



ASSICURAZIONI

## CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MULTIRISCHIO

### SOLUZIONE MUTUO BUSINESS

**Il presente Fascicolo informativo, contenente:**

- a. Nota informativa vita**
- b. Nota informativa danni, comprensiva del glossario**
- c. Condizioni di assicurazione per tutte le garanzie**
- d. Glossario vita**
- e. Modulo di adesione**

**deve essere consegnato al Contraente e all'Assicurato prima della sottoscrizione del modulo di adesione.**

**Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.**

**HDI Assicurazioni S.p.A**

Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

# PAGINA BIANCA



HDI Assicurazioni S.p.A.  
Sede Legale e Direzione Generale:  
Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I)  
Tel. +39.06.421.031 - Fax +39.06.4210.3500  
[www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it)

Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v.  
C.F. e P. IVA 04349061004  
Registro delle Imprese di Roma 7122/92  
R.E.A. di Roma n. 757172/92  
Società con unico azionista

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni  
con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta  
alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022  
Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni"  
iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

# NOTA INFORMATIVA GARANZIA VITA

Data ultimo aggiornamento del documento 20.08.2013

La seguente Nota Informativa regola la garanzia A relativa alla polizza collettiva n. \_\_\_\_\_

**La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS (già Isvap), ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.**

**Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.**

Eventuali variazioni delle informazioni non derivanti da innovazioni normative contenute nel "Fascicolo informativo", successive alla conclusione del contratto, potranno essere consultate sul sito internet della Società ([www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it)).

## A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

### 1. Informazioni generali

HDI Assicurazioni S.p.A. - Società per Azioni Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015 con Direzione Generale e Sede Legale in Italia, Via Abruzzi n.10 (00187) Roma - autorizzata\* all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M.I.C.A. n.19570 dell'8 giugno 1993 e iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022 - tel. +39 06 421 031 - fax +39 06 4210 3500 - Sito Internet: [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it) - indirizzo e-mail: [hdi.assicurazioni@hdi.it](mailto:hdi.assicurazioni@hdi.it).

### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto al 31/12/2012 è pari a 168,20 milioni di euro di cui capitale sociale pari a 96,00 milioni di euro e riserve patrimoniali pari a 72,20 milioni di euro.

L'indice di solvibilità relativo alla gestione vita, alla medesima data, è pari a 136,7%. Tale indice è dato dal rapporto tra il margine di solvibilità disponibile ed il margine richiesto dalla normativa vigente.

## B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

### 3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Le garanzie assicurative possono essere abbinate

\* C.F. e P.IVA 04349061004

esclusivamente a mutui di durata inferiore o pari a 360 mesi.

La durata delle garanzie dipende dalla **durata residua del mutuo, calcolata alla data di decorrenza indicata nel modulo di adesione** (di seguito indicata "DR").

**Per il pacchetto Vita: la garanzia A ha durata pari a DR con un massimo di 360 mesi.**

**Per il pacchetto multi rischio : le garanzie hanno durata pari a DR con un massimo di :**

- 360 mesi per le garanzie A e B ;
- 60 mesi per la restante garanzia.

Pertanto, alla stipula del mutuo la durata residua è pari all'intera durata dello stesso.

La durata minima delle garanzie è pari a 12 mesi.

L'Assicurato deve avere una età all'ingresso compresa tra 18 e 65 anni compiuti. L'età massima a scadenza non deve superare il limite massimo di 75 anni non compiuti.

Il 2° Contraente sceglie nel modulo di adesione se aderire al pacchetto vita, scegliendo la **sola garanzia A**, che prevede la **prestazione in caso di decesso**, oppure al pacchetto multirischio che, oltre la **Garanzia A**, offre le seguenti garanzie danni :

**Garanzia B)** (assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio);

**Garanzia C)** (assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia).

Per gli aspetti di dettaglio relativi alla garanzia A si rinvia all'art. 2.1 delle condizioni di assicurazione.

La presente polizza è un'assicurazione collettiva rivolta esclusivamente a tutte le Aziende, gli Enti o ditte individuali, clienti del 1° Contraente, con i quali lo stesso stipula o ha già stipulato un contratto di mutuo con

piano di ammortamento francese.

Il 1° Contraente è la Banca erogante il mutuo, il 2° Contraente è l' Azienda, l' Ente o la ditta individuale che accende il mutuo, mentre l'Assicurato è la persona che riveste primaria importanza nella azienda.

**Avvertenza : Sono previste delle esclusioni dalla garanzia. Si rinvia all'art. 2.2 delle Condizioni Contrattuali per gli aspetti di dettaglio.**

**E' necessario che il 2° Contraente e l'Assicurato prestino particolare attenzione nel leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel modulo di adesione relative alla compilazione della dichiarazione di buono stato di salute.**

#### **4. Premi**

L'importo del premio dipende dalla durata, dall'età dell'Assicurato, dal capitale e non è differenziato in base al fattore sesso .

Il contratto prevede la **corresponsione di un premio unico anticipato**. Il premio, il cui onere è completamente a carico del 2° Contraente, è dovuto alla Società dal 1° Contraente. Il 1° Contraente versa il premio alla Società tramite bonifico bancario. Non è prevista la possibilità di frazionare il premio.

Il costo a carico del 2° Contraente è pari al 45% del premio unico versato relativo alla garanzia vita.

La quota parte del predetto costo percepita in media dall'intermediario è riportata nella tabella seguente.

<b>Costi di Intermediazione</b>	
Valore in percentuale	Importo medio*
88,9%	€ 545,75

\* Tale importo è calcolato sul premio medio ipotizzato.

**Nei casi di restituzione del premio le spese per il rimborso sono a carico del 2° Contraente e la Società trattiene il relativo importo, pari (complessivamente per le garanzie vita e danni) a 50 euro, dall'importo rimborsato. All'intermediario non è riconosciuta quota parte di tale costo.**

**Avvertenza: nei casi in cui è prevista la presentazione del questionario anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia, e nel caso di visita medica, i costi sono a carico del 2° Contraente.**

**Avvertenza: In caso di anticipata estinzione la Società restituisce al 2° Contraente, anche in nome per conto del 1° Contraente, la parte di premio pagata relativa al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria per il quale il rischio è cessato secondo i criteri e le modalità previsti nelle condizioni di assicurazione.**

**In alternativa, su richiesta del 2° Contraente, purché contestuale alla richiesta di estinzione anticipata del mutuo, la Società fornisce la copertura assicurativa fino a scadenza a favore dell'eventuale nuovo beneficiario designato. Si rinvia all'art. 1.9 delle condizioni di**

assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

#### **5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili**

Non previsti.

#### **C. INFORMAZIONE COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE**

#### **6. Costi**

##### **Art.6.1. Costi gravanti direttamente sul 1° Contraente**

##### **Art. 6.1.1 Costi gravanti sul premio**

Non previsti.

##### **Art. 6.1.2 Costi per riscatto**

Non previsti.

##### **Art. 6.1.3 Costi erogazione rendita**

Non previsti

#### **7. Sconti**

Non previsti.

#### **8. Regime fiscale**

##### **Art.8.1Regime fiscale dei premi**

I premi dei contratti di assicurazione sulla vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni.

I premi corrisposti a fronte della copertura del rischio morte danno diritto ad una detrazione del 19% dell'imposta sul reddito dichiarato ai fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

L'importo annuo complessivo sul quale calcolare la detrazione non può superare Euro 1291,14.

Concorrono alla formazione di tale importo anche i premi delle assicurazioni vita o infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001, che conservano il diritto alla detrazione di imposta.

##### **Art.8.2Regime fiscale delle somme corrisposte**

Le somme corrisposte in caso di morte sono esenti dall'IRPEF. Le somme corrisposte in caso di morte sono anche esenti dall'imposta sulle successioni.

#### **D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

#### **9. Modalità di perfezionamento del contratto**

Si rinvia all'art. 1.5 delle Condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e per la decorrenza del contratto.

### **10. Risoluzione del contratto per sospensione pagamento premi**

Non prevista.

### **11. Riscatto e riduzione**

Non previsti.

### **12. Revoca del modulo di adesione**

Non prevista.

### **13. Diritto di Recesso**

Il 2° Contraente può recedere entro 30 giorni dal momento del pagamento del premio dandone comunicazione alla Società, nonché al 1° Contraente, con lettera raccomandata A/R contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata e dietro consegna dell'originale del Modulo di adesione.

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

**HDI Assicurazioni S.p.A.  
Ufficio Gestione Portafoglio Vita  
Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA**

e

**Agenzia/Filiale del 1° Contraente presso la quale è stata sottoscritto il Modulo di adesione e che ha erogato il mutuo**

Il recesso ha l'effetto di liberare tutte le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dalla singola copertura, a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione che risulta dal timbro postale di invio della relativa comunicazione.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso Società provvede a rimborsare al 2° Contraente, anche in nome e per conto del 1° Contraente, il premio previa consegna dei documenti assicurativi in possesso dello stesso, al netto dell'imposta e della quota relativa al rischio corso.

### **14. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione**

Si rinvia all'art. 2.3 delle condizioni di assicurazione per la documentazione che il 2° Contraente o il beneficiario devono consegnare alla Società per la liquidazione della prestazione da parte della Società.

Al verificarsi del decesso dell'Assicurato, la liquidazione verrà effettuata entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Il 1° e il 2° Contraente devono prestare particolare attenzione ai termini di prescrizione. I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda secondo quanto stabilito dall'art.2952 del Codice

Civile. In caso di omessa richiesta entro tale termine gli importi dovuti vengono automaticamente devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie costituito presso il ministero dell'Economia e delle Finanze, secondo quanto disciplinato dalla Legge 266/2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

### **15. Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire l'applicazione di una diversa legislazione, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative del diritto italiano.

### **16. Lingua in cui è redatto il contratto**

Il contratto, ogni documento ad esso allegato, e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire una diversa lingua di redazione.

### **17. Reclami**

*Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri relativi alla garanzia A devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio Reclami e Procedure Speciali, come di seguito specificato:*

HDI Assicurazioni S.p.A.  
RECLAMI E PROCEDURE SPECIALI -  
Via Abruzzi, 10 - 00187 ROMA

Fax: +39 06 4210 3583 - E-mail: [reclami@pec.hdia.it](mailto:reclami@pec.hdia.it)

*Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono +39 06 421 331, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.*

*Per la risoluzione di liti transfrontaliere si può presentare reclamo all'IVASS o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet : <http://ec.europa.eu/internalmarket/fincervices-retail/finnet/index.en.htm>.*

*Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'IVASS faciliterà le comunicazioni tra l'Autorità competente ed il Contraente*

### **18. Informativa in corso di contratto**

La Società invia all'Assicurato, entro 60 giorni dalla chiusura di ciascun anno solare, una comunicazione con

indicazione del capitale assicurato e del nome del/i beneficiario/i o del/i vincolatario/i.

### **19. Comunicazioni del 2° Contraente alla Società**

Il 2° Contraente, qualora abbia deciso di variare l'uomo chiave assicurato, ne deve dare comunicazione alla Società e al 1° Contraente tramite lettera raccomandata.

### **20. Conflitto di interessi**

Il presente prodotto non presenta situazioni in conflitto di interessi.

In ogni caso l'impresa, pur in presenza di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti.

### **21. Informativa sull'attivazione dell'area web riservata**

E' possibile consultare online le informazioni relative al presente contratto accedendo all' Area Clienti dalla home page del sito [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it). Le credenziali per l'accesso saranno rilasciate dalla Società previa richiesta del 2° Contraente e/o del 1° Contraente all'Intermediario assicurativo.

