ASSICURAZIONE A GARANZIA DEL FINANZIAMENTO
A PREMIO UNICO

PRESTITO PLUS
(LAVORATORE AUTONOMO)

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
InChiaro Assicurazioni S.p.A.
Società facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015
CBA Vita S.p.A.
Società facente parte del Gruppo "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 - hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it - Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F., P. IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - 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 Assicurative al n. 1.00022 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

C.B.A V I T A S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA
Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - segreteria@pec.cbavita.com - www.cbavita.com - Capitale Sociale Euro 38.537.146,00 i.v. - C.F. /P. IVA e numero d'iscrizione 10288130155 del Reg. Imprese di Milano R.E.A. n. MI -1363580 – Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106. Società con unico azionista, facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetta all'attività di Direzione e Coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

INCHIARO Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 420 358 – Fax +39 06 420 358 58 – inchiaro.assicurazioni@pec.inchiaro.it – www.inchiaro.it – Capitale sociale € 5.000.000,00 i.v. – Codice Fiscale, Partita IVA e Registro delle imprese di Roma n. 09407131003 – REA di Roma n. 1160354 – Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2548 del 20.09.2007 (G.U. n. 230 del 3.10.2007) ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00160 - Società appartenente ad unico socio e facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetto all'attività di direzione e coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

PRESTITO PLUS
(LAVORATORE AUTONOMO)
NOTA INFORMATIVA GARANZIA VITA

Data ultimo aggiornamento del documento 24.06.2016

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 delle Società (www.hdiassicurazioni.it e www.cbavita.com).

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 Assicurative al n. 1.00022 – tel. +39 06 421 031 – fax +39 06 4210 3500 – Sito Internet: www.hdiassicurazioni.it – indirizzo e-mail: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it.

CBA Vita S.p.A. Compagnia di Banche e Assicurazioni per le assicurazioni sulla vita S.p.A. - Sede Legale in Via Vittor Pisani, 13 Milano – 20124 C.F/P.IVA e numero di iscrizione 10288130155 del Reg. Imprese di Milano R.E.A. n. MI -1363580 - Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. n.19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie. Società con unico azionista ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106 – facente parte del gruppo "HDI Assicurazioni S.p.A." iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015 e soggetta all'attività di Direzione e Coordinamento di HDI Assicurazioni S.p.A. – tel. +39 02 676 1201 – fax +39 02 676 120 598 – Sito Internet: www.cbavita.com – indirizzo e-mail: segreteria@pec.cbavita.com.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

HDI Assicurazioni S.p.A.: L'ammontare del patrimonio netto al 31/12/2015 è pari a 217,71 milioni di euro di cui capitale sociale pari a 96,00 milioni di euro e riserve patrimoniali pari a 121,71 milioni di euro.
L'indice di solvibilità relativo alla gestione vita, alla medesima data, è pari a 107,4%. Tale indice è dato dal rapporto tra il margine di solvibilità disponibile ed il margine richiesto dalla normativa vigente.
CBA Vita S.p.A.: Il patrimonio netto della Società al 31/12/2015 ammonta a 47,47 milioni di euro, di cui capitale sociale: 38,53 milioni di euro, riserve patrimoniali e utili portati a nuovo pari a 6,70 milioni di euro e 2,23 milioni di euro di utile d'esercizio .
L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita alla stessa data è pari a 127,2%. Tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile, al netto dei dividendi di cui è stata deliberata la distribuzione, e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata dell'assicurazione, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, è pari alla durata residua del rapporto di finanziamento alla data di decorrenza e non potrà, comunque, essere inferiore a 12 mesi e superiore a 120 mesi. Pertanto, alla stipula del finanziamento, la durata dell'assicurazione è pari alla durata del finanziamento stesso.

L'Assicurato deve avere all'ingresso un'età compresa tra 18 e 74 anni compiuti. L'età massima a scadenza non deve superare il limite di 75 anni compiuti.

* C.F. e P.IVA 04349061004

Il contratto, prevede la **prestazione in caso di decesso** offerta da **HDI Assicurazioni S.p.A** in coassicurazione con **CBA Vita S.p.A**. Inoltre, il contratto prevede anche le seguenti garanzie danni offerte da InChiaro Assicurazioni S.p.A:

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

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.

Le garanzie sono offerte esclusivamente in modo congiunto in un unico pacchetto assicurativo, che viene gestito da una sola Compagnia nei confronti degli Assicurati e, individuata per accordo tra le tre Compagnie, in **HDI Assicurazioni S.p.A,** di seguito denominata per brevità "Società". Il contratto è predisposto per i clienti degli istituti di credito appartenenti al gruppo Banca Sella che stipulano o hanno stipulato un contratto di finanziamento e che svolgono, al momento della sottoscrizione del modulo di adesione, l'attività di lavoratore autonomo o dipendente pubblico così come definiti all'art.1.4 delle condizioni di assicurazione.
L'Assicurato è la persona che ha acceso o che accende il finanziamento, mentre la Banca erogante il finanziamento è il Contraente.

Avvertenza : Sono previste delle esclusioni dalla garanzia. Si rinvia all'art. 2.3 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

E' necessario che l'Assicurato presti particolare attenzione nel leggere le raccomandazioni e le avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario contenute nello stesso e nel modulo di adesione.

4. Premi

L'importo del premio dipende dalla durata e dall'importo finanziato. Il premio è indipendente dall'età e dal sesso.

Il contratto prevede la **corresponsione di un premio unico anticipato**. Non è prevista la possibilità di frazionare il premio.
Il premio può essere finanziato ed in tal caso lo stesso sarà aggiunto all'importo del finanziamento.

Il costo a carico dell'Assicurato è pari al 47% del premio unico versato relativo alla garanzia vita.

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

Costi di Intermediazione	
Valore in percentuale	Importo medio*
89,36%	€ 97,14

* Tale importo è calcolato sul premio medio ipotizzato.

Nei casi di restituzione del premio le spese per il rimborso sono a carico dell'Assicurato e Società trattiene il relativo importo, pari (complessivamente per le garanzie vita e danni) a 15 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 dell'Assicurato.

Avvertenza: In caso di anticipata estinzione Società restituisce all'Assicurato .anche in nome per conto del Contraente, la parte di premio pagato relativo 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 dell'Assicurato, purché contestuale alla richiesta di estinzione anticipata del finanziamento, la Società fornisce la copertura assicurativa fino a scadenza a favore del nuovo beneficiario designato. Si rinvia agli artt.. 1.9 e 1.10 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 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.8.1 Regime 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 dell'imposta sul reddito dichiarato ai fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

Art.8.2 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.

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 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

L'Assicurato può recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza dandone comunicazione a Società, nonché al 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 Contraente presso la quale è stata sottoscritto il Modulo di adesione e che ha erogato il finanziamento

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 il premio, previa consegna dei documenti assicurativi in possesso dell'Assicurato, al netto dell'imposta e della quota relativa al rischio corso.

Società restituisce il premio dovuto all'Assicurato anche in nome e per conto del Contraente. La modalità di calcolo del premio da restituire è quella prevista all'art. 1.9 delle condizioni di assicurazione in caso di anticipata estinzione.

In caso di premio finanziato il premio viene restituito al Contraente che provvederà, a scelta dell'Assicurato, alla conseguente riduzione della rata o della durata del finanziamento.

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

Si rinvia all'art. 2.4 delle condizioni di assicurazione per la documentazione che il 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 Contraente deve 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

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 ed utilizzando il modello di presentazione del reclamo disponibile sul sito dell'Ivass.

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.ht m.

HDI Assicurazioni S.p.A, CBA Vita S.p.A. e InChiaro Assicurazioni S.p.A. si impegnano a darsi immediata e reciproca comunicazione dei reclami di competenza dell'altra Impresa di assicurazione.

18. Informativa in corso di contratto

Non prevista.

19. Comunicazioni del Contraente alla Società

L'Assicurato in caso di cambiamento di attività o di stato professionale ne deve dare comunicazione scritta a Società, nonché al Contraente, con lettera raccomandata A/R contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata e copia di un documento attestante l'avvenuta operazione. Tale comunicazione deve essere indirizzata a:

HDI Assicurazioni S.p.A.
GESTIONE CREDIT PROTECTION
Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA
e
Agenzia/Filiale del Contraente presso la quale è stata sottoscritto il Modulo di adesione e che ha erogato il mutuo

Qualora il cambiamento di professione o attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società stessa si riserva di applicare quanto previsto dagli artt. 1926 e 1898 del Codice Civile.
La garanzia C invece si scioglie in caso di cambiamento di professione o dell'attività lavorativa rispetto a quella dichiarata al momento dell'adesione. In tal caso Società rimborserà la parte di premio non goduta relativa alla garanzia stessa. Il contratto proseguirà la sua efficacia per le sole garanzie A e B . La modalità di calcolo del rateo di premio da rimborsare è quella indicata all'art. 1.9 delle condizioni di assicurazione.

In caso di mancata comunicazione o di dichiarazioni inesatte o reticenti relative alla professione o all'attività dell'Assicurato, la Società applica le norme riportate al precedente art. 1.3 delle presenti condizioni di assicurazione.

20. Conflitto di interessi

Nell'ambito del presente contratto non si rilevano situazioni in conflitto di interessi con effetti pregiudizievoli per i Contraenti. In ogni caso, qualora il conflitto di interessi dovesse verificarsi, HDI Assicurazioni S.p.A, CBA Vita S.p.A. e InChiaro Assicurazioni S.p.A. opereranno in modo da non recare pregiudizi ai Contraenti e da ottenere per gli stessi il miglior risultato possibile.

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 internet www.hdiassicurazioni.it. Le credenziali per l'accesso saranno rilasciate da Società previa richiesta alla Succursale presso la quale ha stipulato il contratto assicurativo.

