condizioni contrattuali.

Se le informazioni sono state fornite in precedenza, una volta trascorso il termine di 10 anni (5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni) o i termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni, il Contraente o l'Assicurato invia, mediante raccomandata AR o PEC, la certificazione medica che attesta che la malattia oncologica si è conclusa nei termini indicati sopra.

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

Il contratto si considera concluso nel giorno in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società ovvero il documento di polizza con contestuale firma dello stesso.

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

- alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso; oppure
- alle ore 24 del giorno indicato in polizza o nella lettera di conferma, qualora le stesse prevedano una data di decorrenza successiva a quella in cui il contratto è concluso.

Se il versamento del premio è effettuato dopo tali date, il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento.

Art. 4 - 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 di recesso la Società rimborsa al Contraente, previa consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici, il premio pagato al netto dell'eventuale imposta e della quota relativa al rischio corso.

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.

La Società entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca rimborsa al Contraente l'eventuale somma versata alla sottoscrizione della proposta di assicurazione.

La richiesta di recesso dal contratto o di 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. 5 - Pagamento del premio

Le prestazioni assicurate vengono garantite dietro il pagamento di un premio annuo anticipato. Il **premio annuo, costante o rivalutabile**, di importo non inferiore a € 600,00, dovrà essere corrisposto nella rateazione indicata nel documento di polizza a partire dall'inizio del contratto, per tutta la sua durata e comunque non oltre la morte

Condizioni di assicurazione

dell'Assicurato qualora questa avvenga prima della scadenza del contratto. Ai sensi del Regolamento Isvap n. 38 del 3 Giugno 2011, le movimentazioni in entrata per la gestione separata Fondo Futuro sono soggette ad uno specifico limite di importo pari ad € 1.000.000,00. Tale limite riguarda movimentazioni relative a contratti effettuati da **Contraenza Unica**. Per **Contraenza Unica** si intende due o più Contraenti persone fisiche appartenenti al medesimo nucleo familiare convivente, due o più Contraenti Società collegate ai sensi dell'art. 2359 del cod. civ., Contraente persona fisica e una o più Società da questo controllate. La Società si riserva di verificare l'esistenza di eventuali relazioni attraverso una apposita dichiarazione che deve essere compilata dal Contraente per importi in entrata maggiori di € 300.000,00.

Il premio annuo rivalutabile verrà aumentato ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto, nella misura e secondo le modalità contenute all'art.6 - Clausola di Rivalutazione. Il Contraente ha, comunque, la facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio, mediante la richiesta scritta di cui al punto D) dello stesso art.6.

Il premio annuo costante resta, invece, invariato per l'intera durata del contratto.

Il premio del primo anno anche se frazionato in più rate è dovuto per intero. Le rate di premio devono essere pagate alle scadenze pattuite presso la Società o il Punto di Vendita cui è assegnato il contratto contro quietanza.

Il Contraente può provvedere al pagamento del premio contestualmente alla sottoscrizione della proposta solo se l'Età Assicurativa dell'Assicurato alla sottoscrizione del contratto sia minore od uguale a 65 anni, il capitale complessivo sia minore od uguale a € 250.000,00, l'importo complessivo del premio sia minore od uguale ad € 5.000,00 ed il frazionamento del premio sia diverso da quello mensile e bimestrale.

Il Contraente può versare i premi con:

- assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." o all'intermediario (specificando in tal caso che il versamento è fatto a tale soggetto "in qualità di intermediario di HDI Assicurazioni S.p.A.") e munito della clausola di non trasferibilità;
- bonifico bancario o postale su conto corrente intestato alla Società o all'intermediario (specificando in tal caso che il versamento è fatto a tale soggetto "in qualità di intermediario di HDI Assicurazioni S.p.A.");
- altri mezzi di pagamento bancario o postale, mezzi di pagamento elettronico, anche online, senza oneri a carico del cliente;
- trattenuta sulla retribuzione effettuata dal datore di lavoro (solo in caso di apposita convenzione stipulata tra la Società ed il datore di lavoro);
- conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla Banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul proprio conto corrente (Addebito diretto SEPA - SDD). In caso di modifica o chiusura del conto corrente bancario, al fine di garantire la continuità dei versamenti, il Contraente è tenuto a comunicare alla Direzione della Società, la variazione delle coordinate bancarie (codice IBAN) almeno quarantacinque giorni prima della scadenza della rata successiva ed a sottoscrivere il nuovo mandato SEPA - SDD.

È inoltre possibile il pagamento del premio effettuato nella stessa data di liquidazione del capitale proveniente da altra/e polizza/e emessa/e dalla Società. 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. È ammessa una dilazione di 30 giorni senza onere di interessi.

Sul premio annuo, costante o rivalutabile, si applicano i seguenti caricamenti percentuali:

- Obiettivo Futuro a premio annuo costante

PREMIO ANNUO: € 1.500,00 ETÀ ASSICURATIVA: 45 DURATA: 15		PREMIO ANNUO: € 1.500,00 ETÀ ASSICURATIVA: 45 DURATA: 20		PREMIO ANNUO: € 1.500,00 ETÀ ASSICURATIVA: 45 DURATA: 25	
ANNO	COSTO MEDIO PERCENTUALE ANNUO	ANNO	COSTO MEDIO PERCENTUALE ANNUO	ANNO	COSTO MEDIO PERCENTUALE ANNUO
5	10,59%	5	12,99%	5	14,84%
10	4,06%	10	5,52%	10	6,76%
15	1,51%	15	2,50%	15	3,36%
		20	0,92%	20	1,55%
				25	0,46%

Condizioni di assicurazione

- Obiettivo Futuro a premio annuo rivalutabile

PREMIO ANNUO: € 1.500,00	PREMIO ANNUO: € 1.500,00	PREMIO ANNUO: € 1.500,00
ETÀ ASSICURATIVA: 45	ETÀ ASSICURATIVA: 45	ETÀ ASSICURATIVA: 45
DURATA: 15	DURATA: 20	DURATA: 25
ANNO	ANNO	ANNO
COSTO MEDIO PERCENTUALE ANNUO	COSTO MEDIO PERCENTUALE ANNUO	COSTO MEDIO PERCENTUALE ANNUO
5	5	5
10	10	10
15	15	15
10,70%	13,12%	15,00%
4,16%	5,65%	6,93%
1,55%	2,59%	3,48%

Art. 6 - Clausola di rivalutazione

Il presente contratto fa parte di una speciale categoria di assicurazioni sulla vita alle quali la Società riconosce una rivalutazione annua delle prestazioni assicurate in base alle condizioni che seguono. A tal fine la Società gestisce le attività maturate sul contratto, attività a copertura della riserva matematica, nell'apposita Gestione Speciale denominata "FONDO FUTURO", con le modalità e i criteri previsti dal relativo Regolamento, pubblicato sul sito internet www.hdiassicurazioni.it.

A) Misura della rivalutazione

La Società dichiara entro il 31 dicembre di ciascun anno il rendimento annuo da attribuire agli Assicurati, ottenuto moltiplicando il rendimento di cui all'art.6 del Regolamento del "FONDO FUTURO" per un'aliquota di partecipazione pari a 80%.

La misura annua di rivalutazione si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico di riferimento la differenza, se positiva, fra il rendimento attribuito ed il suddetto tasso tecnico già conteggiato nel calcolo del capitale iniziale.

Ad ogni anniversario della data di decorrenza, il capitale viene maggiorato secondo tale misura di rivalutazione. La maggiorazione del capitale, una volta comunicata, viene acquisita in via definitiva. Pertanto, ogni successiva rivalutazione viene applicata all'importo del capitale quale risulta dalla precedente rivalutazione.