\* \* \*

***HDI Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.***

**HDI Assicurazioni S.p.A.  
Il Rappresentante Legale  
(Alfonso Scarpa)**



# NOTA INFORMATIVA GARANZIE DANNI

Data ultimo aggiornamento del documento 20.08.2013

La seguente Nota Informativa regola le garanzie B e C relative alla polizza collettiva n. \_\_\_\_\_

**La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.**

**Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.**

Eventuali variazioni delle informazioni non derivanti da innovazioni normative contenute nel "Fascicolo informativo", successive alla conclusione del contratto, potranno essere consultate sul sito internet della Società ([www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it)).

## A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

### 1. Informazioni generali

**HDI Assicurazioni S.p.A.** – Società per Azioni Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015 con Direzione Generale e Sede Legale in Italia, Via Abruzzi n.10 (00187) Roma – autorizzata\* all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M.I.C.A. n.19570 dell'8 giugno 1993 e iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022 – tel. +39 06 421 031 – fax +39 06 4210 3500 – Sito Internet: [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it) – indirizzo e-mail: [hdi.assicurazioni@hdi.it](mailto:hdi.assicurazioni@hdi.it).

### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto al 31/12/2012 è pari a 168,20 milioni di euro di cui capitale sociale pari a 96,00 milioni di euro e riserve patrimoniali pari a 72,20 milioni di euro.

L'indice di solvibilità relativo alla gestione danni, alla stessa data, è pari a 117,9%. Tale indice è dato dal rapporto tra il margine di solvibilità disponibile ed il margine richiesto dalla normativa vigente.

## B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto è stipulato senza tacito rinnovo.

**Avvertenza : il contratto pertanto cessa alla scadenza senza obbligo di disdetta.**

### 3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il 2° Contraente sceglie nel modulo di adesione se aderire al pacchetto vita, scegliendo la **sola garanzia A**), oppure al pacchetto multirischio, che prevede, oltre

all'assicurazione in caso di morte (**Garanzia A**), le seguenti due garanzie:

**Garanzia B):** assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio, per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 3.1 delle condizioni di assicurazione.

**Garanzia C):** assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia, per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 4.1 delle condizioni di assicurazione.

La presente polizza è un'assicurazione collettiva rivolta esclusivamente a tutte le Aziende, gli Enti o ditte individuali, clienti del 1° Contraente, con i quali lo stesso stipula o ha già stipulato un contratto di mutuo con piano di ammortamento francese. Il 1° Contraente è la Banca erogante il mutuo, il 2° Contraente è l' Azienda, l' Ente o la ditta individuale che accende il mutuo, mentre l'Assicurato è la persona che riveste primaria importanza nella azienda.

**Avvertenza : sono previste esclusioni, limitazioni e condizioni di sospensione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.** Si rinvia ai seguenti artt. delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio:

- o articoli 3.1, 3.2 e 3.3 per la garanzia B;
- o articoli 4.1, 4.2, 4.4, 4.5 e 4.7 per la garanzia C.

**Avvertenza : sono previsti massimali e franchigie temporali.** Si rinvia rispettivamente agli artt.1.7 e 4.1 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Di seguito, a titolo di esempio, si riporta:

- un caso in cui si applica il massimale, relativo alla garanzia C;
- un caso in cui si applica la franchigia temporale relativo alla garanzia C.

**Esempio per massimale pari a 18 indennizzi per la garanzia C :** nel caso in cui sia stato corrisposto un numero totale pari a 18 indennizzi mensili in relazione alla garanzia C, per eventuali sinistri successivi, relativi

\* C.F. e P.IVA 04349061004

alla stessa garanzia, non è previsto alcun indennizzo dato il raggiungimento del massimale globale.

Esempio per franchigia temporale pari 60 giorni: qualora l'Assicurato sia colpito da inabilità temporanea totale - così come specificata nelle condizioni di assicurazione - per un periodo inferiore a 60 giorni, la Società non è tenuta al pagamento di alcun indennizzo.

Avvertenza : è previsto un limite massimo di età sia all'ingresso in assicurazione sia a scadenza della stessa. Si rinvia all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

#### 4. Periodi di carenza

Avvertenza: è previsto un periodo di carenza per la garanzia C. Si rinvia rispettivamente agli artt. 4.3 e 4.6 delle condizioni di assicurazione per i relativi aspetti di dettaglio.

#### 5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario

Avvertenza: in caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze del 2° Contraente o dell'Assicurato che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società, si può incorrere nella perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ovvero nella cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892 – 1893 – 1894 del Codice Civile. Si rinvia all'art. 1.3 delle condizioni di assicurazione per le eventuali conseguenze.

Avvertenza : L'Assicurato deve fornire in maniera veritiera e corretta le informazioni circa il suo stato di salute riportate nel questionario sanitario e nella dichiarazione di buono stato di salute.

#### 6. Aggravamento, diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il 2° Contraente, qualora abbia deciso di variare l'uomo chiave assicurato, ne deve dare comunicazione alla Società e al 1° Contraente tramite lettera raccomandata.

#### 7. Premi

Il contratto prevede la **corresponsione di un premio unico anticipato**. Non è previsto il frazionamento del premio.

Il premio, il cui onere è completamente a carico del 2° Contraente, è dovuto alla Società dal 1° Contraente. Il versamento del premio deve avvenire tramite bonifico bancario.

Avvertenza : non sono previsti sconti .

Il costo a carico del 2° Contraente è pari al 45% del premio unico versato per le garanzie danni.

La quota parte dei caricamenti percentuali percepita in media dall'intermediario è riportata nella tabella seguente.

Costi di Intermediazione	
Valore in percentuale	Importo medio*
88,9%	€ 660,89

\* Tale importo è calcolato sul premio medio ipotizzato.

Nei casi di restituzione del premio le spese per il rimborso sono a carico del 2° Contraente e la Società trattiene il relativo importo, pari (complessivamente per le garanzie vita e danni) a 50 euro, dall'importo rimborsato. All'intermediario non è riconosciuta quota parte di tale costo.

Avvertenza: in caso di anticipata estinzione o di trasferimento del mutuo la Società restituisce al 2° Contraente, anche in nome e per conto del 1° Contraente, la parte di premio pagata relativa al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria per il quale il rischio è cessato secondo i criteri e le modalità previsti nelle condizioni di assicurazione.

In alternativa, su richiesta del 2° Contraente, purché contestuale alla richiesta di estinzione anticipata del mutuo, la Società fornisce la copertura assicurativa fino a scadenza a favore dell'eventuale nuovo beneficiario designato. Si rinvia all'art. 1.9 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

#### 8. Rivalse

Avvertenza: non è previsto il diritto di rivalsa.

#### 9. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

Non previsto.

#### 10. Diritto di Recesso

Avvertenza: il 2° Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data di decorrenza. Si rinvia all' art. 1.11 delle Condizioni di assicurazione per i termini e le modalità di esercizio di tale diritto. *Inoltre, il 2° Contraente, qualora il contratto abbia durata superiore ai cinque anni, trascorso il quinquennio, può recedere dalle garanzie danni, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni. In tal caso il recesso ha effetto dall'anno successivo a quello della richiesta e il contratto proseguirà la sua efficacia per la sola garanzia A.*

#### 11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono, in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda secondo quanto stabilito dall'art.2952 del Codice Civile.

#### 12. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana ai sensi dell'art. 180 del Codice delle Assicurazioni Private. Le parti possono, tuttavia, pattuire l'applicazione di una

diversa legislazione, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative.

### 13. Misure e modalità di eventuali sconti

Non previsti.

### 14. Regime fiscale

#### 14.1 Regime fiscale dei premi

I premi corrisposti per le garanzie danni di cui alla presente Nota Informativa sono soggetti all'imposta del 2,5%.

Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente superiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, i premi danno diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato dal Contraente a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

Se solo una componente del premio di assicurazione è destinata alla copertura dei suddetti rischi, il diritto alla detrazione spetta con riferimento a tale componente, che viene appositamente indicata dalla Società. L'importo annuo complessivo sul quale calcolare la detrazione non può superare Euro 1291,14.

Concorrono alla formazione di tale importo anche i premi delle assicurazioni vita o infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001, che conservano il diritto alla detrazione di imposta.

#### 14.2 Regime fiscale delle somme corrisposte

Le somme corrisposte in caso di morte sono esenti dall'IRPEF. Le somme corrisposte in caso di morte sono anche esenti dall'imposta sulle successioni.

### C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

#### 15. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: per la liquidazione del sinistro, è necessario individuare il momento di insorgenza dello stesso. Il momento di insorgenza del sinistro è individuato nel momento in cui:

1. accade l'infortunio per la garanzia B);
2. accade l'infortunio o viene diagnosticata la malattia per la garanzia C).

Sono previsti modalità e termini per la denuncia del sinistro. Inoltre, in alcune ipotesi è richiesta la visita medica. Nel caso in cui la Società richieda ulteriore documentazione sanitaria, le spese sostenute a tal fine sono a carico del 2° Contraente. La Società si riserva di accertare la malattia entro un termine massimo di 60 giorni.

Si rinvia agli artt. 2.3 , 3.4 e 4.6 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle procedure liquidative.

#### 16. Reclami

*Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri relativi alle garanzie B, C e D devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio Reclami e Procedure Speciali, come di seguito specificato:*

HDI Assicurazioni S.p.A.  
RECLAMI E PROCEDURE SPECIALI -  
Via Abruzzi, 10 – 00187 ROMA

Fax: +39 06 4210 3583 – E-mail: [reclami@pec.hdia.it](mailto:reclami@pec.hdia.it)

***Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono +39 06 421 331, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione degli indennizzi si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.***

***Per la risoluzione di liti transfrontaliere si può presentare reclamo all'IVASS o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet : <http://ec.europa.eu/internalmarket/fincervices-retail/finnet/index.en.htm>.***

***Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'IVASS faciliterà le comunicazioni tra l'Autorità competente ed il Contraente***

#### 17. Arbitrato

Non previsto.

#### 18. Informativa sull'attivazione dell'area web riservata

E' possibile consultare online le informazioni relative al presente contratto accedendo all' Area Clienti dalla home page del sito [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it). Le credenziali per l'accesso saranno rilasciate dalla Società previa richiesta del 2° Contraente e/o del 1° Contraente all'Intermediario assicurativo.

\* \* \*

**HDI Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.**

HDI Assicurazioni S.p.A.  
Il Rappresentante Legale  
(Alfonso Scarpa)



## GLOSSARIO DANNI

**Assicurato:** il soggetto che riveste primaria importanza nell'azienda (uomo chiave della società mutuataria o i titolari di ditta individuale) -, designato dal 2° Contraente, che ha sottoscritto il modulo di adesione.

**Beneficiario:** Persona fisica o giuridica che riceve la prestazione prevista dal contratto al verificarsi dell'evento assicurato.

**Carenza:** periodo di tempo successivo alla decorrenza della copertura, durante il quale le garanzie non sono operative.

**1° Contraente:** L'istituto di credito che stipula la Polizza Convenzione per conto del 2° Contraente e degli Assicurati

**2° Contraente:** Il Soggetto (Azienda, Ente o Ditta Individuale), titolare di un contratto di mutuo presso il 1° Contraente, che designa l'Assicurato e corrisponde il premio

**Debito Residuo:** Debito residuo del mutuo contratto dal 2° Contraente verso il 1° Contraente alla data del sinistro. Il debito residuo è composto dal capitale residuo al momento dell'evento e, secondo quanto stabilito nel contratto di mutuo, dagli interessi maturati e spese alla data del sinistro e non comprende eventuali rate scadute prima del sinistro e non ancora rimborsate dal 2° Contraente al 1° Contraente, né gli interessi di mora e/o le spese accessorie relative alle stesse rate. L'importo del debito residuo sarà quello comunicato dal Contraente alla Società risultante dal piano di ammortamento.