* * *

HDI Assicurazioni S.p.A. e C:B.A: Vita S.p.A sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa

C.B.A. Vita S.p.A.
Amministratore Delegato
(dott. Biagio Massi)

HDI Assicurazioni S.p.A.
Il Rappresentante Legale
(dott. Massimo Pabis Ticci)

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 - hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it - Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F., P. IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - 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 Assicurative al n. 1.00022 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

C.B.A V I T A S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA
Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - segreteria@pec.cbavita.com - www.cbavita.com - Capitale Sociale Euro 38.537.146,00 i.v. - C.F./P. IVA e numero d'iscrizione 10288130155 del Reg. Imprese di Milano R.E.A. n. MI -1363580 – Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106. Società con unico azionista, facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetta all'attività di Direzione e Coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

INCHIARO Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 420 358 – Fax +39 06 420 358 58 – inchiaro.assicurazioni@pec.inchiaro.it – www.inchiaro.it – Capitale sociale € 5.000.000,00 i.v. – Codice Fiscale, Partita IVA e Registro delle imprese di Roma n. 09407131003 – REA di Roma n. 1160354 – Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2548 del 20.09.2007 (G.U. n. 230 del 3.10.2007) ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00160 – Società appartenente ad unico socio e facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetto all'attività di direzione e coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

PRESTITO PLUS

(LAVORATORE AUTONOMO)

NOTA INFORMATIVA GARANZIE DANNI

Data ultimo aggiornamento del documento 24.06.2016

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.inchiaro.it).

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

InChiaro Assicurazioni S.p.A. con Sede Legale in Italia in Via Abruzzi, 10 – 00187 Roma, Direzione Generale e Sede Operativa in Italia in Via Sardegna, 49 – 00187 Roma. La Società è stata autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2548 del 20.09.2007 (G.U. n. 230 del 3.10.2007) ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00160 - Società appartenente ad un unico socio e facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetto all'attività di direzione e coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A. Tel: +39.06.420358 - Telefax +39.06.420358258 - e mail: inchiaro.assicurazioni@pec.inchiaro.it . Sito Internet : www.inchiaro.it

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto al 31/12/2015 è pari a 10,11 milioni di euro di cui capitale sociale pari a 5,00 milioni di euro e riserve patrimoniali pari a 5,11 milioni di euro.

L'indice di solvibilità relativo alla gestione danni è pari a 255,9%. 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 contratto, oltre all'assicurazione in caso di morte **(garanzia A)** offerta da **HDI Assicurazioni S.p.A** in coassicurazione con **CBA Vita S.p.A.**, prevede le seguenti due garanzie danni:

Garanzia B): assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio e da malattia ; per gli aspetti di dettaglio si rinvia 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 rinvia all'art. 4.1 delle condizioni di assicurazione.

Le garanzie sono offerte esclusivamente in modo congiunto in un unico pacchetto assicurativo, che viene gestito da una sola Compagnia nei confronti degli Assicurati e, individuata per accordo tra le tre Compagnie, in **HDI Assicurazioni S.p.A,** di seguito denominata per brevità "Società". Il contratto è predisposto per i clienti degli istituti di credito appartenenti al gruppo Banca Sella che stipulano o hanno stipulato un contratto di finanziamento e che svolgono, al momento della sottoscrizione del modulo di adesione, l'attività di lavoratore autonomo o dipendente pubblico così come definiti all'art.1.4 delle condizioni di assicurazione.
L'Assicurato è la persona che accende o ha acceso il finanziamento, mentre la Banca erogante il finanziamento è il Contraente .
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:

- articoli 3.1, 3.2 ,3.3 e 3.6 per la garanzia B;
- articoli 4.1, 4.2, 4.3 e 4.4 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 per la garanzia C:

- un caso in cui si applica il massimale;
- un caso in cui si applica la franchigia temporale.

Esempio per massimale Garanzia C) pari ad euro 800,00: nei casi in cui all'Assicurato spetti l'indennizzo per inabilità, qualora la rata mensile del finanziamento sia pari a mille (1.000,00/00) euro, l'indennizzo rimborsato sarà pari ad euro ottocento (800,/00).

Esempio per franchigia temporale Garanzia C) pari 30 giorni: qualora l'Assicurato sia colpito da inabilità temporanea totale - così come specificata nelle condizioni di assicurazione - per un periodo inferiore a 30 giorni, Società non è tenuta al pagamento di alcun indennizzo.

Inoltre, per la garanzia B, a titolo esemplificativo , qualora l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia che comporti un grado di invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o inferiore al 60% della totale, l'evento non darà luogo al pagamento alcun indennizzo da parte di Società.

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 le garanzie B e C. Si rinvia rispettivamente agli artt. 3.6 e 4.2 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 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 rispondere in maniera veritiera e corretta alle domande previste dal questionario sanitario.

6. Aggravamento, diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'Assicurato in caso di cambiamento di attività o di stato professionale ne deve dare comunicazione scritta a Società, nonché al Contraente, con lettera raccomandata A/R contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata e copia di un documento attestante l'avvenuta operazione. Tale comunicazione deve essere indirizzata a:

HDI Assicurazioni S.p.A.
GESTIONE CREDIT PROTECTION
Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA
e
Agenzia/Filiale del Contraente presso la quale è stata sottoscritto il Modulo di adesione e che ha erogato il mutuo

Qualora il cambiamento di professione o attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società stessa si riserva di applicare quanto previsto dagli artt. 1926 e 1898 del Codice Civile.

La garanzia C invece si scioglie in caso di cambiamento di professione o dell'attività lavorativa rispetto a quella dichiarata al momento dell'adesione. In tal caso Società rimborserà la parte di premio non goduta relativa alla garanzia stessa. Il contratto proseguirà la sua efficacia per le sole garanzie A e B . La modalità di calcolo del rateo di premio da rimborsare è quella indicata all'art. 1.9 delle condizioni di assicurazione.

Società restituisce il premio dovuto all'Assicurato anche in nome per conto del Contraente.
In caso di premio finanziato Società rimborserà il premio relativo alla garanzia cessata direttamente al Contraente che provvederà a diminuire la rata del finanziamento.

In caso di mancata comunicazione o di dichiarazioni inesatte o reticenti relative alla professione o all'attività dell'Assicurato, la Società applica le norme riportate al precedente art. 1.3 delle presenti condizioni di assicurazione.

7. Premi

Il contratto prevede la **corresponsione di un premio unico anticipato.** Non è previsto il frazionamento del premio. Il premio è indipendente dall'età e dal sesso.
Il premio, il cui onere economico è completamente a carico dell'Assicurato, è dovuto alle Società dal Contraente. Il versamento del premio deve avvenire tramite bonifico bancario
Il premio può essere finanziato ed in tal caso lo stesso sarà aggiunto all'importo del finanziamento.

Avvertenza : non sono previsti sconti .

Il costo a carico dell'Assicurato è pari al 42% del premio unico versato per le garanzia 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*
89,36%	€ 102,06

* Tale importo è calcolato sul premio medio ipotizzato.

Nei casi di restituzione del premio le spese per il rimborso sono a carico dell'Assicurato e Società trattiene il relativo importo, pari (complessivamente per le garanzie vita e danni) a 15 euro, dall'importo rimborsato. All'intermediario non è riconosciuta quota parte di tale costo.

Avvertenza: In caso di anticipata estinzione o di trasferimento del finanziamento la Società restituisce all'Assicurato, anche in nome e per conto del Contraente, la parte di premio pagato relativo 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 dell'Assicurato, purché contestuale alla richiesta di estinzione anticipata del finanziamento, la Società fornisce la copertura assicurativa fino a scadenza a favore del nuovo beneficiario designato.
Si rinvia agli artt. 1.9 e 1.10 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: l'Assicurato può recedere dal contratto entro sessanta giorni dalla data di decorrenza. Si rinvia all' art. 1.12 delle Condizioni di assicurazione per i termini e le modalità di esercizio di tale diritto. *Inoltre, l'Assicurato , 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 e il contratto proseguirà la sua efficacia per la sola garanzia A. In tal caso il recesso avrà effetto dall'anno successivo alla data di richiesta.*

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 dall'imposta sul reddito dichiarato ai 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.

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 o viene diagnosticata la malattia 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 dell'Assicurato. La Società si riserva di

accertare la malattia entro un termine massimo di 60 giorni.
Si rinvia agli artt. 2.4 , 3.4, 4.5 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 e C; devono essere inoltrati per iscritto a:

InChiaro Assicurazioni S.p.A.- RECLAMI
Via Abruzzi, 10 – 00187 ROMA
Fax: +39 06. 420358258– E-mail: reclami@pec.inchiaro.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 ed utilizzando il modello di presentazione del reclamo disponibile sul sito dell'Ivass.
In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.
Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti alla autorità di vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'IVASS faciliterà le comunicazioni tra le autorità competenti ed il Contraente.

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.ht m

HDI Assicurazioni S.p.A, CBA Vita S.p.A. e InChiaro Assicurazioni S.p.A. si impegnano a darsi immediata e reciproca comunicazione dei reclami di competenza dell'altra Impresa di assicurazione.

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 internet www.hdiassicurazioni.it. Le credenziali per l' accesso saranno rilasciate da Società previa richiesta alla Succursale presso la quale ha stipulato il contratto assicurativo.

* * *

"InChiaro Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa".

InChiaro Assicurazioni S.p.A.
L'Amministratore Delegato
(dott. Davide Dondini)

GLOSSARIO DANNI

Assicurato: il soggetto che ha sottoscritto la modulo di adesione e nel cui interesse è stipulata l'Assicurazione
Contraente: il soggetto che stipula la Polizza Collettiva per conto degli Assicurati.
Debito Residuo:. Il debito residuo è composto dal capitale residuo al momento dell'evento e, secondo quanto stabilito nel contratto di finanziamento, dagli interessi e spese maturati alla data del sinistro. Ai sensi della presente polizza, il debito residuo è esclusivamente in linea capitale e non comprende eventuali rate scadute prima del sinistro e non ancora rimborsate dall'Assicurato al 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. Nel presente contratto le garanzie sono valide a partire dalle ore 24 del giorno indicato nel modulo di adesione.
Franchigia assoluta: periodo di tempo per il quale all'Assicurato non è riconosciuta alcuna prestazione.
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.
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.
Invalidità totale permanente da infortunio e malattia: 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%.
Lavoratore autonomo: Chiunque ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) presenti una dichiarazione che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata) e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (reddito da impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone. Ai fini della presente polizza collettiva sono parificati ai lavoratori autonomi, quanti hanno un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, i dirigenti ed i dipendenti pubblici.
Lavoratore Dipendente Privato: la persona fisica che si sia obbligata a prestare il proprio lavoro presso aziende o enti di diritto privato con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano e con un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali
Lavoratore Dipendente Pubblico: la persona fisica titolare di un rapporto di lavoro di pubblico impiego.
Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Preammortamento tecnico: periodo iniziale che si conta dalla data della stipula al giorno in cui scatta il rimborso della prima rata nella quale tutti i ratei corrisposti sono costituiti interamente dalla quota interessi.
Premio: importo, il cui onere economico è a carico dell'Assicurato, che il 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.**
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, per la stessa garanzia .
Riserva matematica: l'importo che deve essere accantonato dalla Società per fare fronte agli obblighi futuri assunti verso gli Assicurati.
Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società: HDI assicurazioni S.p.A., Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa e individuata per accordo tra le tre Società (InChiaro Assicurazioni S.p.A., CBA Vita S.p.A. e HDI assicurazioni S.p.A.) a gestire il pacchetto assicurativo offerto in virtù della polizza collettiva stipulata con il Contraente.