B) Rivalutazione del capitale assicurato

Ad ogni anniversario della data di decorrenza, il contratto in pieno vigore viene rivalutato mediante aumento, a totale carico della Società, della riserva matematica costituitasi a tale epoca. Tale aumento viene determinato secondo la misura annua di rivalutazione sopra indicata, entro il 31 dicembre che precede l'anniversario suddetto.

• **Per la Soluzione a premio annuo costante** il valore del capitale rivalutato, fermo restando l'ammontare annuo netto del premio, sarà determinato sommando al capitale in vigore all'anniversario precedente:

- un importo ottenuto moltiplicando il capitale inizialmente assicurato per la misura annua della rivalutazione, ridotta nella proporzione in cui il numero degli anni trascorsi sta al numero degli anni della durata di contratto;
- un ulteriore importo ottenuto moltiplicando per la misura annua della rivalutazione la differenza tra il capitale in vigore all'anniversario precedente e quello inizialmente assicurato.

In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, il capitale rivalutato sarà ottenuto sommando al capitale in vigore nel periodo annuale precedente, l'importo che si ottiene moltiplicando la misura di rivalutazione per il valore del capitale stesso.

L'aumento del capitale verrà di volta in volta comunicato al Contraente.

• **Per la Soluzione a premio annuo rivalutabile** il valore del capitale rivalutato sarà ottenuto sommando al capitale in vigore all'anniversario precedente l'importo che si ottiene moltiplicando la misura di rivalutazione per il valore del capitale stesso.

Segue, in particolare, che ciascuna rivalutazione viene applicata alle somme in essere, comprensive di quelle derivanti da eventuali precedenti rivalutazioni.

L'aumento del capitale viene di volta in volta comunicato al Contraente.

C) Rivalutazione del premio per la Soluzione a premio annuo rivalutabile

A fronte della rivalutazione del capitale assicurato, il premio annuo netto dovuto viene aumentato della stessa misura annua di rivalutazione del capitale di cui al punto A). L'aumento del premio annuo netto verrà di volta in volta comunicato al Contraente.

D) Rifiuto della rivalutazione del premio per la Soluzione a premio annuo rivalutabile

Il Contraente ha facoltà di chiedere, ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto e con preavviso scritto

Condizioni di assicurazione

di almeno 3 mesi, che la rivalutazione del premio non venga effettuata. Il rifiuto della rivalutazione del premio non pregiudica il diritto del Contraente di accettare successive rivalutazioni. Nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio in scadenza ad un anniversario della data di decorrenza del contratto che cade dopo almeno 5 anni da tale decorrenza, il capitale assicurato all'anniversario precedente verrà rivalutato aggiungendo allo stesso:

- un importo ottenuto moltiplicando il capitale iniziale riproporzionato, come appresso definito, per la misura annua di rivalutazione stabilita a norma del punto A) e riducendo il prodotto del rapporto fra il numero di anni trascorsi dalla data di decorrenza del contratto ed il numero degli anni di durata del contratto;
- un ulteriore importo ottenuto moltiplicando la differenza fra il capitale assicurato all'anniversario precedente ed il capitale iniziale riproporzionato, come sotto definito, per la misura annua di rivalutazione di cui al punto A).

Per capitale iniziale riproporzionato si intende il prodotto del capitale inizialmente assicurato per il rapporto fra l'ammontare del premio annuo netto dovuto nell'ultimo anno che precede l'anniversario considerato ed il premio annuo netto dovuto nel primo anno di assicurazione.

Nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio ad un anniversario della data di decorrenza del contratto anteriore al 5° anno, il capitale assicurato non verrà rivalutato.