**Decorrenza:** momento dal quale le garanzie diventano valide ed efficaci.

**Franchigia assoluta:** periodo di tempo per il quale all'Assicurato non è riconosciuta alcuna prestazione.

**Inabilità temporanea totale:** la perdita temporanea a seguito di infortunio o malattia, in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere ad un'attività lavorativa generica.

**Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa; gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinate da sforzi,

con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini; le ernie addominali, con esclusione di ogni altro tipo di ernia, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

**Intermediario :** le persone fisiche o le società, iscritte nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, che svolgono a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa;

**Invalidità totale permanente da infortunio:** la perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%.

**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 alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

**Malattia grave:** i casi di tumore, chirurgia cardiovascolare, infarto miocardico, ictus cerebrale, insufficienza renale, trapianto d'organo, come da specifiche definizioni integrate nella sezione Malattia Grave.

**Modulo di adesione:** il documento dal quale derivano tutte le garanzie assicurative che il cliente sottoscrive all'atto della stipula del Contratto.

**Ripresa di occupazione:** periodo di tempo successivo alla liquidazione totale e definitiva di un sinistro per Inabilità Totale Temporanea, durante il quale l'Assicurato deve ritornare alla sua normale attività lavorativa, prima di poter presentare un'altra denuncia relativa ad un nuovo sinistro.

**Riserva matematica:** l'importo che deve essere accantonato dalla Società per fare fronte agli obblighi futuri assunti verso gli Assicurati.

**Servizi Competenti :** i centri per l'impiego di cui all'articolo 4, comma 1, lettera e) del decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469, e gli altri organismi autorizzati o accreditati a svolgere le previste funzioni, in conformità delle norme regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

**Sinistro:** il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

**Società :** HDI Assicurazioni S.p.A., con sede in Roma, Via Abruzzi n.10



# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PER TUTTE LE GARANZIE

Data ultimo aggiornamento del documento 18.12.2012

Le seguenti condizioni di assicurazione regolano tutte le garanzie relative alla polizza collettiva n. \_\_\_\_\_

## Art. 1.1. Definizione del contratto

La presente polizza n. \_\_\_\_\_ è un'assicurazione collettiva rivolta esclusivamente ad Aziende, Enti o ditte individuali, Clienti dell'Istituto di Credito, che stipulano o hanno già stipulato un mutuo con piano di ammortamento francese.

Il 1° Contraente è la Banca erogante il mutuo, il 2° Contraente è l' Azienda, l' Ente o la ditta individuale che accende il mutuo, mentre l'Assicurato è la persona che riveste primaria importanza nella azienda.

## Art. 1.2. Garanzie

Le garanzie oggetto della presente Polizza Collettiva sono le seguenti.

**A** **Temporanea per il caso di morte a premio unico del debito residuo:** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al mutuo contratto nei limiti indicati dalle Condizioni di assicurazione.

**B** **Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio:** Ove l'Assicurato subisca un infortunio durante il periodo contrattuale, da cui derivi una invalidità totale e permanente della capacità lavorativa generica riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale secondo i parametri della tabella INAIL, la corresponsione di una somma pari al debito residuo in linea capitale che residua dal rapporto di mutuo contratto dal 2° Contraente verso il 1° Contraente, al momento dell'evento.

**C** **Assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia:** Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai quali derivi una inabilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere alla propria attività lavorativa nei confronti del 2° Contraente per il periodo di inabilità e comunque entro i limiti stabiliti dalle Condizioni di assicurazione relative a tale garanzia, la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento (in tal caso il

valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) pari alle singole rate del mutuo contratto dal 2° Contraente verso il 1° Contraente.

Il 2° Contraente sceglie nel modulo di adesione se aderire al pacchetto vita, scegliendo la sola garanzia A), oppure al pacchetto multirischio, scegliendo le garanzie A (temporanea in caso di morte), B (invalidità totale e permanente) e C (inabilità temporanea totale).

## Art. 1.3. Dichiarazione dell'Assicurato

Le dichiarazioni del 2° 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 1°Contraente, al 2° Contraente ed all'Assicurato, 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, al 1° Contraente e al 2° Contraente 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.

**L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato**

**comporta in ogni caso la rettifica in base all'età reale delle somme dovute.**

Qualora la Società intenda recedere dall'assicurazione ne da comunicazione al 1° Contraente, al 2° Contraente e all'Assicurato tramite lettera raccomandata A/R e rimborserà al 2°Contraente, anche in nome e per conto del 1° Contraente il premio, al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo di assicurazione intercorso tra la data di erogazione del mutuo ed il giorno in cui la Società è venuta a conoscenza delle dichiarazioni inesatte o reticenti.

Pertanto qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato tra il momento della sottoscrizione della documentazione necessaria all'adesione e la data stipula dell'atto di mutuo , l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Società prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

**Art. 1.4. Uomini chiave**

L'Assicurato è individuato dal 2° Contraente tra le persone fisiche che rivestono primaria importanza nell'azienda (uomo chiave della società mutuataria o i titolari di ditta individuale). E' possibile assicurare fino ad un massimo di quattro persone. Il premio corrisposto dal 2° Contraente e le prestazioni delle singole garanzie per ogni assicurato saranno determinati in proporzione al numero degli uomini chiave assicurati.

Al 2° Contraente è data, in qualsiasi momento e a sua libera scelta, la facoltà di variare ogni uomo chiave (Key-Man) assicurato durante il corso di validità della polizza, dandone comunicazione alla Società e al 1° Contraente tramite lettera raccomandata. Pertanto l'uomo chiave sostituito non sarà più oggetto della copertura a decorrere dalla data comunicata alla Società dal 2° Contraente.

Per il nuovo uomo chiave si provvederà alla compilazione del modulo di adesione, all'eventuale invio della documentazione medica necessaria e alla determinazione del premio di competenza riferito al nuovo Assicurato.

La Società attraverso la prima comunicazione utile verso il 1° Contraente evidenzierà il nuovo nominativo assicurato.

**Art. 1.5. Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie**

L'adesione alla Polizza Collettiva 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 mutuo sia stato effettivamente erogato e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto;

- ✓ la Società abbia dato preventiva accettazione del rischio al 1° Contraente in caso di adesione subordinata all'esito positivo della valutazione del questionario anamnestico (ai sensi dell'articolo 1.7).

Qualora il mutuo sia successivo alla data di decorrenza indicata sul modulo di adesione, le garanzie decorreranno a far data dal giorno di perfezionamento del contratto di mutuo.

Le garanzie assicurative possono essere abbinate esclusivamente a mutui di durata inferiore o pari a 360 mesi.

La durata delle garanzie dipende dalla **durata residua del mutuo, calcolata alla data di decorrenza indicata nel modulo di adesione** (di seguito indicata "DR").

**Per il pacchetto Vita: la garanzia A ha durata pari a DR con un massimo di 360 mesi.**

**Per il pacchetto multi rischio : le garanzie hanno durate pari a DR con un massimo di :**

- 360 mesi per le garanzie A e B ;
- 60 mesi per la restante garanzia.

Pertanto, alla stipula del mutuo la durata residua è pari all'intera durata dello stesso.

La durata minima delle garanzie è pari a 12 mesi.

**Art. 1.6. Risoluzione delle garanzie**

**In caso di morte o di invalidità totale e permanente da infortunio con conseguente corresponsione della prestazione da parte della Società, tutte le garanzie cessano la loro efficacia ed il premio resta acquisito alla Società.**

**Al verificarsi del pagamento del numero massimo di 18 indennizzi mensili nel corso della durata dell'assicurazione, la garanzia C (inabilità temporanea totale) si risolve.**

**Art. 1.7. Limiti assuntivi**

La presente polizza è un'assicurazione collettiva rivolta esclusivamente a tutte le Aziende, gli Enti o ditte individuali, clienti del 1° Contraente, con i quali lo stesso stipula o ha già stipulato un contratto di mutuo con piano di ammortamento francese.

L'Assicurato deve avere una età all'ingresso compresa tra 18 e 65 anni compiuti. L'età massima a scadenza non deve superare il limite massimo di 75 anni non compiuti.

Nel caso in cui l'età a scadenza sia superiore a quella massima prevista, l'adesione alla presente polizza collettiva non è possibile.

Il capitale assicurato iniziale è pari all'importo erogato o al debito residuo, derivante dal rapporto di mutuo, alla data di decorrenza indicata nel modulo di adesione.

L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti con il modulo di adesione completo in ogni parte e firmato dal 2° Contraente e dall'Assicurato e, ove richiesto, del questionario anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio Medico di Famiglia e di ulteriore documentazione eventualmente richiesta.

Ogni operazione dovrà essere completata con la seguente documentazione:

- Per capitali fino a Euro 160.000,00 (centosessantamila/00) dovrà essere fornita la sottoscrizione della "dichiarazione di buono stato di salute" presente sul modulo di adesione. Qualora l'Assicurato non sia in grado di sottoscrivere la precedente dichiarazione dovrà trasmettere alla Società lo specifico Questionario anamnestico, compilato dal proprio Medico di Famiglia.
- Per capitali compresi tra Euro 160.000,01 (centosessantamila/01) ed Euro 300.000,00 (trecentomila/00) dovrà essere trasmesso alla Società lo specifico Questionario anamnestico, compilato e sottoscritto dal Medico di Famiglia dell'Assicurando.
- Per capitali superiori ad Euro 300.000,00 (trecentomila/00) oltre allo specifico Questionario anamnestico di cui sopra, compilato e sottoscritto dal Medico di Famiglia dell'aderente, dovrà essere trasmessa alla Società tutta la documentazione sanitaria di volta in volta richiesta dalla stessa.

Il questionario e l'eventuale documentazione sanitaria necessaria per la valutazione del rischio viene inviata dall'Assicurato alla Società tramite il 1° Contraente. Ai fini dell'assunzione del rischio la Società, a suo insindacabile giudizio, valuta tale documentazione e si riserva di accettare o rifiutare il rischio dandone comunicazione al 1° Contraente entro e non oltre il termine di 60 giorni, fatta salva la necessità, che sarà comunque oggetto di comunicazione, di ulteriore istruttoria necessaria ai fini della valutazione del rischio.

Il 1° Contraente è tenuto ad informare sollecitamente il 2° Contraente e l'Assicurato dell'accettazione o del rifiuto del rischio comunicato dalla Società. In caso di rifiuto del rischio il modulo di adesione sottoscritto dal richiedente e la contestuale adesione alla Polizza Collettiva dovranno considerarsi nulli.

Ai fini dell'assunzione del rischio è necessario che la documentazione medica sia stata rilasciata non più di 180 giorni prima della data di decorrenza.

Il limite massimo dell'importo mensile risarcibile per ogni singola adesione è fissato in Euro 1.000,00 (mille/00).

La durata massima del mutuo non può essere superiore a 30 anni.

Le operazioni che non rientrano nei predetti limiti assuntivi dovranno essere sottoposte

all'attenzione della direzione HDI e da questa autorizzate. Di volta in volta la Società si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria.

Per i mutui a rata fissa e tasso e durata variabili la copertura ha valore per la durata iniziale del mutuo e seguirà il piano originario di ammortamento.

Eventuali allungamenti della durata del mutuo contratto dal 2° Contraente verso il 1° Contraente non modificheranno la durata della copertura.