PAGINA BIANCA

PRESTITO PLUS
(LAVORATORE AUTONOMO)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PER TUTTE LE GARANZIE

Data ultimo aggiornamento del documento 24.06.2016

Art. 1.1. Definizione del contratto

La presente polizza è un'assicurazione collettiva rivolta esclusivamente a un gruppo di persone con caratteristiche omogenee. Tale gruppo è formato da tutti i clienti degli Istituti di Credito appartenenti al Gruppo Banca Sella che hanno stipulato o stipulano un contratto di finanziamento e che svolgono, al momento della sottoscrizione del modulo di adesione, l'attività di lavoratore autonomo o dipendente pubblico così come definiti all'art. 4.1 delle condizioni di assicurazione.

Le garanzie assicurative sono offerte da:

- HDI Assicurazioni S.p.A.(di seguito "Società") in coassicurazione con CBA Vita Spa, in qualità di Delegataria per il *caso morte;*
- InChiaro Assicurazioni S.p.A. per le garanzie danni.

L'Assicurato è la persona che ha acceso o accende il finanziamento mentre la Banca erogante è il Contraente .

Art. 1.2. Garanzie

Le garanzie oggetto della presente Polizza Collettiva sono le seguenti e costituiscono un unico pacchetto.

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 finanziamento contratto. Tale garanzia è prestata da HDI Assicurazioni S.p.A in coassicurazione con CBA Vita S.p.A;

B **Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio e da malattia**: Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale, da cui derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale, alla data dell'evento relativo al finanziamento contratto. Tale garanzia è prestata da InChiaro Assicurazioni S.p.A;

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 ad un'attività lavorativa generica, per il periodo di inabilità e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali, la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento pari alle singole rate del finanziamento e non ancora scadute. Tale garanzia è prestata da InChiaro Assicurazioni S.p.A.

La determinazione della prestazione e degli indennizzi avviene esclusivamente sulla base del piano di ammortamento del debito residuo rilasciato dal Contraente successivamente al verificarsi dell'evento assicurato.

Art. 1.3. Dichiarazione dell'Assicurato

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società.
La Società, in caso di dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze tali che non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, ha diritto:

a) quando esiste dolo o colpa grave,

√ di dichiarare al Contraente e 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 e al 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 darà comunicazione al Contraente e all'Assicurato tramite lettera raccomandata A/R e rimborserà il premio al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo di assicurazione intercorso tra la data di erogazione del finanziamento ed il giorno in cui la Società è venuta a conoscenza delle dichiarazioni inesatte o reticenti.

Società restituisce il premio dovuto all'Assicurato anche in nome e per conto del Contraente. La modalità di calcolo del premio da restituire è quella prevista all'art. 1.9 delle presenti condizioni di assicurazione.

In caso di premio finanziato il premio viene restituito al Contraente che provvederà, a scelta dell'Assicurato, alla conseguente riduzione della rata o della durata del finanziamento.

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 finanziamento , l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Società prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

Art. 1.4. Cointestazione del Contratto di Finanziamento

In caso di cointestazione del contratto di finanziamento, il numero massimo di cointestatari assicurabili è pari a due ed ognuno aderisce con un modulo di adesione distinto: la decorrenza e la scadenza delle garanzie devono coincidere.

Sono previste le seguenti opzioni:

1. può essere assicurato un solo cointestatario. In tal caso le prestazioni e gli indennizzi sono determinati come di seguito:
    a. il capitale assicurato iniziale pari all'importo del finanziamento erogato/debito residuo alla data di decorrenza;
    b. indennizzo mensile pari al 100% della rata del finanziamento.
2. Possono essere assicurati tutti i cointestatari. In tal caso le prestazioni e gli indennizzi sono determinati come di seguito:
    a. capitale assicurato iniziale pari all'importo del finanziamento erogato/debito residuo alla data di decorrenza ripartito in quote uguali;
    b. indennizzo mensile pari al 50% della rata del finanziamento.

Restano invariati tutti i limiti assuntivi riportati al successivo art. 1.7 e quelli delle singole garanzie.

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

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

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

- il finanziamento sia stato effettivamente erogato e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto;
- Società abbia dato preventiva accettazione del rischio al Contraente in caso di adesione subordinata all'esito positivo della valutazione della documentazione medica (ai sensi dell'articolo 1.7).

Qualora il finanziamento sia successivo alla data di decorrenza indicata sul Modulo di adesione, le garanzie decorreranno a far data dal giorno di erogazione del finanziamento, ferma la durata delle garanzie come indicata nel Modulo di adesione stesso.
La durata dell'assicurazione, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, è pari alla durata residua, alla data di decorrenza, del rapporto di finanziamento e non potrà, comunque, essere inferiore a 12 mesi e superiore a 120 mesi. Pertanto, alla stipula del finanziamento la durata dell'assicurazione è pari alla durata del finanziamento stesso.

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

Art. 1.6. Risoluzione delle garanzie

In caso di morte e di invalidità totale e permanente da infortunio e malattia con conseguente corresponsione della prestazione/indennizzo da parte della Società di competenza, tutte le garanzie cessano la loro efficacia ed il premio resta acquisito alle Compagnie.
La garanzia C si risolve al verificarsi del pagamento del numero massimo di indennizzi previsto nelle condizioni di assicurazione.

Art. 1.7. Limiti assuntivi

La presente polizza è un'assicurazione collettiva rivolta esclusivamente a un gruppo di persone con caratteristiche omogenee. Tale gruppo è formato da tutti i clienti degli Istituti di Credito appartenenti al Gruppo Banca Sella che stipulano o hanno stipulato un contratto di finanziamento e che

svolgono, al momento della sottoscrizione del modulo di adesione, l'attività di lavoratore autonomo o dipendente pubblico così come definiti all'art. 4.1 delle condizioni di assicurazione.
L'Assicurato deve avere all'ingresso un'età compresa tra 18 e 74 anni compiuti. L'età massima a scadenza non deve superare il limite di 75 anni 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 iniziale assicurato può essere pari all'importo erogato o al debito residuo, relativo al finanziamento, alla data di decorrenza dell'assicurazione (quest'ultimo caso riguarda i finanziamenti già in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione).
Il capitale iniziale massimo assicurabile è pari a Euro 31.000,00 (trentunomila/00).
Il limite massimo dell'importo mensile risarcibile per ogni singolo contratto di finanziamento è fissato in euro 800,00 (ottocento/00).
La durata o la durata residua massima del finanziamento, alla data di decorrenza dell'assicurazione, non può essere superiore a 10 anni, oltre al periodo di preammortamento tecnico.

L'assunzione del rischio da parte della Società comporta il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato, attraverso il questionario sanitario. Qualora non emergano fattori negativi di rilievo non saranno necessari ulteriori accertamenti. Società si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria atta a valutare le risposte fornite con il questionario sanitario e la visita medica.

La documentazione sanitaria necessaria per la valutazione del rischio viene inviata dall'Assicurato a Società tramite il Contrante.
Ai fini dell'assunzione del rischio Società valuta tale documentazione e si riserva di accettare o rifiutare il rischio dandone comunicazione all'Assicurato, per il tramite del 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 Contraente è tenuto ad informare sollecitamente l'Assicurato dell'accettazione o del rifiuto del rischio comunicato da Società. In caso di rifiuto del rischio il modulo di adesione sottoscritto dal richiedente e la contestuale adesione alla Polizza Collettiva dovranno considerarsi nulli.
Il questionario sanitario è contenuto nel presente fascicolo informativo.
L'assunzione del rischio viene effettuata sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel modulo di adesione e nel questionario sanitario. Pertanto, tutte le dichiarazioni in essi contenute devono essere veritiere e complete.
Società può rifiutare il pagamento della prestazione assicurata o dall'indennizzo qualora, dopo il verificarsi del sinistro, venga a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento dell'adesione .
Società verifica le condizioni di assicurabilità al momento dell'adesione.

Art. 1.8. Beneficiario della prestazione e pagamento degli indennizzi

I beneficiari della prestazione relativa alla garanzia A sono gli eredi legittimi o testamentari dello stesso.
Società assegna la prestazione ai beneficiari in parti uguali.
Poiché la garanzia viene stipulata sulla vita di un terzo, ciascun Assicurato esprime il consenso alla conclusione del contratto sulla sua vita, ai fini dell'art.1919 C.C., sottoscrivendo la relativa dichiarazione contenuta nel modulo di adesione.

Il pagamento degli indennizzi, dovuti da Società, relativi alle garanzie B e C viene effettuato a favore dell'Assicurato.
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 dall'Assicurato per le restanti garanzie.

In caso di anticipata estinzione del finanziamento, di accollo dello stesso da parte di altra persona o di trasferimento, l'Assicurato, qualora abbia deciso per la prosecuzione delle garanzie, ha la facoltà di nominare nuovi beneficiari. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art.1.10 delle condizioni di assicurazione.

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

Art. 1.9. Variazione nel rapporto di finanziamento

In caso di anticipata estinzione del rapporto di finanziamento o di surroga passiva o di accollo dello stesso ad altra persona, le garanzie assicurate si sciolgono.

Il Contraente comunica a Società le avvenute operazioni di estinzione anticipata. Le garanzie si sciolgono a partire dalla data dell'operazione comunicata dalla Banca e Società rimborsa all'Assicurato , anche in nome e per conto del Contraente, il premio pagato al netto di eventuali imposte, delle spese per il rimborso premio e della quota relativa al rischio corso entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.
Società fornisce al Contraente il conteggio dell'importo rimborsato da consegnare all'Assicurato.