Art. 7 - Mancato pagamento del premio annuo - riattivazione

Il pagamento della rata di premio avvenuto entro 30 giorni dalla data della sua scadenza non comporta onere di interessi o altre conseguenze. Trascorsi 30 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata il contratto è sospeso, salvo che il contratto abbia maturato il diritto di rimanere in vigore per il capitale ridotto alle condizioni e con le modalità più avanti indicate. La sospensione comporta:

- se il numero di annualità di premio corrisposte è inferiore a 3, l'automatica estinzione del contratto con la perdita di quanto già versato. Il Contraente ha il diritto di richiedere il ripristino della piena efficacia del contratto entro 2 anni dalla sospensione del pagamento del premio (riattivazione) corrispondendo le rate di premio arretrate aumentate degli interessi calcolati al saggio annuo di riattivazione, nonché in base al periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione;
- se il numero delle annualità di premio corrisposte è maggiore od uguale al limite indicato al punto precedente la possibilità per il Contraente:
 - ✓ di riscuotere il valore del riscatto determinato in conformità a quanto previsto dalle presenti Condizioni di assicurazione (facendone richiesta scritta da inviare presso il domicilio della Società o l'Unità di Vendita a cui è assegnato il contratto). In tal caso il contratto si estingue definitivamente; *oppure*
 - ✓ di mantenere in vigore la garanzia per una prestazione ridotta determinata in conformità a quanto previsto dalle presenti Condizioni di assicurazione. Il Contraente può richiedere successivamente il riscatto dell'assicurazione (in qualsiasi momento) oppure il ripristino della piena efficacia del contratto entro 2 anni dalla sospensione del pagamento dei premi (riattivazione) corrispondendo le rate di premio arretrate aumentate degli interessi calcolati al saggio annuo di riattivazione, nonché in base al periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione. Per saggio annuo di riattivazione si intende il valore del rendimento annuo da attribuire così come stabilito nella Clausola di Rivalutazione più un punto percentuale. Il saggio annuo di riattivazione non può comunque essere inferiore al saggio legale di interesse. 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.

Art. 8 - Riduzione

In caso di mancato pagamento del premio – sempreché siano state versate almeno 3 annualità di premio – l'assicurazione resta in vigore, libera da ulteriori premi, per la prestazione ridotta da corrispondersi alla scadenza del contratto, sia in caso di vita dell'Assicurato a scadenza, sia in caso di decesso anteriormente a tale data, determinata nel seguente modo:

- **per la Soluzione a premio annuo costante** - moltiplicando il capitale inizialmente assicurato per il coefficiente di riduzione appresso definito ed aggiungendo al valore così ottenuto la differenza fra il capitale rivalutato all'anniversario della data di decorrenza che precede la data di scadenza della prima rata di premio non pagata ed il capitale inizialmente assicurato. Il coefficiente di riduzione è uguale al rapporto tra il numero dei premi annui pagati, comprese le eventuali frazioni di premio annuo, ed il numero dei premi pattuiti. Il capitale ridotto verrà rivalutato nella misura prevista dall'art.6 - Clausola di Rivalutazione - ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto che coincida o sia successivo alla data di sospensione del pagamento dei premi;
- **per la Soluzione a premio annuo rivalutabile** - moltiplicando il capitale, quale risulta rivalutato all'anniversario che

Condizioni di assicurazione

precede la data di scadenza della prima rata di premio non pagata, per il rapporto tra il numero dei premi annui pagati, comprese le eventuali frazioni di premio annuo, ed il numero dei premi annui pattuiti. Qualora siano state corrisposte almeno 5 annualità di premio, il capitale ridotto verrà rivalutato nella misura prevista dall'art.6 - Clausola di Rivalutazione - ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto che coincida o sia successivo alla data di sospensione del pagamento dei premi. Qualora invece siano state corrisposte meno di 5 annualità di premio, il capitale ridotto verrà rivalutato nella misura prevista dall'art.6 - Clausola di Rivalutazione - a partire dal 5° anniversario della data di decorrenza del contratto.