### **Art. 1.8. Beneficiario della prestazione e pagamento degli indennizzi**

**Il 2° Contraente ha la facoltà di designare i beneficiari della prestazione relativa alla garanzia A indicandoli nel modulo di adesione.**

**Il pagamento degli indennizzi, dovuti da Società, relativi alle garanzie B e C viene effettuato a favore del 2° Contraente.**

**La Società sarà liberata dalla propria obbligazione di pagamento della prestazione o degli indennizzi con il versamento sul conto corrente le cui coordinate bancarie saranno indicate dai beneficiari per la garanzia A e dal 2° Contraente per le restanti garanzie.**

**In caso di anticipata estinzione del mutuo, di accollo dello stesso da parte di altra persona o di trasferimento, il 2° Contraente, qualora abbia deciso per la prosecuzione delle garanzie, ha la facoltà di nominare nuovi beneficiari. In tal caso, dovrà trasmettere alla Società il modulo di cui all'allegato C indicando i relativi nominativi e allegando tutta la documentazione necessaria in esso indicata, ivi incluso il piano di ammortamento originario. Società, a seguito di tale comunicazione, emette l'appendice di variazione dei beneficiari.**

**In caso di trasferimento del mutuo, è possibile designare quale Beneficiario della prestazione della garanzia A l'Istituto di Credito mutuante subentrato al rapporto di mutuo. In tal caso il 2° Contraente ha facoltà di conferire mandato all'incasso degli indennizzi, relativi alle garanzie B e C al nuovo Istituto mutuante subentrato.**

**Poiché la garanzia viene stipulata sulla vita di un terzo, ciascun Assicurato deve rilasciare, ai fini dell'art.1919 C.C., una dichiarazione, contenuta nel modulo di adesione, che autorizza il Contraente a stipulare un'assicurazione sulla di lui vita.**

### **Art. 1.9. Variazioni del rapporto di mutuo**

In caso di anticipata estinzione del rapporto di mutuo contratto dal 2° Contraente verso il 1° Contraente, di surroga passiva, ovvero accollo

dello stesso ad altra persona, le garanzie assicurate con la presente polizza collettiva si sciolgono. Il 2° Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società, nonché al 1° Contraente, con lettera raccomandata A/R contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata, allegando copia di un documento attestante l'avvenuta operazione. Tale comunicazione deve essere indirizzata a:

**HDI Assicurazioni S.p.A.  
Ufficio Gestione Portafoglio Vita  
Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA**

**e**

**Agenzia/Filiale del 1° Contraente presso la quale è stata sottoscritto il Modulo di adesione e che ha erogato il mutuo**

Le garanzie si sciolgono a partire dalla data di spedizione che risulta dal timbro postale di invio della relativa comunicazione e la Società rimborsa al 2° Contraente, anche in nome e per conto del 1° Contraente, il premio pagato al netto di eventuali imposte, delle spese per rimborso premio e della quota relativa al rischio corso entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione. La Società fornisce al 1° Contraente il conteggio dell'importo rimborsato da consegnare al 2° Contraente. Il rimborso viene effettuato esclusivamente previa consegna dei documenti assicurativi in possesso del 2° Contraente. Tale parte di premio oggetto di rimborso e comprensiva dei costi, viene calcolata in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo secondo la seguente formula:

$$R = ( P^n / N ) * K$$

dove:

R = rateo di premio da rimborsare;

$P^n$  = premio unico pagato al netto delle eventuali imposte;

N = durata originaria delle garanzie espressa in mesi interi (con approssimazione all'intero superiore);

K = durata residua delle garanzie espressa in mesi interi (con approssimazione all'intero superiore).

La Società trattiene dall'importo rimborsato le spese di rimborso premio pari a 50,00 euro.

Non è prevista la restituzione del premio nel caso in cui, alla data di richiesta di restituzione del premio da parte del 2° Contraente, si sia verificato un rischio in copertura.

**Il 2° Contraente ha altresì la facoltà, purché contestualmente alle operazioni sopra indicate, di chiedere la continuazione del contratto e in tale caso le garanzie rimangono in vigore alle condizioni originariamente stabilite. Tale richiesta deve essere trasmessa alla Società inviando il modulo di cui all'Allegato C all'indirizzo indicato sopra.**

In caso di anticipata estinzione del mutuo, di accollo dello stesso ad altra persona o di surroga passiva, Società effettua i pagamenti sulla base del piano di ammortamento originario allegato al modulo sopra indicato ed inviato dal 2° Contraente.

In caso di revoca, la copertura si intenderà decaduta e il premio sarà restituito al 2° Contraente anche in nome e per conto del 1° Contraente. La regola per la determinazione della parte di premio oggetto di rimborso è quella sopra indicata utilizzata in caso di cessazione delle garanzie a seguito dell'estinzione anticipata.

In caso di rinegoziazione del mutuo originario, ovvero modifica della durata o del tasso di interesse, le garanzie assicurative rimangono in piedi alle condizioni originariamente stabilite.

#### **Art. 1.10. Premio di assicurazione**

Le prestazioni assicurate vengono garantite dietro il pagamento di un premio unico anticipato.

L'importo del premio è indicato nel modulo di adesione e dipende dalla durata, dall'età dell'Assicurato, dal capitale e non è differenziato in base al fattore sesso.

Il premio, il cui onere è completamente a carico del 2° Contraente, è dovuto alla Società dal 1° Contraente.

La Società non assume alcuna responsabilità per i premi incassati e non versati dal 1° Contraente.

#### **Art. 1.11. Recesso del 2° Contraente**

Il 2° Contraente può recedere entro 30 giorni dalla data di decorrenza dandone comunicazione a Società, nonché al 1° Contraente, con lettera raccomandata A/R contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata e dietro consegna dell'originale del modulo di adesione

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

**HDI Assicurazioni S.p.A.  
Ufficio Gestione Portafoglio Vita  
Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA**

**e**

**Agenzia/Filiale del 1° Contraente presso la quale è stata sottoscritto il modulo di adesione e che ha erogato il mutuo**

Il recesso ha l'effetto di liberare tutte le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dalla singola copertura, a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione che risulta dal timbro postale di invio della relativa comunicazione.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso Società provvede a rimborsare al 2° Contraente, anche in nome e per conto del 1° Contraente il premio, previa consegna dei documenti assicurativi in possesso dello stesso, al netto dell'imposta e della quota relativa al rischio corso. *Inoltre, il 2° Contraente, trascorso il primo quinquennio, può recedere dalle garanzie danni, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni e il contratto proseguirà la sua efficacia per la sola garanzia A.* In tal caso il recesso ha effetto dalla fine dell'anno relativo alla richiesta di recesso. Tale richiesta deve pervenire alla Società tramite lettera raccomandata A/R all'indirizzo indicato sopra.

### **Art. 1.12. Cambio di attività o professione dell'uomo chiave assicurato**

Il 2° Contraente, qualora abbia deciso di variare l'uomo chiave assicurato, ne deve dare comunicazione alla Società e al 1° Contraente tramite lettera raccomandata.

### **Art. 1.13. Imposte e tasse**

Le imposte e le tasse relative alla presente Polizza collettiva, il cui onere è completamente a carico del 2° Contraente, sono dovute dal 1° Contraente.

Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati al 1° Contraente.

### **Art. 1.14. Rinvio alle norme di legge**

Per quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge in materia.

### **Art. 1.15. Pagamento delle prestazioni assicurate e degli indennizzi**

Verificatosi l'evento assicurato, la Società provvede ad effettuare i pagamenti a seguito della richiesta del 2° Contraente e/o dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto mediante lettera raccomandata A/R inviata direttamente, o per il tramite del 1° Contraente, alla Società, nei tempi e con le modalità previste dalle Condizioni di assicurazione che regolano le singole garanzie assicurate.

La Società, entro un periodo massimo di 30 giorni dalla data di ricezione indicata dal timbro postale della documentazione richiesta, provvederà a corrispondere le somme dovute. Decorso il termine di 30 giorni sono dovuti gli interessi moratori in misura del saggio di interesse legale.

La determinazione delle prestazioni e degli indennizzi avviene esclusivamente sulla base del piano di ammortamento del debito residuo rilasciato dal 1° Contraente successivamente al verificarsi dell'evento. In caso di anticipata estinzione del mutuo, di accollo dello stesso ad altra persona o di surroga passiva, Società

effettua i pagamenti sulla base del piano di ammortamento originario allegato al modulo di cui allegato C ed inviato dal 2° Contraente.

## **2.0 GARANZIA A ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE**

### **Art. 2.1 Prestazione assicurata**

La Società con la presente garanzia, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, si obbliga a corrispondere al Beneficiario una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale che, alla data del decesso dell'Assicurato, residua dal rapporto di mutuo contratto dal 2° Contraente verso il 1° Contraente e nei limiti indicati dal successivo art. 2.2.

### **Art. 2.2 Rischio di morte**

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

### **E' escluso dalla garanzia il decesso causato da:**

- **dolo dell'Assicurato;**
- **dolo del 1° Contraente;**
- **dolo del 2° Contraente**
- **dolo dei Beneficiari;**
- **suicidio se avviene nei primi 24 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione;**
- **evento catastrofale.**

In questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica, calcolato al momento del decesso.

### **Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni**

Per ottenere la liquidazione della prestazione, devono essere prodotti alla Società, unitamente all'allegato B, i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva sussistenza dell'obbligo di pagamento:

- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento;
- copia del modulo di adesione;
- certificato di nascita o copia del documento di identità dell'assicurato;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- verbale dell'autorità intervenuta e chiusa inchiesta;
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società;
- dichiarazione del 1° Contraente attestante il debito residuo del mutuo alla data del verificarsi dell'evento assicurato (dichiarazione non richiesta in caso di denunce successive ad operazioni di

estinzione anticipata, accollo, surroga passiva del mutuo).

Verificatosi il decesso dell'Assicurato, la Società esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori in misura del saggio di interesse legale.

#### Art. 2.4 Riscatto

La presente assicurazione temporanea in caso di morte **non ammette il riscatto** delle somme assicurate.

#### Art. 2.5 Beneficiari

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il 2° 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 dell'Assicurato;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Società o fatte per testamento.

#### Art. 2.6 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.

### 3.0 GARANZIA B - Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio

#### Art. 3.1 Indennizzo

La Società garantisce, ove l'Assicurato subisca un infortunio durante il periodo contrattuale, dal quale derivi un'invalidità totale e permanente da infortunio della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione all'Assicurato, di una somma pari al debito residuo in linea capitale che residua dal rapporto di mutuo contratto dal 2° Contraente verso il 1° Contraente, al momento del sinistro .

L'indennizzo per invalidità totale permanente da infortunio è calcolato secondo i criteri e le percentuali previste dalla tabella contenuta nell'allegato A dell'allegato 1 (tabella delle valutazioni del grado di invalidità permanente per l'industria allegata al T.U. delle disposizioni

per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali approvato con D.P.R. 30/6/65 n° 1124, e successive modificazioni intervenute fino alla stipula dell'assicurazione) e dovrà essere certificato dalla Commissione Medica di Verifica e non dovrà essere soggetto termini di rivedibilità.