Il rimborso viene effettuato esclusivamente previa consegna dei documenti assicurativi in possesso dell'Assicurato. 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 formula 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 da rimborsare le spese per il rimborso premio pari a 15,00 euro.

All'intermediario non è riconosciuta quota parte di tale costo.

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

L'Assicurato 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. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 1.10 delle presenti condizioni di assicurazione.

In caso di anticipata estinzione del finanziamento, di accollo dello stesso ad altra persona o di surroga passiva, Società effettua i pagamenti sulla base del piano di ammortamento allegato al modulo sopra indicato ed inviato dall'Assicurato.

Art. 1.10. Richiesta per la continuazione del contratto in caso di variazione nel rapporto di finanziamento

In caso di anticipata estinzione del rapporto di finanziamento o di surroga passiva o di accollo dello stesso ad altra persona, l'Assicurato ha 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 .

In tal caso l'Assicurato, ha la facoltà di nominare nuovi beneficiari .

Tale richiesta deve essere trasmessa dall'Assicurato alla Società tramite lettera raccomandata A/R, al seguente indirizzo:

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

L'Assicurato deve allegare alla richiesta di continuazione la seguente documentazione :

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;
5) Indicazione dei nuovi beneficiari designati.

Società, a seguito di tale comunicazione, emette l'appendice di variazione dei beneficiari.

E' facoltà dell'Assicurato effettuare la richiesta utilizzando **il modulo di cui all'Allegato D** inviandolo a Società tramite lettera raccomandata A/R, all' indirizzo sopra indicato. **Il modulo di cui all' Allegato D deve essere compilato in ogni sua parte , sottoscritto dall'Assicurato e corredato dalla documentazione necessaria indicata nello stesso.**

Art. 1.11. Premio di assicurazione

Le prestazioni assicurate vengono garantite dietro il pagamento di **un premio unico anticipato** il cui importo, dipende dalla durata e dalla somma finanziata con il contratto di finanziamento. Il premio è indipendente dall'età e dal sesso.

L'importo del premio distinto per le garanzie A, B e C è indicato nel Modulo di adesione. Il premio complessivo, il cui onere economico è a carico dell'Assicurato, è dovuto dal Contraente tramite bonifico.

Il premio può essere finanziato ed in tal caso lo stesso sarà aggiunto all'importo del finanziamento.

Art. 1.12. Recesso dell'Assicurato

L'Assicurato può recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza dandone comunicazione a Società, nonché al 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 Contraente presso la quale è stato sottoscritto il Modulo di adesione e che ha erogato il finanziamento

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 il premio, previa consegna dei documenti assicurativi in possesso dell'Assicurato, al netto dell'imposta, delle

spese di restituzione del premio pari a 15 Euro e della quota relativa al rischio corso.

Società restituisce il premio dovuto all'Assicurato anche in nome e per conto del Contraente. La modalità di calcolo del premio da restituire è quella prevista all'art. 1.9 delle presenti condizioni di assicurazione in caso di anticipata estinzione del finanziamento.

In caso di premio finanziato il premio viene restituito al Contraente che provvederà, a scelta dell'Assicurato, alla conseguente riduzione della rata o della durata del finanziamento.

Inoltre, l'Assicurato, 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 contratto proseguirà la sua efficacia per la sola garanzia A. In tal caso il recesso avrà effetto dall'anno successivo alla data di richiesta. Tale richiesta deve pervenire a Società con lettera raccomandata A/R all'indirizzo indicato sopra.

Art. 1.13. Cambio di attività o professione

L'Assicurato in caso di cambiamento di attività o di stato professionale ne deve dare comunicazione scritta a Società, nonché al Contraente, con lettera raccomandata A/R contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata e copia di un documento attestante l'avvenuta operazione. Tale comunicazione deve essere indirizzata a:

HDI Assicurazioni S.p.A.
GESTIONE CREDIT PROTECTION
Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA
e
Agenzia/Filiale del Contraente presso la quale è stata sottoscritto il Modulo di adesione e che ha erogato il finanziamento

Qualora il cambiamento di professione o attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società stessa si riserva di applicare quanto previsto dagli artt. 1926 e 1898 del Codice Civile.

La garanzia C, invece, si scioglie in caso di cambiamento di professione o dell'attività lavorativa rispetto a quella dichiarata al momento dell'adesione. In tal caso Società rimborserà la parte di premio non goduta relativa alla garanzia stessa. La modalità di calcolo del rateo di premio da rimborsare è quella indicata all'art. 1.9 delle condizioni di assicurazione.

Società restituisce il premio dovuto all'Assicurato anche in nome per conto del Contraente.

In caso di premio finanziato Società rimborserà il premio relativo alla garanzia cessata direttamente al Contraente che provvederà a diminuire la rata del finanziamento.

In caso di mancata comunicazione o di dichiarazioni inesatte o reticenti relative alla professione o all'attività dell'Assicurato, la Società applica le norme riportate al precedente art. 1.3 delle presenti condizioni di assicurazione.

Art. 1.14. Imposte e tasse

Le imposte e le tasse relative alla presente Polizza, il cui onere economico è a carico dell'Assicurato, sono dovute dal Contraente.
Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

Art. 1.15. Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.16. Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art.1923 del Codice Civile, le somme dovute in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili, né sequestrabili.

Art. 1.17. Pagamento delle prestazioni assicurate

Verificatosi l'evento assicurato, Società provvede ad effettuare i pagamenti a seguito della richiesta dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto mediante lettera raccomandata A/R inviata direttamente, o per il tramite del Contraente, alla Società, nei tempi e con le modalità previste dalle Condizioni contrattuali che regolano le singole garanzie assicurate.
La Società, entro un periodo massimo di 30 giorni dalla presentazione 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.

2.0 GARANZIA A ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE A PREMIO UNICO

COMPAGNIE COASSICURATRICI: HDI ASSICURAZIONI S.P.A. E CBA VITA S.P.A.

Art. 2.1 Clausola di coassicurazione per la garanzia Temporanea per il caso di morte

L'assicurazione per la garanzia Temporanea per il caso di morte è ripartita tra le imprese in appresso indicate secondo le quote riportate:

- HDI Assicurazioni S.p.A. in qualità di "Delegataria" 40,00%

- CBA Vita S.p.A in qualità di "Coassicuratrice" 60,00%

Ciascuna di esse è tenuta alle prestazioni assicurate in proporzione alla rispettiva quota quale risulta dagli accordi di coassicurazione, esclusa ogni responsabilità solidale. Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle inerenti al recesso, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite dell'impresa HDI Assicurazioni S.p.A. designata quale Coassicuratrice Delegataria. Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Delegataria in nome e per conto dell'altra Società assicuratrice. Quest' ultima sarà tenuta a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria che è tenuta alla gestione del contratto, all'istruzione delle prestazioni e alla quantificazione del loro ammontare, attribuendole a tal fine ogni facoltà necessaria, ivi compresa quella di incaricare consulenti in nome e per conto delle coassicuratrici.
La Delegataria è anche incaricata dalla coassicuratrice dell'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, nonché di provvedere al pagamento degli indennizzi.
Ogni modifica agli accordi di coassicurazione che richieda una stipulazione scritta , impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo.

Art 2.2 Prestazione assicurata

La Delegataria 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 finanziamento contratto dall'Assicurato verso il Contraente.
La Delegataria provvede ad effettuare i pagamenti esclusivamente sulla base del piano di ammortamento del debito residuo rilasciato dal Contraente successivamente al verificarsi dell'evento.
Tale garanzia è prestata fino ad un massimo di 120 mesi.

Art 2.3 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;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente o dell'Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- suicidio salvo che siano trascorsi 12 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
- infezione da virus HIV o da sindrome o stato di immunodeficienza acquisita o da sindrome o stati assimilabili;
- malattie e conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già diagnosticate all'Assicurato prima della sottoscrizione del modulo di adesione .

E' inoltre escluso il decesso su territorio mondiale che sia direttamente o indirettamente causato o avvenuto durante o in conseguenza di partecipazione attiva presenza per motivi professionali a guerra, invasioni,atti di nemici stranieri, ostilità ed operazioni belliche (sia che la guerra sia stata dichiarata o meno), guerra civile, ammutinamento, rivolte ed insurrezioni civili, tali da assumere le proporzioni o sfociare in sommosse popolari, sommosse militari, insurrezioni, ribellioni, rivoluzioni,colpi di Stato militare,legge marziale,confisca, nazionalizzazione, requisizione, distruzione o danni alla proprietà da o sotto il comando di qualsiasi governo o autorità locale sia che siano legittimi o meno.
In questi casi la Delegataria paga il solo importo della riserva matematica, calcolato al momento del decesso.

Art. 2.4 Pagamento delle prestazioni

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

- **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;**
- certificato della commissione medica predisposta per l'accertamento;
- Verbale dell'autorità intervenuta e chiusa inchiesta;
- **eventuale ulteriore documentazione** ritenuta necessaria dalla Delegataria;
- **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;**
- **dichiarazione del Contraente attestante il debito residuo del finanziamento alla data del**

verificarsi dell'evento assicurato (dichiarazione non richiesta per denuncie successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga passiva del finanziamento);

- autorizzazione del Giudice Tutelare rilasciata agli esercenti la potestà genitoriale per la riscossione di somme spettanti ai minori Beneficiari.

Verificatosi il decesso dell'Assicurato, la Delegataria 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.

La richiesta del pagamento della prestazione deve essere trasmessa a Società tramite lettera raccomandata A/R, al seguente indirizzo:

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

E' possibile effettuare la richiesta attraverso il modulo di cui all'Allegato B delle presenti condizioni di assicurazione allegando tutta la documentazione sopra indicata.

Art. 2.5 Riscatto

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

3.0 GARANZIA B - ASSICURAZIONE DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DERIVANTE DA INFORTUNIO E MALATTIA, A PREMIO UNICO

SOCIETÀ ASSICURATRICE: INCHIARO ASSICURAZIONI S.P.A

Art. 3.1 Indennizzo

In caso d'invalidità totale e permanente da infortunio o da malattia riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la Società garantisce la corresponsione all'Assicurato di una somma pari al debito residuo in linea capitale che residua dal rapporto di finanziamento contratto dallo stesso verso il Contraente al momento dell'evento o alla data della diagnosi della malattia e al netto di eventuali altri indennizzi già corrisposti per lo stesso evento in virtù della garanzia C.