Art. 9 - Riscatto

Il Contraente può risolvere anticipatamente il contratto e chiedere la liquidazione del valore di riscatto. La richiesta di riscatto dovrà essere inviata con le modalità indicate all'art. 13. La risoluzione ha effetto dalla data della dichiarazione. **Il valore di riscatto può essere richiesto purché siano state corrisposte almeno 3 annualità di premio.** Tale valore di riscatto si ottiene scontando il capitale ridotto per il periodo di tempo che intercorre tra la data di richiesta del riscatto e quella di scadenza del contratto in base al tasso annuo di interesse pari a 3,00% qualora il riscatto avvenga entro il quinto anno dalla data di decorrenza e pari a 2,25% qualora avvenga successivamente. Nell'ipotesi di un contratto con durata 25 anni, la riduzione del capitale in caso di riscatto è pari alla percentuale indicata nella tabella che segue, in funzione dell'anno di riscatto:

PREMIO: SESSO ED ETÀ ASSICURATIVA: DURATA:		QUALSIASI QUALSIASI 25 ANNI
ANNO	COSTI PER RISCATTO	
5	35,92%	
10	28,38%	
15	19,95%	
20	10,53%	
25	0,00%	

Non sono previsti costi di riscatto.

Ai fini del Regolamento Isvap n. 38 del 3 Giugno 2011, la Società, in caso di riscatto di importo maggiore di € 300.000,00, si riserva di verificare la Contraenza Unica. Per Contraenza Unica si intende due o più Contraenti persone fisiche appartenenti al medesimo nucleo familiare convivente, due o più Contraenti Società collegate ai sensi dell'art. 2359 del cod. civ., Contraente persona fisica e una o più Società da questo controllate.

Art. 10 - Cessione, pegno e 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 ne faccia annotazione sul contratto o su appendice. Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di riscatto, le variazioni di contraenza o beneficiario e ogni altra possibile operazione richiedono l'assenso scritto del Creditore o Vincolatario.

Art. 11 - Prestiti

Non previsti.

Art. 12 - Beneficiari

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

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

In tali casi le operazioni di riscatto, prestito, 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,

Condizioni di assicurazione

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. 12.1 - 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. 13 - 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 hdia.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.**

Inoltre, per i pagamenti conseguenti al riscatto occorre che siano consegnati:

- **domanda del Contraente che contenga le indicazioni che permettano di identificare il contratto;**
- **certificato di esistenza in vita dell'Assicurato** se non coincidente con l'avente diritto;
- **eventuale dichiarazione necessaria ai fini dell'art. 5 del Regolamento Isvap n.38 (Contraenza unica).**

La Società esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Per i pagamenti conseguenti alla scadenza del contratto debbono essere consegnati:

- **domanda del Beneficiario che contenga le indicazioni che permettano di identificare il contratto;**
- **certificato di esistenza in vita dell'Assicurato** se non coincidente con l'avente diritto;
- **eventuale dichiarazione necessaria ai fini dell'art. 5 del Regolamento Isvap n.38 (Contraenza unica).**

La Società, maturato il diritto alla prestazione e ricevuta la documentazione, esegue il pagamento entro 30 giorni a decorrere dalla scadenza del contratto o dal ricevimento della documentazione sopra indicata.

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 o, in alternativa, dichiarazione sostitutiva dell'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, maturato il diritto alla prestazione e ricevuta la documentazione, esegue il pagamento entro 30 giorni dal

Condizioni di assicurazione

ricevimento della documentazione sopra indicata o dell'eventuale documentazione che la Società potrà richiedere per particolari esigenze istruttorie.

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

Art. 14 - Comunicazioni alla Società

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

Art. 15 - Tasse e imposte

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

Art. 16 - Foro competente

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

Art. 17 - Legge applicabile

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

Art. 18 - 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. 19 – 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/ebbrezza**;
- **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.

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 ovvero, nel caso di suicidio, paga il valore di riduzione se maturato per un importo superiore.