#### Art. 3.2 Esclusioni

**Sono esclusi dall'assicurazione:**

- 1) Infortuni e malattie causati da dolo dell'Assicurato;
- 2) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- 3) Infortuni causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- 4) Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 5) Infortuni causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni;
- 6) Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- 7) Infortuni 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);
- 8) Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- 9) 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;
- 10) Le conseguenze di infortuni avvenuti nei 360 gg. antecedenti la data iniziale e le conseguenze di situazioni patologiche insorte nei 360 gg. antecedenti la data di decorrenza, già note in tale data all'Assicurato;
- 11) Mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- 12) Infortuni causati da:
  - A) paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
  - B) tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano

- carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- C) dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- D) dalla guida:
- ✓ di macchine operatrici;
  - ✓ di natanti a motore per uso non privato;
- E) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- F) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- G) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- H) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- I) HIV o AIDS;
- J) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- K) da guerra e insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
- L) calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica e fenomeni connessi.

#### Art. 3.3 Rischio di guerra all'estero

La presente garanzia, a parziale deroga dell'art. 3.2 "Esclusioni" punto 5) vale per l'invalidità totale e permanente conseguenti a infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), o da insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio dell'ostilità, se ed in quanto l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e Repubblica di San Marino) in un paese sino ad allora in pace con esclusione, comunque, di ogni partecipazione attiva a tali eventi.

#### Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi

In caso di infortunio, il 2° Contraente o l'Assicurato o chi per esso, deve darne avviso scritto alla Società attraverso il modulo di cui all'Allegato B , **entro 60 giorni dall'infortunio o**

**da quando ne ha avuto la possibilità** a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Per ottenere la liquidazione dell'indennizzo, devono essere prodotti alla Società, unitamente all'allegato B, i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva sussistenza dell'obbligo di pagamento:

- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento;
- verbale dell'autorità intervenuta sul luogo dell'incidente;
- certificato della commissione medica predisposta per l'accertamento;
- copia del modulo di adesione;
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società;
- dichiarazione del Contraente attestante l'importo residuo del mutuo alla data dell'evento assicurato (dichiarazione non richiesta in caso di denunce successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo, surroga passiva del mutuo);
- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita.

Il certificato della commissione medica non deve presentare termini di rivedibilità.

**L'Assicurato, o chi per esso, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e sciogliere da ogni riserbo i medici curanti.**

#### Art. 3.5 Colpa grave, tumulti

A deroga dell'articolo 1900 C.C. sono compresi i sinistri cagionati con colpa grave dell'Assicurato. A deroga dell'articolo 1912 C.C. sono compresi i sinistri determinati da tumulti popolari o atti di terrorismo, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.**

### 4.0 Garanzia C-Assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia

#### Art 4.1 Indennizzo

La Società, ove l'Assicurato subisca un infortunio o gli venga diagnosticata una malattia durante il periodo contrattuale, dai quali derivi un'inabilità temporanea totale, garantisce all'Assicurato la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) pari alle singole rate del mutuo contratto dal 2° Contraente verso il 1° Contraente e non ancora scadute alla data del ricovero.

Per inabilità totale temporanea si intende la perdita totale in via temporanea della capacità

di attendere alla propria attività lavorativa nei confronti del 2° Contraente.

**Lo stato di inabilità temporanea totale dovrà essere conseguenza diretta di un ricovero con intervento chirurgico, che comporta una degenza ospedaliera o assimilabile di 3 giorni, oppure di ricovero dovuto a Grande Intervento Chirurgico. Gli indennizzi saranno liquidati, trascorsi 60 giorni di franchigia assoluta dalla data di ricovero, per ogni periodo intero di 30 giorni consecutivi di inabilità temporanea totale con un massimo di 6 indennizzi mensili per ogni sinistro e di 18 indennizzi mensili nel corso della singola copertura.**

Ogni indennizzo mensile non può essere superiore ad Euro 1.000,00(mille/00).

#### **Art 4.2 Grandi interventi chirurgici**

Sono considerati Grandi Interventi Chirurgici:

##### **Cranio**

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

##### **Faccia e bocca**

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi demolitrici per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.

##### **Collo**

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

##### **Torace**

- Resezioni segmentarie e lobotomia.
- Pneumectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi del polmone.
- Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Pleuropneumectomia.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

##### **Chirurgia toracica**

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per asportazione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari.
- Correzione di coartazione aortica.

- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica)

##### **Esofago**

(vedere anche Otorinolaringoiatria)

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne e megaesofago.
- Idem per tumori, resezioni parziali basse-alte totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.

##### **Stomaco - Duodeno**

- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno colica.

##### **Intestino**

- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.

##### **Retto - Ano**

- Amputazione del retto per via addomino-perineale in uno o più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

##### **Fegato**

- Resezione epatica.
- Epatico-coledotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

##### **Pancreas - Milza**

- Intervento di necrosi acuta del pancreas.
- Intervento per cisti e pseudo-cisti.
- Enucleazione delle cisti.
- Marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:
  - a) totale o della testa;
  - b) della coda.
- Anastomosi porta-cava spleno renale, mesenterico cava.

##### **Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico**

- Asportazione di neoplasie endocraniche o di aneurismi.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari.

**Art 4.3 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza**

La Società pagherà l'indennizzo solo se il sinistro, per una inabilità totale e permanente causata da malattia, si è verificato dopo il periodo di carenza di 90 giorni dalla decorrenza del contratto.

**Art 4.4 Esclusioni**

Le coperture non saranno operative nei sotto elencati casi:

- 1) Infortuni e malattie causati da dolo dell'Assicurato;
- 2) Infortuni 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;
- 3) Infortuni causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- 4) Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 5) Infortuni causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni;
- 6) Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- 7) Infortuni 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);
- 8) Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- 9) 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;
- 10) Le conseguenze di infortuni avvenuti nei 360 gg. antecedenti la data iniziale e le conseguenze di situazioni patologiche insorte nei 360 gg. antecedenti la data iniziale, già note in tale data all'Assicurato;

- 11) Mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- 12) Infortuni causati da:
  - A) paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
  - B) tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
  - C) dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
  - D) guida di
    - macchine operatrici;
    - natanti a motore per uso non privato;
    - qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
  - E) pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
  - F) partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
  - G) ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
  - H) HIV o AIDS;
  - I) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
  - J) guerra e insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
  - K) calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica e fenomeni connessi.

**Art 4.5 Rischio di guerra all'estero**

La presente garanzia, a parziale deroga dell'art. 4.3 "Esclusioni" punto 13 vale per Inabilità temporanea totale conseguente ad infortunio e malattia derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), o da insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio

dell'ostilità, se ed in quanto l'Assicurato, quale civile, risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (**esclusi Città del Vaticano e Repubblica di San Marino**) in un paese sino ad allora in pace **con esclusione, comunque, di ogni partecipazione attiva a tali eventi.**

#### **Art 4.6 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi**

In caso di infortunio o malattia, il 2° Contraente o l'Assicurato o chi per esso, deve darne avviso scritto alla Società attraverso il modulo di cui all'Allegato B entro 60 giorni dall'infortunio oppure da quando la malattia è stata diagnosticata o da quando ne ha avuto la possibilità a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Qualora un sinistro per inabilità temporanea sia stato chiuso per qualunque ragione, salvo quella relativa all'esaurimento del massimale globale, i successivi eventi di inabilità temporanea potranno essere denunciati a condizione che l'Assicurato sia ritornato ad esplicare la sua attività lavorativa e che sia trascorso un periodo pari alla "Ripresa di occupazione" di 180 giorni consecutivi.

Per ottenere la liquidazione degli indennizzi, devono essere prodotti alla Società, unitamente all'allegato B, i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva sussistenza dell'obbligo di pagamento:

- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento;
- copia del modulo di adesione;
- documentazione medica, cartelle cliniche e/o verbale di pronto soccorso;
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società;
- copia di un documento di identità.

**Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.-Nel caso di inabilità**

**temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.**

**L'Assicurato, o chi per esso, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.**

La Società, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare le diagnosi della malattia con propri medici di fiducia, i cui costi saranno a carico della stessa.

#### **Art 4.7 Colpa grave, tumulti**

A deroga dell'articolo 1900 C.C. sono compresi i sinistri cagionati con colpa grave dell'Assicurato. A deroga dell'articolo 1912 C.C. sono compresi i sinistri determinati da tumulti popolari o atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Tabella INAIL

Descrizione	Percentuali		
	destro	-	sinistro
Sordità completa di un orecchio		15	
Sordità completa bilaterale		60	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi		40	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi relativa tabella)			
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 di un rene superstite		25	
Perdita della milza senza alterazione della crasi ematica		15	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità			
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5	
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
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 articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°:			
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 di pronosupinazione	25		20

**Condizioni di assicurazione per tutte le garanzie**

Anchilosi totale articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55		50
Anchilosi totale 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
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 in posizione favorevole		45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo - femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
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 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 occorra perdita di più dita di 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 cinque centimetri		11	

In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attività di lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate al sinistro e quelle del sinistro al destro.

**Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva**

<b>Visus Perduto</b>	<b>Visus Residuo</b>	<b>Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore</b>	<b>Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore</b>
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%

10/10	0	35%	65%
-------	---	-----	-----

**Note:**

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata: in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di rifrazione.
4. La perdita di 5/10 di visus di un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di un infortunio agricolo.
5. In caso di afachia monolaterale:
  - con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10.....15%
  - con visus corretto di 7/10.....18%
  - con visus corretto di 6/10.....21%
  - con visus corretto di 5/10.....24%
  - con visus corretto di 4/10.....28%
  - con visus corretto di 3/10.....32%
  - con visus corretto inferiore a 3/10..... 35%
6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

<b>MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO</b>
---------------------------------------

N° Polizza: ..... Filiale N° ..... Indirizzo: .....

Spett.le

HDI Assicurazioni S.p.A.

Ufficio Gestione Portafoglio Vita

Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA

Data.....

**ASSICURATO**

Cognome e Nome ..... sesso ..... data di

nascita ...../...../..... ..Comune di nascita .....

Prov..... Cod.Fisc .....

Comune di residenza .....Cap.....

Indirizzo..... Prov. ....

**GARANZIE**

**(barrare la garanzia per la quale è richiesto l'indennizzo e correlare la presente richiesta dai documenti specifici)**

**Decesso (documenti da presentare dall' avente causa):**

- copia del modulo di adesione;
- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento;
- certificato di nascita o copia del documento di identità dell'assicurato;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- Verbale dell'autorità intervenuta e chiusa inchiesta
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società;
- dichiarazione del 1° Contraente attestante l'importo residuo del mutuo alla data del sinistro (\*).

**Invalidità Totale Permanente da Infortunio**

- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento;
- verbale dell'autorità intervenuta sul luogo dell'incidente;
- certificato della commissione medica predisposta per l'accertamento;
- copia del modulo di adesione;
- eventuale ulteriore documentazione di carattere sanitario ritenuta necessaria dalla Società;
- dichiarazione del 1° Contraente attestante l'importo residuo del mutuo (\*);
- copia di un documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita.

**Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia**

- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento;
- copia del modulo di adesione;
- documentazione medica, cartelle cliniche e/o verbale di pronto soccorso;
- eventuale ulteriore documentazione di carattere sanitario ritenuta necessaria dalla Società;
- copia di un documento di identità.

(\*) dichiarazione non richiesta in caso di denunce successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo, surroga passiva del mutuo

**L'Assicurato o l'Avente Causa**

**Il 2° Contraente**  
(Legale rappresentante)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI CONTINUAZIONE DEL CONTRATTO**  
(da inviare in caso di estinzione anticipata, surroga passiva o accollo del mutuo)

POLIZZA COLLETTIVA N. \_\_\_\_\_

**Spett.le**  
**HDI Assicurazioni S.p.A.**  
**Settore Vita - Ufficio Gestione Portafoglio**  
**Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA**

**Il 2° Contraente**

Ragione Sociale \_\_\_\_\_ con sede  
in \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ Recapito telefonico  
\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

in qualità di aderente alla sopra indicata polizza ed a seguito dell'operazione di

**estinzione anticipata**                       **surroga**                       **accollo**

del mutuo n° ..... avvenuta il .....