L'Assicurato ha diritto all'indennizzo solo qualora l'invalidità totale e permanente da infortunio o da malattia riconosciuta sia di grado pari o superiore al 60% della totale secondo i criteri e le percentuali previste dalla tabella indicata nell'Allegato A (tabella delle valutazioni del grado d'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).

Art. 3.2 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

a) *dolo dell'Assicurato;*
b) *Infortuni o malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;*
c) *Infortuni o malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;*
d) *HIV o AIDS*
e) *Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;*
f) *Infortuni causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;*
g) *Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;*
h) *Infortuni o malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);*
i) *Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;*
j) *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;*
k) *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 diagnosticate in tale data all'Assicurato;*
l) *Infortuni causati da:*

-paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;

-tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;

-pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, sport aerei in genere;

-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;

- uso , anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;

- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia i requisiti per il rinnovo al momento del sinistro.

m) 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 e) 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 della malattia e relativi obblighi

In caso di sinistro l'Assicurato o chi per esso, deve darne avviso scritto a Società, **entro 60 giorni dall'infortunio** o dalla diagnosi della malattia **o da quando ne ha avuto la conoscenza,** 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 C.C.

Per ottenere la liquidazione dell'indennizzo, devono essere prodotti alla Società 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 finanziamento alla data dell'evento assicurato (dichiarazione non richiesta per denuncie successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga passiva del finanziamento);
- 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.

La comunicazione deve essere trasmessa dall'Assicurato a Società tramite lettera raccomandata A/R, al seguente indirizzo:

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

L'Assicurato o chi per esso, ha facoltà di dare avviso scritto a Società, attraverso il modulo di cui all'Allegato C delle presenti condizioni di assicurazione allegando tutta la documentazione sopra indicata.

L'Assicurato, o chi per esso, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e sciogliere da ogni riserbo i medici curanti.
L'Assicurato, o chi per esso, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e sciogliere da ogni riserbo i medici curanti.
Inoltre, alla denuncia dovrà essere allegata copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita.
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. 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.

Art. 3.6. Invalidità derivante da malattia durante il periodo di carenza

Società pagherà l'indennizzo solo se il sinistro, per una invalidità causata da malattia, si è verificato dopo il periodo di carenza di 60 giorni.

4.0 GARANZIA C-ASSICURAZIONE DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA, A PREMIO UNICO

SOCIETÀ ASSICURATRICE: INCHIARO ASSICURAZIONI S.P.A

Art 4.1 Indennizzo

La Società, ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia durante il periodo contrattuale, dai quali derivi un'inabilità temporanea in misura totale della capacità dell'Assicurato ad un'attività lavorativa generica, liquiderà all'Assicurato , una somma mensile, o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi), pari alle singole rate del finanziamento contratto dallo stesso verso il Contraente e non ancora scadute, trascorsi 30 giorni di franchigia assoluta dalla data di ingresso

nella struttura ospedaliera, **con il limite massimo di Euro 800,00 (ottocento/00) per singola rata**.
Gli indennizzi saranno liquidati per ogni periodo intero di 30 giorni consecutivi di Inabilità temporanea totale, **con un massimo di 12 indennizzi mensili per ogni sinistro e di 18 indennizzi mensili nel corso della durata della assicurazione.**
Per inabilità totale temporanea si intende la perdita totale in via temporanea della capacità ad attendere ad una attività lavorativa generica. **Lo stato di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia dovrà essere accertato da una struttura ospedaliera, la quale determini un periodo di prognosi di almeno 30 giorni, che decorre dalla data di ingresso nella struttura ospedaliera stessa; è esclusa la possibilità che la durata della prognosi iniziale possa essere prolungata da successive prognosi.**
Per lavoratore autonomo si intende chiunque ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) presenti una dichiarazione che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (vedi definizione di Lavoratore Dipendente) e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (reddito da impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone. **Ai fini della presente polizza collettiva sono parificati ai lavoratori autonomi, quanti hanno un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, i dirigenti ed i dipendenti pubblici.**

Art 4.2 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza

Qualora un evento di Inabilità temporanea totale da malattia colpisca l'Assicurato durante l'iniziale periodo di carenza, pari a 60 giorni, l'Assicurato stesso non avrà diritto ad alcun indennizzo. Prima di poter accedere ad una successiva richiesta di risarcimento per altro evento di Inabilità temporanea totale, l'Assicurato dovrà aver ripreso la sua normale attività lavorativa per un periodo di «Ripresa di occupazione» di 180 giorni consecutivi.

Art 4.3 Esclusioni

Le coperture non saranno operative nei sotto elencati casi:

1. ***dolo dell'Assicurato***
2. **Ferite con meno di sette punti di sutura;**
3. **Distorsioni articolari senza rottura di legamenti;**
4. **Ferite cutanee senza necessità di intervento di chirurgia plastica;**
5. **Ferite limitate alla cute senza interessamento di strutture tendinee, vascolari o nervose;**
6. **Fratture composte trattabili con gesso o tutore;**
7. **Distrazioni muscolari senza rottura completa;**
8. **Ernia , salvo le ernie addominali.**
9. **HIV o AIDS;**
10. **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;**
11. **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;**
12. **Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
13. **Infortuni causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni *occupazioni militari, invasioni. rivoluzioni*;**
14. **Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;**
15. **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);**
16. **Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;**
17. **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;**
18. **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 diagnosticate in tale data all'Assicurato;**
19. **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) **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 qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia i requisiti per il rinnovo al 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 idroscì, 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) calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica e fenomeni connessi.

Art 4.4 Rischio di guerra all'estero

La presente garanzia, a parziale deroga dell'art. 4.3 "Esclusioni" punto 12 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, 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 4.5 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi

In caso di infortunio o malattia, l'Assicurato o chi per esso, deve darne avviso scritto a Società, 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.

Per ottenere la liquidazione degli indennizzi, devono essere prodotti alla Società, 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.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alla relative scadenze. L'Assicurato, o chi per esso, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

La comunicazione deve essere trasmessa dall'Assicurato a Società tramite lettera raccomandata A/R, al seguente indirizzo:

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

L'Assicurato o chi per esso, ha facoltà di dare avviso scritto a Società, attraverso il modulo di cui all'Allegato C delle presenti condizioni di assicurazione allegando tutta la documentazione sopra indicata.

Quando 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**

Gli obblighi assunti da InChiaro Assicurazioni S.p.A. con la presente garanzia sono definitivamente esauriti al raggiungimento del massimale dei 18 indennizzi mensili.

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 4.6 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.

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 - hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it - Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F., P. IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - 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 Assicurative al n. 1.00022 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

C.B.A V I T A S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA
Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - segreteria@pec.cbavita.com - www.cbavita.com - Capitale Sociale Euro 38.537.146,00 i.v. - C.F./P. IVA e numero d'iscrizione 10288130155 del Reg. Imprese di Milano R.E.A. n. MI -1363580 – Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106. Società con unico azionista, facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetta all'attività di Direzione e Coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

INCHIARO Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 420 358 – Fax +39 06 420 358 58 – inchiaro.assicurazioni@pec.inchiaro.it – www.inchiaro.it – Capitale sociale € 5.000.000,00 i.v. – Codice Fiscale, Partita IVA e Registro delle imprese di Roma n. 09407131003 – REA di Roma n. 1160354 – Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2548 del 20.09.2007 (G.U. n. 230 del 3.10.2007) ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00160 - Società appartenente ad unico socio e facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetto all'attività di direzione e coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

ALLEGATO A

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
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

Visus Perduto	Visus Residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore
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.

ALLEGATO B

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;
- verbale dell'autorità intervenuta e chiusa inchiesta;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società Delegataria;
- dichiarazione del Contraente attestante l'importo residuo del finanziamento alla data del sinistro (dichiarazione non richiesta per denuncie successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga passiva del finanziamento)
- autorizzazione del Giudice Tutelare rilasciata agli esercenti la potestà genitoriale per la riscossione di somme spettanti ai minori Beneficiari.

l'Avente Causa dell'Assicurato

……

ALLEGATO C

MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO GARANZIE B e C

N° Polizza: …….. **Filiale N° ……** **Indirizzo: ……..**

Spett.le
InChiaro Assicurazioni S.p.A.
c/o HDI Assicurazioni S.p.A
Ufficio Assunzione e 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)

□ Invalidità Totale Permanente

- 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 finanziamento (dichiarazione non richiesta per denuncie successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga passiva del finanziamento);
- 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;
- documentazione medica, cartelle cliniche e/o verbale di pronto soccorso;
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società;- copia di un documento di identità.

L'Assicurato o l'Avente Causa
……

ALLEGATO D

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

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 finanziamento 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 Be C 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 e C : mandato all'incasso a favore di (persone fisiche e/o giuridiche)

1) …… 3)……
2) …… 4)……

Allega:

6) Copia del modulo di adesione;
7) Copia di un documento di identità;
8) Documentazione ufficiale attestante l'avvenuta operazione di cui sopra;
9) Copia del piano di ammortamento del finanziamento originario e completo.

Luogo e data **Firma dell'Assicurato**

…… ……

PRESTITO PLUS
(LAVORATORE AUTONOMO)

GLOSSARIO VITA

Data ultimo aggiornamento del documento 24.06.2016

Assicurato: il soggetto che ha sottoscritto la modulo di adesione e nel cui interesse è stipulata l'Assicurazione

Beneficiario: soggetto al quale deve essere corrisposta la prestazione dell'assicuratore qualora si verifichi il rischio assicurato.

Contraente: il soggetto che stipula la Polizza Collettiva per conto degli Assicurati.

Debito Residuo:. Il debito residuo è composto dal capitale residuo al momento dell'evento e, secondo quanto stabilito nel contratto di finanziamento, dagli interessi e spese maturati alla data del sinistro. Ai sensi della presente polizza, il debito residuo è esclusivamente in linea capitale e non comprende eventuali rate scadute prima del sinistro e non ancora rimborsate dall'Assicurato al 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. nel presente contratto le garanzie sono valide a partire dalle ore 24 del giorno indicato nel modulo di adesione

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.