Art. 20 - Limitazioni

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

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

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di carenza il contratto si risolve e la Società non corrisponde la prestazione prevista per il caso di morte, ma restituisce, sempreché il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi o abbia acquisito il diritto alla riduzione, un importo pari alla somma dei premi versati relativi all'assicurazione principale e a quella accessoria al netto degli eventuali diritti e imposte, delle addizionali di frazionamento e dei premi delle prescelte garanzie complementari. Resta inteso che, nel caso di riduzione, il suddetto importo non potrà superare il valore della prestazione ridotta prevista in caso di decesso.

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

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

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

Condizioni di assicurazione - Garanzie Complementari

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE INFORTUNI

(valida solo se espressamente richiamata in polizza)

Art. 1 - Prestazioni assicurate

La Società si obbliga, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga in conseguenza di infortunio, sempreché il contratto risulti in regola con il pagamento dei premi, a pagare immediatamente un capitale di importo pari al capitale iniziale dell'assicurazione principale. Qualora l'assicurazione principale sia a premio annuo rivalutabile, tale capitale è maggiorato delle rivalutazioni annuali attribuite fino all'anniversario della decorrenza precedente il decesso.

Il capitale assicurato con la presente assicurazione complementare è raddoppiato se la morte avviene per infortunio conseguente ad incidente della circolazione. L'importo del capitale assicurato della presente garanzia deve risultare minore od uguale ad € 150.000,00.

Se il premio dell'assicurazione principale è rivalutato, anche il capitale assicurato con la presente assicurazione complementare ed il corrispondente premio annuo vengono rivalutati annualmente, secondo la stessa misura percentuale applicata per la rivalutazione del premio dell'assicurazione principale.

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

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

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

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

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

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

Sono considerati come infortuni anche:

- a) l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- b) l'avvelenamento, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto dall'art.3 lettera d) che segue;
- c) i morsi, le punture e le ustioni di animali e vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termine delle presenti condizioni particolari;
- d) l'affogamento;
- e) le lesioni (esclusi gli infarti e le ernie) determinate da sforzi;
- f) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- g) gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- h) quelli sofferti in stato di male e/o incoscienza;
- i) quelli conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- j) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico sociale o sindacale cui l'Assicurato non abbia preso parte.

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

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

Art. 3 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

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

- a) **gli infortuni derivanti dalla guida di veicoli natanti a motore** per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, **dall'uso e guida di mezzi subacquei**, nonché gli infortuni subiti dall'Assicurato

Condizioni di assicurazione - Garanzie Complementari

a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed in ogni caso, come membro dell'equipaggio;

- b) **l'esercizio delle seguenti attività sportive:** alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guida slitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
- c) **la partecipazione a corse o gare e relative prove od allenamenti**, salvo che si tratti di:
 - raduni automobilistici e gare di regolarità pura;
 - altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;
 - regate veliche o raduni cicloturistici;
- d) **gli infortuni dovuti a stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti allucinogeni e simili;** quelli sofferti in conseguenza a proprie **azioni delittuose dolose o di atti temerari**, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- e) **gli infarti e le ernie** di qualsiasi tipo;
- f) **gli infortuni derivanti da stato di guerra e insurrezione;**
- g) **gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;**
- h) **gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni** provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizioni a radiazioni ionizzanti.

Art. 4 - Estinzione dell'assicurazione

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

- a) in caso di riduzione o di estinzione della garanzia principale;
- b) quando sia trascorso il periodo di pagamento dei premi stabilito dalla polizza;
- c) al termine del periodo previsto per il pagamento dei premi dell'Assicurazione vita e, comunque, alla fine dell'anno di assicurazione in cui l'Assicurato avrà 75 anni.