**CHIEDE**

la prosecuzione delle garanzie assicurative, come previsto dall'art. 1.9 delle condizioni di assicurazione contenute nel fascicolo informativo ricevuto in sede di sottoscrizione del modulo di adesione.

Il 2° Contraente ha la facoltà di indicare nuovi i beneficiari sopra indicati per la garanzia A e di conferire mandato all'incasso in favore di altri soggetti per le garanzie B e C compilando il box sottostante.

**Variazione dei beneficiari e conferimento del mandato all'incasso**

**GARANZIA A : nuovi beneficiari** (persone fisiche e/o giuridiche)

1) ..... 3) .....  
2) ..... 4) .....

**GARANZIE B e C : mandato all'incasso** a favore di (persone fisiche e/o giuridiche)

1) ..... 3).....  
2) ..... 4).....

Allega:

- 1) Copia del modulo di adesione;
- 2) Copia di un documento di identità del legale rappresentante del 2° Contraente;
- 3) Copia di un documento attestante il ruolo di legale rappresentate del soggetto incaricato;
- 4) Documentazione ufficiale attestante l'avvenuta operazione di cui sopra;
- 5) Copia del piano di ammortamento del finanziamento originario e completo.

**Luogo e data**

**Firma del 2° Contraente**  
**(Legale rappresentante)**

.....

.....

PAGINA BIANCA

**MODULO DI DENUNCIA DELLA GARANZIA A**

N° Polizza: ..... Filiale N° ..... Indirizzo: .....

Spett.le

HDI Assicurazioni S.p.A.

Ufficio Gestione Portafoglio Vita

Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA

Data.....

**ASSICURATO**

Cognome e Nome ..... sesso ..... data di nascita ...../...../..... ..

Comune di nascita ..... Prov.....

Cod.Fisc..... Comune di residenza

.....Cap. .... Prov. ....

Indirizzo.....

**DECESSO (documenti da presentare dall' avente causa):**

- copia del modulo di adesione;
- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento
- certificato di nascita o copia del documento di identità dell'assicurato;
- **atto di notorietà attestante l'esistenza o meno di un testamento** - l'ultimo noto e 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**;
- certificato di morte
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- verbale dell'autorità intervenuta e chiusa inchiesta;
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società;
- dichiarazione del Contraente attestante l'importo residuo del mutuo alla data del sinistro. (dichiarazione non richiesta per denunce successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga passiva del mutuo)
- autorizzazione del Giudice Tutelare rilasciata agli esercenti la potestà genitoriale per la riscossione di somme spettanti ai minori Beneficiari.

**l'Avente Causa dell'Assicurato**

.....

**MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO GARANZIE B,C,D,E**

N° Polizza: ..... Filiale N° ..... Indirizzo: .....

Spett.le

HDI Assicurazioni S.p.A.

Ufficio Gestione Portafoglio Vita

Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA

Data.....

**ASSICURATO**

Cognome e Nome ..... sesso ..... data di nascita  
 ...../...../..... ..Comune di nascita ..... Prov..... Cod.Fisc  
 .....

Comune di residenza .....Cap.....

Indirizzo.....

Prov. .... Recapito Telefonico ..... E-mail .....

**GARANZIE**

**(barrare la garanzia per la quale è richiesto l'indennizzo e correlare la presente richiesta dai documenti specifici)**

**Invalidità Totale Permanente da Infortunio**

**(Garanzia valida per tutti)**

- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento;
- verbale dell'autorità intervenuta sul luogo dell'incidente;
- certificato della commissione medica predisposta per l'accertamento;
- copia del modulo di adesione;
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società;
- dichiarazione del Contraente attestante l'importo residuo del mutuo (dichiarazione non richiesta per denunce successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga passiva del mutuo);
- copia di un documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita.

**Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia**

**(Garanzia valida per i lavoratori autonomi, lavoratori dipendenti pubblici)**

- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento;
- copia del modulo di adesione;
- documentazione medica, cartelle cliniche e/o verbale di pronto soccorso;
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società;
- copia di un documento di identità.

**Gravi Malattie**

**(Garanzia valida per Non Lavoratori)**

- copia del modulo di adesione;
- documentazione medica, cartelle cliniche e/o verbale di pronto soccorso;
- copia di un documento di identità.

**Disoccupazione**

**(Garanzia valida per Lavoratori Dipendenti Privati)**

- copia della scheda anagrafica professionale ;
- copia del modulo di adesione;
- lettera di assunzione;
- copia della lettera di licenziamento;
- copia di un documento di identità .

**L'Assicurato o l'Avente Causa**

.....

**RICHIESTA DI CONTINUAZIONE DEL CONTRATTO**  
(da inviare in caso di estinzione anticipata, surroga passiva o accollo del mutuo)

POLIZZA COLLETTIVA N. \_\_\_\_\_

**Spett.le**  
HDI Assicurazioni S.p.A.  
Settore Vita - Ufficio Gestione Portafoglio  
Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA

**Il sottoscritto Assicurato**

Cognome e Nome ..... sesso ..... data di nascita  
...../...../..... Comune di nascita ..... Prov..... Cod.  
Fisc..... Comune di residenza .....  
.....Cap. .... Prov.  
.....Indirizzo.....  
Recapito telefonico ..... Email .....

in qualità di aderente alla sopra indicata polizza ed a seguito dell'operazione di

**estinzione anticipata**                       **surroga**                       **accollo**

del mutuo n° ..... avvenuta il .....

**CHIEDE**

la prosecuzione delle garanzie assicurative, come previsto dall'art. 1.9 delle condizioni di assicurazione contenute nel fascicolo informativo ricevuto in sede di sottoscrizione del modulo di adesione .

L'Assicurato ha la facoltà di modificare i beneficiari indicati nel modulo di adesione per la garanzia A e di conferire mandato all'incasso in favore di nuovi soggetti per le garanzie B, C, D ed E compilando il box sottostante.

**Variazione dei beneficiari e del mandato all'incasso**

**GARANZIA A : nuovi beneficiari** (persone fisiche e/o giuridiche)

1) .....	3) .....
2) .....	4) .....

**GARANZIE B, C, D, ed E: mandato all'incasso** a favore di (persone fisiche e/o giuridiche)  
(da compilarsi solo in caso di adesione al pacchetto multirischio)

1) .....	3).....
2) .....	4).....

**Allega:**

- 1) Copia del modulo di adesione;
- 2) Copia di un documento di identità;
- 3) Documentazione ufficiale attestante l'avvenuta operazione di cui sopra;
- 4) Copia del piano di ammortamento del finanziamento originario e completo.

**Luogo e data**

.....

**Firma dell'Assicurato**

.....

PAGINA BIANCA

## GLOSSARIO VITA

Data ultimo aggiornamento del documento 20.08.2013

**Assicurato:** il soggetto che riveste primaria importanza nell'azienda (uomo chiave della società mutualitaria o i titolari di ditta individuale) -, designato dal 2° Contraente, che ha sottoscritto il modulo di adesione.

**Beneficiario:** persona fisica o giuridica che riceve la prestazione prevista dal contratto al verificarsi dell'evento assicurato;

**Carenza:** periodo di tempo successivo alla decorrenza della copertura, durante il quale le garanzie non sono operative.

**1° Contraente:** L'istituto di credito che stipula la Polizza Convenzione per conto del 2° Contraente e degli Assicurati

**2° Contraente:** Il Soggetto (Azienda, Ente o Ditta Individuale), titolare di un contratto di mutuo presso il 1° Contraente, che designa l'Assicurato e corrisponde il premio

**Contratto:** il contratto di mutuo tra il 1° Contraente e il 2° Contraente dal quale derivano le prestazioni oggetto della presente polizza collettiva.

**Debito Residuo:** Debito residuo del mutuo contratto dal 2° Contraente verso il 1° Contraente alla data del sinistro. Il debito residuo è composto dal capitale residuo al momento dell'evento e, secondo quanto stabilito nel contratto di mutuo, dagli interessi maturati e spese alla data del sinistro e non comprende eventuali rate scadute prima del sinistro e non ancora rimborsate dal 2° Contraente al 1° Contraente, né gli interessi di mora e/o le spese accessorie relative alle stesse rate. L'importo del debito residuo sarà quello comunicato dal Contraente alla Società risultante dal piano di ammortamento.

**Decorrenza:** momento dal quale il contratto di assicurazione diviene valido ed efficace.

**Evento catastrofale:** morte accidentale di almeno quattro assicurati in conseguenza di un solo evento o di una serie di eventi determinati da un unico e stesso avvenimento casuale.

**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.

**Morte:** il decesso dell'Assicurato accaduto per qualsiasi causa.

**Modulo di adesione:** il documento dal quale derivano tutte le garanzie assicurative che il

cliente sottoscrive all'atto della stipula del Contratto.

**Premio:** importo, il cui onere è a carico del 2° Contraente, che il 1° Contraente è tenuto a versare per ottenere le prestazioni previste dal contratto.

**Prestazione:** 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.

**Società :** HDI assicurazioni S.p.A., Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, con la quale il 1° Contraente stipula il contratto di assicurazione.

PAGINA BIANCA

## HDI Assicurazioni Spa

### TUTELA PRIVACY INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30.06.2003 N°196

#### 1) FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

HDI Assicurazioni S.p.A., al fine di fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, deve disporre dei Suoi dati personali - compresi eventualmente anche quelli sensibili - e si impegna a trattarli esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.

#### 2) CONSEGUENZE DEL RIFIUTO AL CONFERIMENTO DEI DATI

HDI Assicurazioni S.p.A., senza i Suoi dati, non potrà fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi.

#### 3) MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

3.1) Il trattamento dei dati, da parte di HDI Assicurazioni S.p.A. consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione con modalità e procedure informatiche e telematiche; dal trattamento la HDI Assicurazioni S.p.A. esclude sempre la diffusione dei dati e limita la comunicazione ai soggetti di cui al successivo punto 3.3.

3.2) I dati sono trattati da tutti i dipendenti/collaboratori di HDI che svolgono compiti di natura tecnica-organizzativa, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle finalità di cui al precedente punto 1).

3.3) I dati trattati da HDI Assicurazioni S.p.A., potranno essere comunicati ad altri soggetti esclusivamente:

- a) per le finalità di cui al punto 1) (a mero titolo esemplificativo a: coassicuratori, riassicuratori, agenti e loro collaboratori, avvocati, medici, periti, e organismi associativi di settore etc.);
- b) per ottemperare ad obblighi di legge (a mero titolo esemplificativo a: IVASS, CONSAP, COVIP, UIC, MOTORIZZAZIONE, AUTORITA' GIUDIZIARIA, etc.).

Inoltre i dati trattati da HDI Assicurazioni S.p.A. potranno essere comunicati ad altri intermediari finanziari appartenenti al medesimo Gruppo ove le operazioni poste in essere dall'interessato siano ritenute sospette ai sensi dell'art. 41 comma 1 del D.Lgs 231/07

#### 4) DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art.7 del D. L.gvo 196/'03 Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra i quali quello di ottenere, in ogni momento, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei Suoi dati e, in caso di violazione di legge, il blocco e la cancellazione degli stessi.

#### 5) TITOLARE E RESPONSABILE/I DEL TRATTAMENTO DEI DATI

5.1) Titolare del trattamento è HDI Assicurazioni S.p.A. con sede e Direzione Generale nella Repubblica Italiana - 00187 Roma - Via Abruzzi n. 10 telefono +39 06 421 031, telefax +39 06 4210 3500.