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

Preammortamento tecnico: periodo iniziale che si conta dalla data della stipula al giorno in cui scatta il rimborso della prima rata nella quale tutti i ratei corrisposti sono costituiti interamente dalla quota interessi.

Premio: importo, il cui onere economico è a carico dell'Assicurato, che il 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.

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

Società: HDI assicurazioni S.p.A., Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa e individuata per accordo tra le tre Società (InChiaro Assicurazioni S.p.A., CBA Vita S.p.A. e HDI assicurazioni S.p.A.) a gestire il pacchetto assicurativo offerto in virtù della polizza collettiva stipulata con il Contraente.

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 - hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it - Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F., P. IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - 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 Assicurative al n. 1.00022 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

C.B.A V I T A S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA
Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - segreteria@pec.cbavita.com - www.cbavita.com - Capitale Sociale Euro 38.537.146,00 i.v. - C.F./P. IVA e numero d'iscrizione 10288130155 del Reg. Imprese di Milano R.E.A. n. MI -1363580 – Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106. Società con unico azionista, facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetta all'attività di Direzione e Coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

QUESTIONARIO SANITARIO

Il/la Sottoscritto/a _____
(Cognome e nome)

Codice Fiscale _____ nato/a _____ prov. _____

il ___/___/____ Residente a _____ prov. _____ C.A.P._____

Via _____ n. _____

1. Negli ultimi 5 anni è mai stato ricoverato in case di cura o ospedali per interventi chirurgici (ad esclusione di interventi di appendicectomia, adeno-tonsillectomia, erniotomia, meniscectomia, frattura degli arti, varici, chirurgia estetica, parto)? SE SI, INDICARE QUALI: ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___	SI	NO
2. Negli ultimi 5 anni ha subito cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital dai quali sia emersa una malattia cardiovascolare, disturbi circolatori, Ipertensione, ictus e/o malattia del fegato quale epatopatia acuta o cronica e/o malattia polmonare, tumorale, del sangue, dell'apparato urogenitale, respiratorio, osteo-articolare, digerente, del sistema endocrino- metabolico quali diabete, malattie della tiroide e/o del sistema nervoso o della psiche, paralisi, AIDS o patologie ad esso correlate? SE SI, INDICARE QUALI: ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___	SI	NO
3. Ha effettuato negli ultimi l2 mesi esami di laboratorio da cui siano emersi valori fuori dalla norma? Se si, indicare quali: ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___	SI	NO
4. Assume regolarmente medicinali o ne ha assunti negli ultimi dodici mesi? SE SI, INDICARE QUALI: ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___	SI	NO
5 Ha fatto uso regolare e continuativo, o ne fa attualmente, di sostanze stupefacenti e/o di alcoolici?	SI	NO
6. Gode di pensione per malattia od invalidità o ne ha fatto richiesta? SE SI, INDICARE QUALE: ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ __	SI	NO
7. Le è mai stata declinata, rinviata o accettata a condizioni aggravate una proposta di assicurazione sulla vita, di invalidità o di malattie gravi? ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___	SI	NO
8. E' attualmente titolare di una polizza di assicurazione (vita, invalidità o malattia) o ha proposte in corso di perfezionamento? ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___	SI	NO
9. Costituzione: ALTEZZA: CM ___ ___ PESO: KG ___ ___		
10. Pressione arteriosa: PRESSIONE ARTERIOSA : MIN ___ ___ MAX ___ ___		

Dichiarazioni sull'attività Professionale / Sportiva

La sua attività professionale e/o sportiva la espone a particolari pericoli? (es. contatto con sostanze chimiche, esplosive, radioattive, venefiche e/o tossiche oppure contatto con condutture di alta tensione e/o accesso ad impalcature, a miniere, gallerie, a torri e/o a piatta forme di trivellazione, missioni umanitarie, attività subacquea, speleologia, competizioni con veicoli a motore o natanti, uso di deltaplano, parapendio e/o ultraleggeri, paracadutismo, alpinismo, bob,sport di combattimento [boxe, savate, lotta] e sport estremi in genere).

SI NO

In caso di risposta affermativa, si prega di fornire dettagli sul tipo di attività professionale e/o sportiva svolta:

___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. 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 proprie spese, per certificare l´effettivo stato di salute.

Data e luogo _____ Firma _____

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 - hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it - Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F., P. IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - 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 Assicurative al n. 1.00022 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

C.B.A V I T A S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA
Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - segreteria@pec.cbavita.com - www.cbavita.com - Capitale Sociale Euro 38.537.146,00 i.v. - C.F./P. IVA e numero d'iscrizione 10288130155 del Reg. Imprese di Milano R.E.A. n. MI -1363580 – Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106. Società con unico azionista, facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetta all'attività di Direzione e Coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

INCHIARO Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 420 358 – Fax +39 06 420 358 58 – inchiaro.assicurazioni@pec.inchiaro.it – www.inchiaro.it – Capitale sociale € 5.000.000,00 i.v. – Codice Fiscale, Partita IVA e Registro delle imprese di Roma n. 09407131003 – REA di Roma n. 1160354 – Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2548 del 20.09.2007 (G.U. n. 230 del 3.10.2007) ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00160 - Società appartenente ad unico socio e facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetto all'attività di direzione e coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

PRESTITO PLUS
(LAVORATORE AUTONOMO)

MODULO DI ADESIONE

Data ultimo aggiornamento del documento 24.06.2016

POLIZZA COLLETTIVA N. _____

Spazio riservato alla Banca
_____

IL SOTTOSCRITTO ... nato il ..... a ..... e residente a ..... prov ..... CAP ..... Indirizzo ..... n° ... sesso ..... età ..... Codice Fiscale ..... Tipo documento ..... n° ..... luogo di rilascio ..... prov ..... data ..... professione .....

in qualità di richiedente/titolare del finanziamento n. _____ importo richiesto/residuo _____ rata residua, in mesi, alla data di decorrenza della polizza _____presso Banca ..... cod. _____

PRESO ATTO CHE l'Istituto di credito (Contraente), _____ ha stipulato la polizza di assicurazione a premio unico a favore dei quali possono aderire facoltativamente i clienti persone fisiche che stipulano o hanno stipulato con [illegible] di finanziamento che svolgono, alla data di sottoscrizione del presente modulo di adesione, l'attività di lavoratore autonomo o dipendente pubblico così come definiti nelle condizioni di assicurazione. Ai fini della presente polizza collettiva sono parificati ai lavoratori autonomi quanti hanno stipulato un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato ed i dirigenti.

La polizza offre le seguenti garanzie che costituiscono un unico pacchetto:

A ***TEMPORANEA PER CASO 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 del decesso relativo al finanziamento contratto;

B ***ASSICURAZIONE DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DERIVANTE DA INFORTUNIO E MALATTIA***: Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale dal quale derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari all'importo del debito residuo in linea capitale alla data dell'evento relativo al finanziamento contratto;

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 ad un'attività lavorativa generica per il periodo di inabilità e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali, la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento pari alle singole rate del finanziamento e non ancora scadute;

La garanzia Temporanea per il caso di morte è prestata da HDI Assicurazioni S.p.A. in coassicurazione con CBA VITA S.p.A. Le garanzie B e C, sono prestate da InChiaro Assicurazioni S.p.A.

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE (coincidente con l'importo erogato/residuo del finanziamento) € _____

PREMIO UNICO FINANZIATO SI NO **IMPORTO TOTALE * € _____ di cui:**

garanzia A € _____ , garanzia B € _____e garanzia C €_____

COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO € _____ di cui:

COSTI DI INTERMEDIAZIONE € _____COSTI PER RIMBORSO PREMIO € 15,00

DECORRENZA _____ SCADENZA _____ _____DURATA (in mesi)_____

Beneficiari per la garanzia A: eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato. Il pagamento degli indennizzi, relativi alle garanzie B e C viene effettuato a favore dell'Assicurato.

***** *Il premio è indipendente dall'età e dal sesso.*

FAC-SIMILE

DICHIARA:

- **di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto;**
- di prendere atto che i beneficiari della prestazione relativa alla garanzia A sono i propri eredi legittimi o testamentari e che gli indennizzi per le altre garanzie saranno liquidati a lui stesso;
- di autorizzare all'uopo il predetto Istituto a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto ;
- **di avere preso visione dei seguenti documenti - e di accettarli come parte integrante del contratto- contenuti nel fascicolo informativo Mod. PPGBSITT_062016: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;**
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte delle Compagnie, sono veritiere, precise e complete;
- di accettare i requisiti e le modalità di adesione di cui all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- 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;
- **di avere un'età non superiore ai 74 anni compiuti;**
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del finanziamento richiesto o di mancato assenso da parte delle Società all'adesione le coperture richieste non saranno attivate;
- di accettare di sottoporsi a visita medica nei casi previsti all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- di aver ricevuto il questionario sanitario contestualmente al presente modulo di adesione e di averlo debitamente compilato e sottoscritto.

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto assicurato a fini assicurativi, le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche se non è necessario sottoporsi al contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

FAC-SIMILE

Luogo e data _____ **Firma**_____

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. 1.5 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. 1.10 Richiesta per la continuazione del contratto in caso di variazione nel rapporto di finanziamento Art. 1.12 Recesso dell'Assicurato; Art. 1.13 Cambio di attività o professione; Art. 2.3 Rischio di morte; Art. 2.4 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.5 Riscatto; Art. 3.1 Indennizzo; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi; Art. 3.6 Invalidità derivante da malattia durante il periodo di carenza Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.2 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.3 Esclusioni; Art. 4.5 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi.

Luogo e data _____ **Firma**_____

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 - hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it - Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F., P. IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - 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 Assicurative al n. 1.00022 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

C.B.A VITA S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA
Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - segreteria@pec.cbavita.com - www.cbavita.com - Capitale Sociale Euro 38.537.146,00 i.v. - C.F./P. IVA e numero d'iscrizione 10288130155 del Reg. Imprese di Milano R.E.A. n. MI -1363580 – Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106. Società con unico azionista, facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetta all'attività di Direzione e Coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

INCHIARO Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 420 358 – Fax +39 06 420 358 58 – inchiaro.assicurazioni@pec.inchiaro.it – www.inchiaro.it – Capitale sociale € 5.000.000,00 i.v. – Codice Fiscale, Partita IVA e Registro delle imprese di Roma n. 09407131003 – REA di Roma n. 1160354 – Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2548 del 20.09.2007 (G.U. n. 230 del 3.10.2007) ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00160 - Società appartenente ad unico socio e facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetto all'attività di direzione e coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

HDI Assicurazioni CBA VITA INCHIARO ASSICURAZIONI

PRESTITO PLUS
(LAVORATORE AUTONOMO)

MODULO DI ADESIONE

Data ultimo aggiornamento del documento 24.06.2016

POLIZZA COLLETTIVA N. _______

Spazio riservato alla Banca

____

IL SOTTOSCRITTO … . nato il … … … … … … …

a … . e residente a …

prov … … … … . CAP …

Indirizzo … n° … sesso … … … … età

… … … … … … … … . Codice Fiscale … . Tipo documento … … … … … … … . n° … … [illegible] … … … luogo

di rilascio … prov … … … … … … . data … … … … [illegible] professione

… …

in qualità di richiedente/titolare del finanziamento n. ____________________ importo richiesto/residuo ____ [illegible] ______ [illegible] rata residua, in mesi, alla data di decorrenza della polizza _________________presso Banca … … … … … … … [illegible] … … … [illegible] ale cod. ______

PRESO ATTO CHE l'Istituto di credito (Contraente), __________ ha stipula[illegible] p[illegible] di [illegible]urazio[illegible] a pre[illegible] unico a[illegible]ono aderire facoltativamente i clienti persone fisiche che stipulano o hanno stipula[illegible] co[illegible] di fin[illegible] he sv[illegible]ono, a[illegible] d[illegible] sottoscrizione del presente modulo di adesione, l'attività di lavoratore autonomo o dip[illegible]ente pubblic[illegible] osì co[illegible] d[illegible] r[illegible] cond[illegible] di a[illegible]azione. Ai fini della presente polizza collettiva sono parificati ai lavoratori auto[illegible] quanti hann[illegible] contratto di [illegible]ro sub[illegible]lin[illegible] a [illegible]po [illegible]inato ed i dirigenti.

La polizza offre le seguenti garanzie che cost[illegible] n unico pac[illegible]

[A] ***TEMPORANEA PE[illegible] CASO [illegible]RTE***: In[illegible]o di decess[illegible] Assicurato [illegible]ors[illegible] durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammont[illegible]ebito re[illegible] linea[illegible] pitale al momento de[illegible] elativo al finanziamento contratto;

[B] ***ASSICURAZIO[illegible] DI INVALI[illegible] T[illegible]LE E[illegible]RMAN[illegible]TE DERIVANTE DA INFORTUNIO E MALATTIA***: Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante [illegible] co[illegible] dal [illegible] una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di [illegible]omma p[illegible]ntare [illegible]ebito residuo in linea capitale alla data dell'evento relativo al finanziamento contratto;

[C] ***ASSICURAZIO[illegible] DI INABI[illegible] TEMP[illegible]RANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA:*** Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai qu[illegible] derivi un[illegible]abilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere ad un'attività lavorativa generica per il periodo di inabilità e comunque entro i [illegible]ti stabiliti dalle condizioni contrattuali, la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento pari alle singole rate del finanziamento e non ancora scadute;

La garanzia Temporanea per il caso di morte è prestata da HDI Assicurazioni S.p.A. in coassicurazione con CBA VITA S.p.A. Le garanzie B e C, sono prestate da InChiaro Assicurazioni S.p.A.

FAC-SIMILE

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE (coincidente con l'importo erogato/residuo del finanziamento) € ________________________________

PREMIO UNICO FINANZIATO [SI] [NO] **IMPORTO TOTALE * € ___________________________________ di cui:**

garanzia A € ____________________ , garanzia B € _________________e garanzia C €____________________

COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO € _________________________ di cui:

COSTI DI INTERMEDIAZIONE € __________________________COSTI PER RIMBORSO PREMIO € 15,00

DECORRENZA _________________________________ SCADENZA ____________________ ____________DURATA (in mesi)______________________

Beneficiari per la garanzia A: eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato. Il pagamento degli indennizzi, relativi alle garanzie B e C viene effettuato a favore dell'Assicurato.

***** *Il premio è indipendente dall'età e dal sesso.*

DICHIARA:

- **di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto;**
- di prendere atto che i beneficiari della prestazione relativa alla garanzia A sono i propri eredi legittimi o testamentari e che gli indennizzi per le altre garanzie saranno liquidati a lui stesso;
- di autorizzare all'uopo il predetto Istituto a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto ;
- **di avere preso visione dei seguenti documenti - e di accettarli come parte integrante del contratto- contenuti nel fascicolo informativo Mod. PPGBSITT_062016: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;**
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte delle Compagnie, sono veritiere, precise e complete;
- di accettare i requisiti e le modalità di adesione di cui all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- 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;
- **di avere un'età non superiore ai 74 anni compiuti;**
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del finanziamento richiesto o di mancato assenso da parte delle Società all'adesione le coperture richieste non saranno attivate;
- di accettare di sottoporsi a visita medica nei casi previsti all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- di aver ricevuto il questionario sanitario contestualmente al presente modulo di adesione e di averlo debitamente compilato e sottoscritto.

FAC-SIMILE

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, 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 proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

Luogo e data ______________________________ **Firma**______________________________

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. 1.5 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. 1.10 Richiesta per la continuazione del contratto in caso di variazione nel rapporto di finanziamento Art. 1.12 Recesso dell'Assicurato; Art. 1.13 Cambio di attività o professione; Art. 2.3 Rischio di morte; Art. 2.4 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.5 Riscatto; Art. 3.1 Indennizzo; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi; Art. 3.6 Invalidità derivante da malattia durante il periodo di carenza Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.2 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.3 Esclusioni; Art. 4.5 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi.

Luogo e data ______________________________ **Firma**______________________________

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 - hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it - Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F., P. IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - 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 Assicurative al n. 1.00022 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

C.B.A V I T A S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA
Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - segreteria@pec.cbavita.com - www.cbavita.com - Capitale Sociale Euro 38.537.146,00 i.v. - C.F./P. IVA e numero d'iscrizione 10288130155 del Reg. Imprese di Milano R.E.A. n. MI -1363580 – Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106. Società con unico azionista, facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetta all'attività di Direzione e Coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

INCHIARO Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 420 358 – Fax +39 06 420 358 58 – inchiaro.assicurazioni@pec.inchiaro.it – www.inchiaro.it – Capitale sociale € 5.000.000,00 i.v. – Codice Fiscale, Partita IVA e Registro delle imprese di Roma n. 09407131003 – REA di Roma n. 1160354 – Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2548 del 20.09.2007 (G.U. n. 230 del 3.10.2007) ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00160 - Società appartenente ad unico socio e facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetto all'attività di direzione e coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

HDI Assicurazioni | CBA VITA | INCHIARO ASSICURAZIONI

PRESTITO PLUS
(LAVORATORE AUTONOMO)

MODULO DI ADESIONE

Data ultimo aggiornamento del documento 24.06.2016

POLIZZA COLLETTIVA N. _______

Spazio riservato alla Banca
____

IL SOTTOSCRITTO … . nato il … … … … … … …
a …. e residente a …
prov … … … … …. CAP …
Indirizzo … n° … sesso … … … … età
… … … … … … … …. Codice Fiscale …. Tipo documento … … … … … … …. n° … … [illegible] … … … luogo
di rilascio … prov … … … … … …. data … … … … [illegible] professione
… …

in qualità di richiedente/titolare del finanziamento n. ____________________ importo richiesto/residuo [illegible] rata residua, in mesi, alla data di decorrenza della polizza _________________presso Banca … … … … [illegible] ale cod. ______

PRESO ATTO CHE l'Istituto di credito (Contraente), __________ ha stipulat[illegible] p[illegible] di [illegible]urazio[illegible] a pre[illegible] unico a [illegible]ono aderire facoltativamente i clienti persone fisiche che stipulano o hanno stipula[illegible] co[illegible] di fi[illegible] che sv[illegible]ono, a[illegible] d[illegible] sottoscrizione del presente modulo di adesione, l'attività di lavoratore autonomo o dip[illegible]ente pubblic[illegible]sì co[illegible] d[illegible] n[illegible] cond[illegible]i di a[illegible]azione. Ai fini della presente polizza collettiva sono parificati ai lavoratori auto[illegible] quanti hann[illegible] contratto di [illegible]ro sub[illegible]in[illegible] a t[illegible]po [illegible]ato ed i dirigenti.

La polizza offre le seguenti garanzie che cost[illegible] un unico pac[illegible]

A ***TEMPORANEA PE[illegible] CASO [illegible]RTE***: In[illegible]o di decess[illegible] Assicurato [illegible]ors[illegible] durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammont[illegible]ebito re[illegible] line[illegible]pitale al momento de[illegible]elativo al finanziamento contratto;

B ***ASSICURAZI[illegible] DI INVALI[illegible] T[illegible]LE E[illegible]RMAN[illegible]TE DERIVANTE DA INFORTUNIO E MALATTIA***: Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante [illegible] co[illegible] dal [illegible] una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di[illegible]omma p[illegible]ntare[illegible]ebito residuo in linea capitale alla data dell'evento relativo al finanziamento contratto;

C ***ASSICURAZIO[illegible] DI INABI[illegible] TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA***: Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai qu[illegible] derivi un[illegible]abilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere ad un'attività lavorativa generica per il periodo di inabilità e comunque entro i [illegible]ti stabiliti dalle condizioni contrattuali, la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento pari alle singole rate del finanziamento e non ancora scadute;

La garanzia Temporanea per il caso di morte è prestata da HDI Assicurazioni S.p.A. in coassicurazione con CBA VITA S.p.A. Le garanzie B e C, sono prestate da InChiaro Assicurazioni S.p.A.

FAC-SIMILE

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE (coincidente con l'importo erogato/residuo del finanziamento) € ________________________________

PREMIO UNICO FINANZIATO SI NO **IMPORTO TOTALE * € __________________________________ di cui:**

garanzia A € ____________________ , garanzia B € _________________e garanzia C €____________________

COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO € _________________________ di cui:

COSTI DI INTERMEDIAZIONE € __________________________COSTI PER RIMBORSO PREMIO € 15,00

DECORRENZA _________________________________ SCADENZA ____________________ _____________DURATA (in mesi)______________________

Beneficiari per la garanzia A: eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato. Il pagamento degli indennizzi, relativi alle garanzie B e C viene effettuato a favore dell'Assicurato.

*** *Il premio è indipendente dall'età e dal sesso.***

DICHIARA:

- **di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto;**
- di prendere atto che i beneficiari della prestazione relativa alla garanzia A sono i propri eredi legittimi o testamentari e che gli indennizzi per le altre garanzie saranno liquidati a lui stesso;
- di autorizzare all'uopo il predetto Istituto a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto ;
- **di avere preso visione dei seguenti documenti - e di accettarli come parte integrante del contratto- contenuti nel fascicolo informativo Mod. PPGBSITT_062016: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;**
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte delle Compagnie, sono veritiere, precise e complete;
- di accettare i requisiti e le modalità di adesione di cui all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- 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;
- **di avere un'età non superiore ai 74 anni compiuti;**
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del finanziamento richiesto o di mancato assenso da parte delle Società all'adesione le coperture richieste non saranno attivate;
- di accettare di sottoporsi a visita medica nei casi previsti all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- di aver ricevuto il questionario sanitario contestualmente al presente modulo di adesione e di averlo debitamente compilato e sottoscritto.

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, 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 proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

FAC-SIMILE

Luogo e data ______________________________ **Firma**______________________________

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. 1.5 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. 1.10 Richiesta per la continuazione del contratto in caso di variazione nel rapporto di finanziamento Art. 1.12 Recesso dell'Assicurato; Art. 1.13 Cambio di attività o professione; Art. 2.3 Rischio di morte; Art. 2.4 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.5 Riscatto; Art. 3.1 Indennizzo; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi; Art. 3.6 Invalidità derivante da malattia durante il periodo di carenza Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.2 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.3 Esclusioni; Art. 4.5 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi.

Luogo e data ______________________________ **Firma**______________________________

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 - hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it - Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F., P. IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - 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 Assicurative al n. 1.00022 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

C.B.A V I T A S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA
Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - segreteria@pec.cbavita.com - www.cbavita.com - Capitale Sociale Euro 38.537.146,00 i.v. - C.F./P. IVA e numero d'iscrizione 10288130155 del Reg. Imprese di Milano R.E.A. n. MI -1363580 – Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106. Società con unico azionista, facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetta all'attività di Direzione e Coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

INCHIARO Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 420 358 – Fax +39 06 420 358 58 – inchiaro.assicurazioni@pec.inchiaro.it – www.inchiaro.it – Capitale sociale € 5.000.000,00 i.v. – Codice Fiscale, Partita IVA e Registro delle imprese di Roma n. 09407131003 – REA di Roma n. 1160354 – Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2548 del 20.09.2007 (G.U. n. 230 del 3.10.2007) ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00160 - Società appartenente ad unico socio e facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetto all'attività di direzione e coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

HDI Assicurazioni | CBA VITA | INCHIARO ASSICURAZIONI

PRESTITO PLUS
(LAVORATORE AUTONOMO)

MODULO DI ADESIONE

Data ultimo aggiornamento del documento 24.06.2016

POLIZZA COLLETTIVA N. _______

Spazio riservato alla Banca

____

FAC-SIMILE

IL SOTTOSCRITTO … . nato il … … … … … … …
a … e residente a … .
prov … … … … … . CAP …
Indirizzo … n° … sesso … … … … età
… … … … … … … … . Codice Fiscale …. Tipo documento … … … … … … … n° … … … [illegible] … … … luogo
di rilascio … prov . … … … … … . data … … … … [illegible] professione
… …

in qualità di richiedente/titolare del finanziamento n. ___________________ importo richiesto/residuo [illegible] rata residua, in mesi, alla data di decorrenza della polizza _________________presso Banca … … … … … [illegible] ale cod. ______

PRESO ATTO CHE l'Istituto di credito (Contraente), __________ ha stipulat[illegible] p[illegible] di [illegible]urazio[illegible] a pre[illegible] unico a[illegible]ono aderire facoltativamente i clienti persone fisiche che stipulano o hanno stipula[illegible] con[illegible] di fi[illegible] che sv[illegible]ono, a[illegible] d[illegible] sottoscrizione del presente modulo di adesione, l'attività di lavoratore autonomo o dip[illegible]ente pubblic[illegible] così co[illegible] cond[illegible] di a[illegible]zione. Ai fini della presente polizza collettiva sono parificati ai lavoratori auto[illegible] quanti hann[illegible] contratto di [illegible]ro sub[illegible] a t[illegible]po [illegible]nato ed i dirigenti.

La polizza offre le seguenti garanzie che costi[illegible]ono un unico pac[illegible]

A ***TEMPORANEA PE[illegible] CASO [illegible]RTE***: In [illegible]o di decess[illegible] Assicurato [illegible]ors[illegible] durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammont[illegible]ebito re[illegible] linea [illegible]pitale al momento de[illegible]elativo al finanziamento contratto;

B ***ASSICURAZIO[illegible] DI INVALI[illegible] T[illegible]LE [illegible]RMAN[illegible]TE DERIVANTE DA INFORTUNIO E MALATTIA***: Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante [illegible] co[illegible]dal [illegible] una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di [illegible]omma p[illegible]ntare [illegible]ebito residuo in linea capitale alla data dell'evento relativo al finanziamento contratto;

C ***ASSICURAZIO[illegible] DI INABI[illegible] TEMP[illegible]RANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA:*** Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai qu[illegible] derivi un[illegible]abilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere ad un'attività lavorativa generica per il periodo di inabilità e comunque entro i [illegible]ti stabiliti dalle condizioni contrattuali, la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento pari alle singole rate del finanziamento e non ancora scadute;

La garanzia Temporanea per il caso di morte è prestata da HDI Assicurazioni S.p.A. in coassicurazione con CBA VITA S.p.A. Le garanzie B e C, sono prestate da InChiaro Assicurazioni S.p.A.

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI
CAPITALE ASSICURATO INIZIALE (coincidente con l'importo erogato/residuo del finanziamento) € ________________________________
PREMIO UNICO FINANZIATO SI NO IMPORTO TOTALE * € ___________________________________ di cui:
garanzia A € ____________________ , garanzia B € _________________e garanzia C €____________________
COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO € _________________________ di cui:
COSTI DI INTERMEDIAZIONE € __________________________COSTI PER RIMBORSO PREMIO € 15,00
DECORRENZA _________________________________ SCADENZA ____________________ _____________DURATA (in mesi)______________________
Beneficiari per la garanzia A: eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato. Il pagamento degli indennizzi, relativi alle garanzie B e C viene effettuato a favore dell'Assicurato.
** Il premio è indipendente dall'età e dal sesso.*

DICHIARA:

- **di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto;**
- di prendere atto che i beneficiari della prestazione relativa alla garanzia A sono i propri eredi legittimi o testamentari e che gli indennizzi per le altre garanzie saranno liquidati a lui stesso;
- di autorizzare all'uopo il predetto Istituto a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto ;
- **di avere preso visione dei seguenti documenti - e di accettarli come parte integrante del contratto- contenuti nel fascicolo informativo Mod. PPGBSITT_062016: nota informativa vita, nota Informativa danni comprensiva del glossario, condizioni di assicurazione, glossario vita e presente modulo di adesione;**
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte delle Compagnie, sono veritiere, precise e complete;
- di accettare i requisiti e le modalità di adesione di cui all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- 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;
- **di avere un'età non superiore ai 74 anni compiuti;**
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del finanziamento richiesto o di mancato assenso da parte delle Società all'adesione le coperture richieste non saranno attivate;
- di accettare di sottoporsi a visita medica nei casi previsti all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- di aver ricevuto il questionario sanitario contestualmente al presente modulo di adesione e di averlo debitam[illegible]mp[illegible]o e sottos[illegible]

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal sogge[illegible] a f[illegible] le in[illegible]azio[illegible]chieste pe[illegible]usione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della[illegible]rizi[illegible]el[illegible]onari[illegible] a n i t[illegible] o l[illegible] s[illegible]ggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche[illegible]non[illegible]essan[illegible]s[illegible]al co[illegible]tto, l'A[illegible]pu[illegible] chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettiv[illegible]tato di salut[illegible]

FAC-SIMILE

Luogo e data ______________________________________ Firma____

Io sottoscritto ai sen[illegible]egli Artt. [illegible]1 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 – Dichiarazio[illegible]ell'assicurato ; 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. 1.10 Richiesta per la continuazione del contratto in caso di variazione nel rapporto di finanziamento Art. 1.12 Recesso dell'Assicurato; Art. 1.13 Cambio di attività o professione; Art. 2.3 Rischio di morte; Art. 2.4 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.5 Riscatto; Art. 3.1 Indennizzo; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi; Art. 3.6 Invalidità derivante da malattia durante il periodo di carenza Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.2 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.3 Esclusioni; Art. 4.5 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi.

Luogo e data ______________________________________ Firma____

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 - hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it - Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F., P. IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - 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 Assicurative al n. 1.00022 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

C.B.A V I T A S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA
Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - segreteria@pec.cbavita.com - www.cbavita.com - Capitale Sociale Euro 38.537.146,00 i.v. - C.F./P. IVA e numero d'iscrizione 10288130155 del Reg. Imprese di Milano R.E.A. n. MI -1363580 – Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106. Società con unico azionista, facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetta all'attività di Direzione e Coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.

INCHIARO Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 420 358 – Fax +39 06 420 358 58 – inchiaro.assicurazioni@pec.inchiaro.it – www.inchiaro.it – Capitale sociale € 5.000.000,00 i.v. – Codice Fiscale, Partita IVA e Registro delle imprese di Roma n. 09407131003 – REA di Roma n. 1160354 – Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2548 del 20.09.2007 (G.U. n. 230 del 3.10.2007) ed iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00160 - Società appartenente ad unico socio e facente parte del Gruppo "HDI Assicurazioni" iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015, soggetto all'attività di direzione e coordinamento della HDI Assicurazioni S.p.A.