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

Art. 5 - Pagamento del capitale assicurato

Fermo restando quanto previsto dall'art.15 - Pagamenti della Società - delle Condizioni di assicurazione della polizza vita, la Società pagherà il capitale garantito dalla presente Assicurazione complementare dopo che l'infortunio le sarà stato notificato mediante lettera raccomandata entro gli otto giorni successivi alla morte o al momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

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

Art. 6 - Richiamo alle Condizioni di assicurazione

Per quanto non regolato dagli articoli precedenti valgono, purché siano applicabili, le Condizioni di assicurazione della polizza vita e le norme di legge in materia. **Non è applicabile per questa Assicurazione complementare il periodo di "carenza" previsto dalle assicurazioni sulla vita stipulate "senza visita medica".** La Società rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art.1916 del c.c.

Condizioni di assicurazione

ASSICURAZIONE ACCESSORIA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE IN FORMA DI CAPITALE E A PREMIO ANNUO COSTANTE

(Valida solo se espressamente richiamata in polizza)

Art. 1 - Prestazioni assicurate

Prestazioni

La Società si obbliga, in caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata prevista per questa assicurazione accessoria, a corrispondere al beneficiario designato un capitale di importo costante indicato nel documento di polizza. Le prestazioni assicurate vengono garantite dietro pagamento di un premio annuo, costante anticipato, convenuto al momento della stipulazione, il quale dovrà essere corrisposto, nella rateazione indicata nel documento di polizza, a partire dall'inizio del contratto e per la durata stabilita, comunque non oltre la morte dell'Assicurato. Il premio del primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

Nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale.

Tariffe

Sono previste due diverse tariffe per soggetti fumatori o non fumatori in funzione del consumo o meno di tabacco da parte dell'Assicurato.

Lo stato di Non Fumatore deve risultare da apposita dichiarazione sottoscritta dal Contraente, unitamente all'Assicurato, se persona diversa, dalla quale risulti che:

- l'Assicurato non abbia mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro);
oppure
- abbia smesso di fumare da almeno 6 mesi rispetto la data di sottoscrizione della proposta e non abbia fumato neanche sporadicamente nel corso di tale periodo.

Qualora l'Assicurato risulti Non Fumatore, la Società applica una tariffa avente condizioni più favorevoli rispetto a quelle previste per un Assicurato Fumatore.

Art. 2 - Aggravamento del rischio per perdita dello stato di Non Fumatore

Qualora nel corso del contratto l'Assicurato, dichiaratosi non fumatore al momento della sottoscrizione della proposta, modifichi il proprio stato iniziando o riprendendo a fumare anche sporadicamente, lo stesso ed il Contraente sono tenuti a comunicarlo alla Società.

In tal caso, la Società provvede ad una riduzione del capitale assicurato in proporzione alla differenza tra premio pattuito ed il premio che sarebbe stato applicato qualora non fosse stato dichiarato lo stato di non fumatore dell'Assicurato. La riduzione ha effetto dalla data della comunicazione.

In caso di mancata comunicazione o di dichiarazioni inesatte o reticenti relative al consumo di tabacco, la Società applica le norme riportate all'art. 2 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato - delle Condizioni di assicurazione della garanzia principale.

Art. 3 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

Le esclusioni dalla presente assicurazione accessoria vengono regolate secondo quanto stabilito all'art. 20 – Esclusioni - delle Condizioni di assicurazione della garanzia principale.

Art. 4 - Mancato pagamento del premio annuo - Riattivazione

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

Trascorsi 30 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, la presente assicurazione accessoria è sospesa. Entro due anni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contraente ha diritto di riattivare l'assicurazione accessoria pagando le rate di premio arretrate, aumentate degli interessi legali dal giorno della scadenza.

Qualora però siano trascorsi più di 6 mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta da parte della Società.

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 la presente assicurazione accessoria non può più essere riattivata, determinandosene la risoluzione; i premi versati restano acquisiti dalla Società, qualunque sia il numero dei premi annui corrisposti, comprese le eventuali sue frazioni, senza diritto al capitale ridotto od al valore di riscatto.

Condizioni di assicurazione

Art. 5 - Carenza

Alla presente assicurazione accessoria si applicano le disposizioni previste dall'art.21 – Limitazioni – delle Condizioni di assicurazione della garanzia principale per assicurazione con visita medica in assenza del test HIV e per assicurazione senza visita medica.

Art. 6 - Richiamo alle Condizioni di assicurazione

Per quanto non regolato dagli articoli precedenti valgono, purché siano applicabili, le Condizioni di assicurazione della polizza vita e le norme di legge in materia.

ACCERTAMENTI SANITARI

Il contratto viene assunto dalla Società con modalità diverse in rapporto all'entità di capitale complessivo da assicurare. Tale capitale è da intendersi come la somma degli importi di capitale iniziale assicurato relativo all'assicurazione principale e alle assicurazioni complementari e/o accessorie prescelte. Di seguito vengono illustrate le diverse modalità di assunzione:

CAPITALE ASSICURATO	ACCERTAMENTI SANITARI
Fino a 250.000,00 Euro	Questionario sanitario presente nella proposta di assicurazione. Nel caso in cui l'Età Assicurativa dell'Assicurato al momento della sottoscrizione sia superiore a 65 anni, è necessario compilare anche il Rapporto di visita medica.
Da 250.000,01 Euro a 500.000,00 Euro	Documentazione precedente; Visita medica; Esame completo delle urine; Test della cotinina (solo per non fumatori) Piccolo Laboratorio: Test HIV(*), Colesterolo totale, HDL, LDL, Trigliceridi, HbsAg e Anti HCV.
Da 500.000,01 Euro a 1.000.000,00 Euro	Documentazione precedente; ECG riposo e sotto sforzo; Ecocardiografia; Ecotomografia addome completa; Grande Laboratorio: Emocromo con formula leucocitaria, HbA1c, Creatinina, Transaminasi GOT, GPT, GGT, Bilirubina totale, VES.
Da 1.000.000,00 Euro e fino a 3.500.000,00 Euro	Documentazione precedente; Laboratorio aggiuntivo: PSA (solo per uomini), Antigene Carcino Embrionario (CEA) CA 19-9, Alfa-Feto Proteina, Fosfatasi alcalina, Acido urico, Test funzionalità Tiroidee (FT3, FT4, TSH), Tempo di protrombina, Protidogramma elettroforetico.

Per polizze con Somma Assicurata oltre i 3.500.000,00 Euro, gli accertamenti sanitari da produrre verranno comunicati caso per caso.

() In assenza del test HIV verrà applicata la clausola secondo la quale la copertura assicurativa non sarà operativa qualora il decesso dell'Assicurato dovesse avvenire entro i primi sette anni dal perfezionamento del contratto a causa della sindrome d'immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa correlata.*

Avvertenza: La Società si riserva di richiedere, di volta in volta, ulteriore documentazione sanitaria.

ULTERIORE DOCUMENTAZIONE

In caso di capitali assicurati maggiori di 700.000,00 Euro è necessario presentare il Questionario Finanziario.

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 avvenga 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, residente o domiciliata (se persona fisica) o con sede legale o secondaria (se persona giuridica) nella Repubblica Italiana o nella Repubblica di San Marino, 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.

Età Assicurativa: l'età convenzionalmente utilizzata ai fini del presente contratto, espressa in anni interi. Se sono trascorsi meno di 6 mesi dall'ultimo compleanno, l'Età Assicurativa coincide con l'età anagrafica, invece se sono trascorsi più di 6 mesi dall'ultimo compleanno, l'Età Assicurativa corrisponde all'età anagrafica maggiorata di un anno (ad es. se l'Assicurato ha compiuto 30 anni il giorno 01/03/2024, la sua Età Assicurativa dal 01/09/2024 è di 31 anni).

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.

Condizioni di assicurazione

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 finanziarie 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.

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).

Condizioni di assicurazione

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.

PAGINA BIANCA