5.2) Il titolare ha designato più Responsabili, tra i quali l'ufficio Supporto Legale ai Rami sito nella Repubblica Italiana - 00187 Roma - Via Abruzzi n. 3; presso il medesimo ufficio è consultabile l'elenco aggiornato dei Responsabili;

5.3) L'ufficio Supporto Legale ai Rami è stato altresì designato quale Responsabile per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D.L.gvo 196/'03.

PAGINA BIANCA



Data ultimo aggiornamento del documento 20.08.2013

Preso atto che \_\_\_\_\_, **1° Contraente**, ha stipulato con HDI Assicurazioni S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire Aziende, Enti o Ditte individuali, definiti per brevità **2° Contraente**, richiedenti un contratto di mutuo presso il predetto Istituto di Credito, e che la polizza di assicurazione a premio unico offre le seguenti garanzie:

**PACCHETTO VITA**

**A) Temporanea per il caso di morte.** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al mutuo contratto;

**PACCHETTO MULTIRISCHIO.** Le seguenti garanzie formano un pacchetto unico.

**A) Temporanea per il caso di morte.** Come per il pacchetto vita.

**B) Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio.** Ove l'Assicurato subisca un infortunio durante il periodo contrattuale, da cui derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari al debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al mutuo.

**C) Assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia:** Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai quali derivi una inabilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere alla propria attività lavorativa nei confronti del 2° Contraente, per il periodo di inabilità e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali relativi a tale garanzia, la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento pari alle singole rate del mutuo e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni.

**Il 2° Contraente :** Ragione Sociale \_\_\_\_\_ con sede in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ titolare del Mutuo n. \_\_\_\_\_ Durata residua, in mesi, alla data di decorrenza della polizza (di seguito DR) \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_

DICHIARA di ADERIRE a:  **Pacchetto vita**  **Pacchetto multirischio**

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI	
CAPITALE ASSICURATO INIZIALE (coincidente con l'importo erogato/residuo del mutuo) € _____	DECORRENZA _____
La durata delle garanzie A e B coincide con DR mentre la garanzia C ha durata pari ai primi 60 mesi dalla data di decorrenza.	
PREMIO UNICO TOTALE * € _____ di cui: garanzia A € _____	garanzie B e C _____
COSTI A CARICO DEL 2° CONTRAENTE € _____ di cui: COSTI DI INTERMEDIAZIONE € _____	COSTI PER RIMBORSO PREMIO € _____ 50,00 _____
Beneficiari per la garanzia A (a scelta del 2° Contraente): <input type="checkbox"/> ALTRI _____ C/F/P.IVA _____ <input type="checkbox"/> 2° CONTRAENTE	
Il pagamento degli indennizzi, relativi alle garanzie B e C vengono effettuati in favore del 2° Contraente. * Il premio è indipendente dal sesso.	

DICHIARA di voler assicurare il seguente numero di uomini chiave    . Nel caso di più assicurati il premio e le prestazioni delle singole garanzie per ogni assicurato saranno determinati in proporzione al numero degli uomini chiave assicurati.

Designa quale Assicurando il Sig./la Signora: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Abitante in \_\_\_\_\_ via /piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Documento (tipo/num) \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. SMB\_082013: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso (qualora previsto) da parte di HDI all'adesione alla Polizza Collettiva, le coperture richieste non saranno attivate;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- che l'Assicurato ha un'età non superiore ai 65 anni compiuti;
- di autorizzare all'uopo il 1° Contraente a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_

L'Assicurando dichiara:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. SMB\_082013: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla sua vita;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** I Sottoscritti Assicurando e 2° Contraente, in qualità di interessati, dichiarano di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N.196/03. Pertanto, apponendo la firma di seguito, si esprime il consenso per il trattamento dei dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi della nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualità di danneggiato. Il consenso espresso di seguito si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Qualora l'Assicurato non possa sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere trasmesso il Questionario Anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e, ove richiesto, fornire ulteriore documentazione sanitaria. Avverte che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del Questionario lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a spese del 2° Contraente, per certificare l'effettivo stato di salute.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA :

- 1) di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, di non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di malattia o infortunio;
- 2) di non aver sofferto negli ultimi 5 anni di alcuna delle seguenti malattie: trapianto di organi, blocco renale, cancro, infarto, cirrosi epatica, colpo apoplettico, ictus;
- 3) di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per le suddette malattie, di non prevedere che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro e di non essere risultato positivo al test HIV.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE**

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni di assicurazione di cui al fascicolo informativo: Art. 1.3 - Dichiarazioni dell'assicurato ; Art. 1.4 - Uomini chiave; ; Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario della prestazione e pagamento degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso del 2° Contraente; Art. 2.1 Prestazione; Art. 2.2 Rischio di morte Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.4 Riscatto; Art. 3.1 Indennizzo; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi; Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.3 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.4 Esclusioni; Art. 4.6 Denuncia dell'infortunio e della malattia relativi obblighi.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

Timbro della filiale \_\_\_\_\_

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE



Data ultimo aggiornamento del documento 20.08.2013

Preso atto che \_\_\_\_\_, **1° Contraente**, ha stipulato con HDI Assicurazioni S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire Aziende, Enti o Ditte individuali, definiti per brevità **2° Contraente**, richiedenti un contratto di mutuo presso il predetto Istituto di Credito, e che la polizza di assicurazione a premio unico offre le seguenti garanzie:

**PACCHETTO VITA**

**A) Temporanea per il caso di morte.** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al mutuo contratto;

**PACCHETTO MULTIRISCHIO.** Le seguenti garanzie formano un pacchetto unico.

**A) Temporanea per il caso di morte.** Come per il pacchetto vita.

**B) Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio.** Ove l'Assicurato subisca un infortunio durante il periodo contrattuale, da cui derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari al debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al mutuo.

**C) Assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia:** Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai quali derivi una inabilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere alla propria attività lavorativa nei confronti del 2° Contraente, per il periodo di inabilità e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali relativi a tale garanzia, la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento pari alle singole rate del mutuo e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni.

**Il 2° Contraente :** Ragione Sociale \_\_\_\_\_ con sede in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ titolare del Mutuo n. \_\_\_\_\_ Durata residua, in mesi, alla data di decorrenza della polizza (di seguito DR) \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_

DICHIARA di ADERIRE a:  **Pacchetto vita**  **Pacchetto multirischio**

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI	
CAPITALE ASSICURATO INIZIALE (coincidente con l'importo erogato/residuo del mutuo) € _____	DECORRENZA _____
La durata delle garanzie A e B coincide con DR mentre la garanzia C ha durata pari ai primi 60 mesi dalla data di decorrenza.	
PREMIO UNICO TOTALE * € _____ di cui: garanzia A € _____	garanzie B e C _____
COSTI A CARICO DEL 2° CONTRAENTE € _____ di cui: COSTI DI INTERMEDIAZIONE € _____	COSTI PER RIMBORSO PREMIO € _____ 50,00 _____
Beneficiari per la garanzia A (a scelta del 2° Contraente): <input type="checkbox"/> ALTRI _____ C/F/P.IVA _____ <input type="checkbox"/> 2° CONTRAENTE	
Il pagamento degli indennizzi, relativi alle garanzie B e C vengono effettuati in favore del 2° Contraente. * Il premio è indipendente dal sesso.	

DICHIARA di voler assicurare il seguente numero di uomini chiave  1  2  3  4. Nel caso di più assicurati il premio e le prestazioni delle singole garanzie per ogni assicurato saranno determinati in proporzione al numero degli uomini chiave assicurati.

Designa quale Assicurando il Sig./la Signora: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Abitante in \_\_\_\_\_ via /piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Documento (tipo/num) \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. SMB\_082013: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso (qualora previsto) da parte di HDI all'adesione alla Polizza Collettiva, le coperture richieste non saranno attivate;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- che l'Assicurato ha un'età non superiore ai 65 anni compiuti;
- di autorizzare all'uopo il 1° Contraente a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_

L'Assicurando dichiara:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. SMB\_082013: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla sua vita;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** I Sottoscritti Assicurando e 2° Contraente, in qualità di interessati, dichiarano di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N.196/03. Pertanto, apponendo la firma di seguito, si esprime il consenso per il trattamento dei dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi della nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualità di danneggiato. Il consenso espresso di seguito si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Qualora l'Assicurato non possa sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere trasmesso il Questionario Anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e, ove richiesto, fornire ulteriore documentazione sanitaria. Avverte che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del Questionario lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a spese del 2° Contraente, per certificare l'effettivo stato di salute.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA :

- 1) di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, di non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di malattia o infortunio;
- 2) di non aver sofferto negli ultimi 5 anni di alcuna delle seguenti malattie: trapianto di organi, blocco renale, cancro, infarto, cirrosi epatica, colpo apoplettico, ictus;
- 3) di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per le suddette malattie, di non prevedere che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro e di non essere risultato positivo al test HIV.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE**

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni di assicurazione di cui al fascicolo informativo: Art. 1.3 - Dichiarazioni dell'assicurato ; Art. 1.4 - Uomini chiave; ; Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario della prestazione e pagamento degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso del 2° Contraente; Art. 2.1 Prestazione; Art. 2.2 Rischio di morte Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.4 Riscatto; Art. 3.1 Indennizzo; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi; Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.3 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.4 Esclusioni; Art. 4.6 Denuncia dell'infortunio e della malattia relativi obblighi.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

Timbro della filiale \_\_\_\_\_

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE



Data ultimo aggiornamento del documento 20.08.2013

Preso atto che \_\_\_\_\_, **1° Contraente**, ha stipulato con HDI Assicurazioni S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire Aziende, Enti o Ditte individuali, definiti per brevità **2° Contraente**, richiedenti un contratto di mutuo presso il predetto Istituto di Credito, e che la polizza di assicurazione a premio unico offre le seguenti garanzie:

**PACCHETTO VITA**

**A) Temporanea per il caso di morte.** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al mutuo contratto;

**PACCHETTO MULTIRISCHIO.** Le seguenti garanzie formano un pacchetto unico.

**A) Temporanea per il caso di morte.** Come per il pacchetto vita.

**B) Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio.** Ove l'Assicurato subisca un infortunio durante il periodo contrattuale, da cui derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari al debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al mutuo.

**C) Assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia:** Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai quali derivi una inabilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere alla propria attività lavorativa nei confronti del 2° Contraente, per il periodo di inabilità e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali relativi a tale garanzia, la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento pari alle singole rate del mutuo e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni.

**Il 2° Contraente :** Ragione Sociale \_\_\_\_\_ con sede in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ titolare del Mutuo n. \_\_\_\_\_ Durata residua, in mesi, alla data di decorrenza della polizza (di seguito DR) \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_

DICHIARA di ADERIRE a:  **Pacchetto vita**  **Pacchetto multirischio**

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI	
CAPITALE ASSICURATO INIZIALE (coincidente con l'importo erogato/residuo del mutuo) € _____	DECORRENZA _____
La durata delle garanzie A e B coincide con DR mentre la garanzia C ha durata pari ai primi 60 mesi dalla data di decorrenza.	
PREMIO UNICO TOTALE * € _____ di cui: garanzia A € _____	garanzie B e C _____
COSTI A CARICO DEL 2° CONTRAENTE € _____ di cui: COSTI DI INTERMEDIAZIONE € _____	COSTI PER RIMBORSO PREMIO € _____ 50,00 _____
Beneficiari per la garanzia A (a scelta del 2° Contraente): <input type="checkbox"/> ALTRI _____ C/F/P.IVA _____ <input type="checkbox"/> 2° CONTRAENTE	
Il pagamento degli indennizzi, relativi alle garanzie B e C vengono effettuati in favore del 2° Contraente. * Il premio è indipendente dal sesso.	

DICHIARA di voler assicurare il seguente numero di uomini chiave 1 2 3 4. Nel caso di più assicurati il premio e le prestazioni delle singole garanzie per ogni assicurato saranno determinati in proporzione al numero degli uomini chiave assicurati.

Designa quale Assicurando il Sig./la Signora: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Abitante in \_\_\_\_\_ via /piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Documento (tipo/num) \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. SMB\_082013: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso (qualora previsto) da parte di HDI all'adesione alla Polizza Collettiva, le coperture richieste non saranno attivate;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- che l'Assicurato ha un'età non superiore ai 65 anni compiuti;
- di autorizzare all'uopo il 1° Contraente a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_

L'Assicurando dichiara:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. SMB\_082013: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla sua vita;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** I Sottoscritti Assicurando e 2° Contraente, in qualità di interessati, dichiarano di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N.196/03. Pertanto, apponendo la firma di seguito, si esprime il consenso per il trattamento dei dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi della nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualità di danneggiato. Il consenso espresso di seguito si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Qualora l'Assicurato non possa sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere trasmesso il Questionario Anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e, ove richiesto, fornire ulteriore documentazione sanitaria. Avverte che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del Questionario lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a spese del 2° Contraente, per certificare l'effettivo stato di salute.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA :

1) di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, di non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di malattia o infortunio;

2) di non aver sofferto negli ultimi 5 anni di alcuna delle seguenti malattie: trapianto di organi, blocco renale, cancro, infarto, cirrosi epatica, colpo apoplettico, ictus;

3) di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per le suddette malattie, di non prevedere che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro e di non essere risultato positivo al test HIV.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE**

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni di assicurazione di cui al fascicolo Informativo: Art. 1.3 - Dichiarazioni dell'assicurato ; Art. 1.4 - Uomini chiave; ; Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario della prestazione e pagamento degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso del 2° Contraente; Art. 2.1 Prestazione; Art. 2.2 Rischio di morte Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.4 Riscatto; Art. 3.1 Indennizzo; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi; Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.3 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.4 Esclusioni; Art. 4.6 Denuncia dell'infortunio e della malattia relativi obblighi.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

Timbro della filiale \_\_\_\_\_

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE



Data ultimo aggiornamento del documento 20.08.2013

Preso atto che \_\_\_\_\_, **1° Contraente**, ha stipulato con HDI Assicurazioni S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire Aziende, Enti o Ditte individuali, definiti per brevità **2° Contraente**, richiedenti un contratto di mutuo presso il predetto Istituto di Credito, e che la polizza di assicurazione a premio unico offre le seguenti garanzie:

**PACCHETTO VITA**

**A) Temporanea per il caso di morte.** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al mutuo contratto;

**PACCHETTO MULTIRISCHIO.** Le seguenti garanzie formano un pacchetto unico.

**A) Temporanea per il caso di morte.** Come per il pacchetto vita.

**B) Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio.** Ove l'Assicurato subisca un infortunio durante il periodo contrattuale, da cui derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari al debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al mutuo.

**C) Assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia:** Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai quali derivi una inabilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere alla propria attività lavorativa nei confronti del 2° Contraente, per il periodo di inabilità e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali relativi a tale garanzia, la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento pari alle singole rate del mutuo e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni.

**Il 2° Contraente :** Ragione Sociale \_\_\_\_\_ con sede in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ titolare del Mutuo n. \_\_\_\_\_ Durata residua, in mesi, alla data di decorrenza della polizza (di seguito DR) \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_

DICHIARA di ADERIRE a:  **Pacchetto vita**  **Pacchetto multirischio**

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI	
CAPITALE ASSICURATO INIZIALE (coincidente con l'importo erogato/residuo del mutuo) € _____	DECORRENZA _____
La durata delle garanzie A e B coincide con DR mentre la garanzia C ha durata pari ai primi 60 mesi dalla data di decorrenza.	
PREMIO UNICO TOTALE * € _____ di cui: garanzia A € _____	garanzie B e C _____
COSTI A CARICO DEL 2° CONTRAENTE € _____ di cui: COSTI DI INTERMEDIAZIONE € _____	COSTI PER RIMBORSO PREMIO € _____ 50,00 _____
Beneficiari per la garanzia A (a scelta del 2° Contraente): <input type="checkbox"/> ALTRI _____ C/F/P.IVA _____ <input type="checkbox"/> 2° CONTRAENTE	
Il pagamento degli indennizzi, relativi alle garanzie B e C vengono effettuati in favore del 2° Contraente. * Il premio è indipendente dal sesso.	

DICHIARA di voler assicurare il seguente numero di uomini chiave    . Nel caso di più assicurati il premio e le prestazioni delle singole garanzie per ogni assicurato saranno determinati in proporzione al numero degli uomini chiave assicurati.

Designa quale Assicurando il Sig./la Signora: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Abitante in \_\_\_\_\_ via /piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Documento (tipo/num) \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. SMB\_082013: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso (qualora previsto) da parte di HDI all'adesione alla Polizza Collettiva, le coperture richieste non saranno attivate;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- che l'Assicurato ha un'età non superiore ai 65 anni compiuti;
- di autorizzare all'uopo il 1° Contraente a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_

L'Assicurando dichiara:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. SMB\_082013: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla sua vita;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** I Sottoscritti Assicurando e 2° Contraente, in qualità di interessati, dichiarano di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N.196/03. Pertanto, apponendo la firma di seguito, si esprime il consenso per il trattamento dei dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi della nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualità di danneggiato. Il consenso espresso di seguito si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Qualora l'Assicurato non possa sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere trasmesso il Questionario Anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e, ove richiesto, fornire ulteriore documentazione sanitaria. Avverte che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del Questionario lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a spese del 2° Contraente, per certificare l'effettivo stato di salute.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA :

- 1) di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, di non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di malattia o infortunio;
- 2) di non aver sofferto negli ultimi 5 anni di alcuna delle seguenti malattie: trapianto di organi, blocco renale, cancro, infarto, cirrosi epatica, colpo apoplettico, ictus;
- 3) di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per le suddette malattie, di non prevedere che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro e di non essere risultato positivo al test HIV.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE**

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni di assicurazione di cui al fascicolo informativo: Art. 1.3 - Dichiarazioni dell'assicurato ; Art. 1.4 - Uomini chiave; ; Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario della prestazione e pagamento degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso del 2° Contraente; Art. 2.1 Prestazione; Art. 2.2 Rischio di morte Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.4 Riscatto; Art. 3.1 Indennizzo; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi; Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.3 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.4 Esclusioni; Art. 4.6 Denuncia dell'infortunio e della malattia relativi obblighi.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

Timbro della filiale \_\_\_\_\_

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE



Data ultimo aggiornamento del documento 20.08.2013

Preso atto che \_\_\_\_\_, **1° Contraente**, ha stipulato con HDI Assicurazioni S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire Aziende, Enti o Ditte individuali, definiti per brevità **2° Contraente**, richiedenti un contratto di mutuo presso il predetto Istituto di Credito, e che la polizza di assicurazione a premio unico offre le seguenti garanzie:

**PACCHETTO VITA**

**A) Temporanea per il caso di morte.** In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al mutuo contratto;

**PACCHETTO MULTIRISCHIO.** Le seguenti garanzie formano un pacchetto unico.

**A) Temporanea per il caso di morte.** Come per il pacchetto vita.

**B) Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio.** Ove l'Assicurato subisca un infortunio durante il periodo contrattuale, da cui derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari al debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al mutuo.

**C) Assicurazione di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia:** Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai quali derivi una inabilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere alla propria attività lavorativa nei confronti del 2° Contraente, per il periodo di inabilità e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali relativi a tale garanzia, la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento pari alle singole rate del mutuo e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni.

**Il 2° Contraente :** Ragione Sociale \_\_\_\_\_ con sede in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ titolare del Mutuo n. \_\_\_\_\_ Durata residua, in mesi, alla data di decorrenza della polizza (di seguito DR) \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_

DICHIARA di ADERIRE a:  **Pacchetto vita**  **Pacchetto multirischio**

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI	
CAPITALE ASSICURATO INIZIALE (coincidente con l'importo erogato/residuo del mutuo) € _____	DECORRENZA _____
La durata delle garanzie A e B coincide con DR mentre la garanzia C ha durata pari ai primi 60 mesi dalla data di decorrenza.	
PREMIO UNICO TOTALE * € _____ di cui: garanzia A € _____	garanzie B e C _____
COSTI A CARICO DEL 2° CONTRAENTE € _____ di cui: COSTI DI INTERMEDIAZIONE € _____	COSTI PER RIMBORSO PREMIO € _____ 50,00 _____
Beneficiari per la garanzia A (a scelta del 2° Contraente): <input type="checkbox"/> ALTRI _____ C/F/P.IVA _____ <input type="checkbox"/> 2° CONTRAENTE	
Il pagamento degli indennizzi, relativi alle garanzie B e C vengono effettuati in favore del 2° Contraente. * Il premio è indipendente dal sesso.	

DICHIARA di voler assicurare il seguente numero di uomini chiave    . Nel caso di più assicurati il premio e le prestazioni delle singole garanzie per ogni assicurato saranno determinati in proporzione al numero degli uomini chiave assicurati.

Designa quale Assicurando il Sig./la Signora: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Abitante in \_\_\_\_\_ via /piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Documento (tipo/num) \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. SMB\_082013: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso (qualora previsto) da parte di HDI all'adesione alla Polizza Collettiva, le coperture richieste non saranno attivate;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- che l'Assicurato ha un'età non superiore ai 65 anni compiuti;
- di autorizzare all'uopo il 1° Contraente a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_

L'Assicurando dichiara:

- di aver preso visione - e di accettarli come parte integrante del contratto - dei seguenti documenti contenuti nel fascicolo informativo Mod. SMB\_082013: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;
- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla sua vita;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** I Sottoscritti Assicurando e 2° Contraente, in qualità di interessati, dichiarano di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N.196/03. Pertanto, apponendo la firma di seguito, si esprime il consenso per il trattamento dei dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi della nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualità di danneggiato. Il consenso espresso di seguito si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Qualora l'Assicurato non possa sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere trasmesso il Questionario Anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e, ove richiesto, fornire ulteriore documentazione sanitaria. Avverte che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del Questionario lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a spese del 2° Contraente, per certificare l'effettivo stato di salute.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA :

- 1) di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, di non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di malattia o infortunio;
- 2) di non aver sofferto negli ultimi 5 anni di alcuna delle seguenti malattie: trapianto di organi, blocco renale, cancro, infarto, cirrosi epatica, colpo apoplettico, ictus;
- 3) di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per le suddette malattie, di non prevedere che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro e di non essere risultato positivo al test HIV.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE**

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni di assicurazione di cui al fascicolo Informativo: Art. 1.3 - Dichiarazioni dell'assicurato ; Art. 1.4 - Uomini chiave; ; Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario della prestazione e pagamento degli indennizzi; Art. 1.11 Recesso del 2° Contraente; Art. 2.1 Prestazione; Art. 2.2 Rischio di morte Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.4 Riscatto; Art. 3.1 Indennizzo; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi; Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.3 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.4 Esclusioni; Art. 4.6 Denuncia dell'infortunio e della malattia relativi obblighi.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del 2° Contraente** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

Timbro della filiale \_\_\_\_\_

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE