Nuova CBA Sicurezza PU

(Tar. 510A)

Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte
a capitale costante e a premio unico
differenziato tra fumatori e non fumatori

Il presente Fascicolo Informativo, contenente

- **Nota informativa**
- **Condizioni contrattuali**
- **Glossario**
- **Modulo di proposta**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione

---

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

HDI Assicurazioni

Nota Informativa

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

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

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.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Il patrimonio netto al 31 dicembre 2016 ammonta a 226,09 milioni (di cui 126,75 milioni vita e 99,34 milioni danni), ed è costituito da capitale sociale per 96,00 milioni (di cui 46,00 milioni vita e 50,00 milioni danni) e da riserve patrimoniali per 130,09 milioni (di cui 80,75 milioni vita e 49,34 milioni danni).

La Compagnia ha determinato il Requisito Patrimoniale di Solvibilità ed il Requisito Patrimoniale Minimo al 31 dicembre 2016 secondo quanto previsto dalla vigente normativa Solvency II, entrata in vigore nel 2016.

Il Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 318,50 milioni di Euro ed i Fondi Propri Ammissibili a copertura dello stesso sono pari a 426,65 milioni di Euro. Si registra così una eccedenza di 108,15 milioni di Euro ed un Solvency Ratio pari al 134,0%.

Il Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 143,32 milioni di Euro ed i Fondi Propri Ammissibili a copertura dello stesso sono pari a 384,24 milioni di Euro. Si registra così una eccedenza di 240,92 milioni di Euro ed un Solvency Ratio pari al 268,1%.

La Compagnia ha altresì calcolato il Requisito Patrimoniale Minimo nozionale vita, pari a 68,72 milioni di Euro, ed il Requisito Patrimoniale Minimo nozionale danni, pari a 74,60 milioni di Euro. Entrambi sono coperti con elementi dei Fondi Propri di base appartenenti, in maniera distinta e separata, a ciascuna rispettiva gestione.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Informazioni sulle prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata del presente contratto può essere fissata tra un minimo di 2 ed un massimo di 30 anni, compatibilmente con ***l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto, che non può superare i 65 anni, e di quella a scadenza, che non può superare i 70 anni.***

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Società corrisponde il capitale assicurato ai beneficiari designati in polizza dal Contraente. Il capitale assicurato è costante per tutta la durata del contratto.

Poiché il premio versato serve esclusivamente alla copertura del rischio di morte, l'assicurazione ***non prevede valore di riscatto e nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto.***

Si rinvia all'art. 1 delle Condizioni Contrattuali per ulteriori dettagli.

* C.F. e P.IVA 04349061004

Avvertenza: La stipulazione dell'assicurazione richiede, oltre alla conoscenza delle abitudini di vita dell'Assicurato, il preventivo accertamento delle sue condizioni di salute mediante visita medica ed accertamenti sanitari diversificati in base in base all'ammontare del capitale assicurato.
Accertamenti sanitari specifici sono richiesti per la garanzia relativa al caso di morte dovuto ad infezione da HIV (AIDS e patologie collegate).
L'Assicurando può scegliere di non sottoporsi a visita medica, se la sua età non supera i 60 anni ed il capitale inizialmente assicurato non supera € 200.000,00, limitandosi a compilare un questionario per la valutazione del rischio. In tal caso, però, la garanzia ha inizialmente un'efficacia limitata (periodo di carenza)
Sono in ogni caso esclusi dalla garanzia i casi di decesso dovuti a determinate cause.
Si rinvia agli artt. 11 e 12 delle Condizioni Contrattuali per ulteriori dettagli.
Avvertenza: La valutazione preventiva del rischio da parte della Società si basa anche sul comportamento dell'Assicurato relativamente al fumo. Infatti, se l'Assicurato è un Non Fumatore, il premio richiesto risulta inferiore rispetto a quello applicato ad un Assicurato Fumatore. Lo stato di Non Fumatore deve risultare da apposita dichiarazione rilasciata dall'Assicurato, sotto la responsabilità propria e del Contraente, di non avere mai fumato, neanche sporadicamente, nei 24 mesi che precedono la conclusione del contratto. Qualora l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, nel corso della durata contrattuale, il capitale assicurato viene ridotto come indicato in polizza. Non è invece rilevante la circostanza che l'Assicurato abbia smesso di fumare nel corso della durata contrattuale.
Si rinvia all'art. 7 delle Condizioni Contrattuali per ulteriori dettagli.
La Società si riserva, comunque, la facoltà di accettare i rischi applicando eventuali soprapremi o di rifiutare i rischi stessi. Si ricorda al Contraente di leggere con attenzione le raccomandazioni e avvertenze contenute in proposta relativamente alla compilazione dei moduli riguardanti lo stato di salute dell'Assicurato e alla sottoscrizione delle altre dichiarazioni dell'Assicurato sul proprio comportamento relativamente al fumo.

4. Premi

A fronte delle prestazioni sopra descritte, il presente contratto prevede il pagamento del premio, in unica soluzione, alla data di decorrenza del contratto.
Poiché il premio serve esclusivamente alla copertura del rischio di morte, l'assicurazione ***non prevede valore di riscatto.***
L'importo del premio, che ***non può essere inferiore a 100 euro***, è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'Assicurato e al suo comportamento relativamente al fumo, nonché al suo stato di salute ed alle sue abitudini di vita (professione, attività sportive …) ***che possono comportare l'applicazione di sovrapremi***.
Fermo restando che le parti possono stabilire modalità specifiche per il pagamento del premio, il Contraente dovrà versare il premio alla Società, tramite il competente soggetto abilitato al collocamento, scegliendo una delle seguenti modalità:

- bonifico bancario (anche mediante addebito automatico sul proprio conto corrente, se stabilito contrattualmente dalle parti) con accredito sull'apposito conto corrente intestato alla Società o al competente soggetto abilitato, purché in qualità di intermediario della stessa. In tal caso, la relativa scrittura di addebito ha valore di quietanza;
- assegno bancario o circolare munito di clausola di non trasferibilità emesso all'ordine del competente soggetto abilitato, purché in qualità di intermediario della Società, contro rilascio di apposita quietanza dallo stesso sottoscritta.

È tassativamente vietato il pagamento del premio in contanti, ai sensi della normativa diramata dall'Istituto di Vigilanza.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

5. Costi

5.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

L'assicurazione prevede, direttamente a carico del Contraente, i costi indicati al seguente punto 5.1.1.

Il costo della visita medica e degli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti grava totalmente sul Contraente, che potrà rivolgersi alla struttura sanitaria o medico da lui prescelto.

5.1.1. Costi gravanti sul premio

Tipologia di costo		Onere
A	*Spese di emissione*	*€ 25,00*
B	*Altre spese in cifra fissa*	*€ 5,00 per ogni anno di durata che eccede i 5 anni*
C	*Caricamento sul premio, al netto delle spese di emissione e delle altre spese in cifra fissa*	*15,00%*

5.2 Costi applicati in funzione della modalità di partecipazione agli utili

L'assicurazione non prevede modalità di partecipazione agli utili.

---oooo---

Tipologia di costo		Quota parte percepita in media dagli intermediari
A	*Spese di emissione*	*0%*
B	*Altre spese in cifra fissa*	*0%*
C	*Caricamento sul premio, al netto delle spese di emissione e delle altre spese in cifra fissa*	*66,67%*

6. Misure e modalità di eventuali sconti

Non sono previsti sconti.

7. Regime fiscale

Regime fiscale dei premi

I premi corrisposti in esecuzione del contratto danno diritto ad una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) dichiarato dal Contraente, nella misurai e nei limiti previsti dall'articolo 15 del D.P.R. 917/1986 (Testo Unico delle Imposte sui Redditi) vigente alla data del versamento . Nel plafond di detraibilità previsto dalla normativa fiscale rientrano anche i premi delle assicurazioni sulla vita o contro gli infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001.

Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, se diverso dal Contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.

Regime fiscale delle prestazioni assicurate

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

In ogni caso le somme corrisposte a persone giuridiche esercenti attività commerciali concorrono a formare il reddito d'impresa restando assoggettate all'ordinaria tassazione.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Modalità di perfezionamento del contratto

Le modalità di perfezionamento del contratto e la data di decorrenza delle coperture assicurative sono definite all'art. 4 delle Condizioni Contrattuali.

9. Riscatto e riduzione

Il presente contratto non riconosce alcun valore di riduzione o riscatto.

10. Revoca della proposta

Fino al momento in cui il contratto non è concluso, il Proponente ha facoltà di revocare la proposta di assicurazione, dandone comunicazione alla Società: HDI Assicurazioni S.p.A. – Direzione Generale – Via Abruzzi, 10 – 00187 Roma, telefono 02.8917.2340, fax 02.8917.2350, e-mail: LineaCBA@hdia.it oppure hdi.assicurazioni@pec.hdia.it.

Entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione, la Società rimborsa le somme eventualmente già pagate all'atto della sottoscrizione della proposta.

11. Diritto di recesso

Entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente può recedere dal contratto, dandone comunicazione alla Società: HDI Assicurazioni S.p.A. – Direzione Generale – Via Abruzzi, 10 – 00187 Roma, telefono 02.8917.2340, fax 02.8917.2350, e-mail: LineaCBA@hdia.it oppure hdi.assicurazioni@pec.hdia.it oppure presentando la richiesta alla Società per il tramite dello sportello bancario cui è appoggiato il contratto. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio di invio della e-mail o della raccomandata ovvero dalla data di presentazione della richiesta all'intermediario.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio versato, diminuito di € 25,00, a fronte delle spese sostenute e della parte di premio corrispondente al rischio corso dalla Società nel periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

12. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termine di prescrizione

La documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni è indicata all'art. 10 delle Condizioni Contrattuali.

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

Avvertenza: Ai sensi dell'art. 2952 c.c., i diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni (termine di prescrizione) dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Pertanto, il decorso del termine di dieci anni, se non adeguatamente sospeso o interrotto, determina l'estinzione dei diritti derivanti dal contratto; si precisa che gli importi dovuti dalla Società in base al contratto di cui alla presente Nota informativa - e non reclamati dagli aventi diritto entro il suddetto termine di dieci anni - sono devoluti per legge al Fondo dormienti istituito dalla L.23/12/2005 n. 266 e successive modifiche e integrazioni.

13. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

Di seguito vengono richiamati alcuni aspetti normativi di particolare rilievo:

13.1 Foro competente

Per le controversie relative al contratto, il Foro giudiziario competente è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

13.2 Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'articolo 1923 del Codice Civile, le somme dovute dalla Società in virtù dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili, fatte salve specifiche disposizioni di legge.

13.3 Diritto proprio dei Beneficiari designati

Ai sensi dell'articolo 1920 del Codice Civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Società. Pertanto, le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

13.4 Trattamento dei dati personali

I dati personali del Contraente, Assicurato e Beneficiario sono trattati dalla Società in conformità a quanto previsto dalla normativa in materia di protezione dei dati personali.

13.5 Normativa Antiriciclaggio

Al presente contratto si applicano le disposizioni di cui al D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche e/o integrazioni, in base alle quali la Società è tenuta a verificare, attraverso l'accertamento dell'identità ed affidabilità del cliente (adeguata verifica della clientela), che il contratto e le operazioni ad esso connesse non perseguano finalità di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo. Il contraente deve quindi fornire alla Società, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie a consentirle di adempiere a tali obblighi, in mancanza delle quali non sarà possibile, per espressa disposizione di legge, dar corso alla sottoscrizione del contratto o alla diversa operazione richiesta, con conseguente risoluzione del rapporto eventualmente in essere e restituzione al contraente di quanto di sua spettanza (art. 23 del Decreto).

14. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto ed ogni documento ad esso allegato sono redatti in lingua italiana.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri 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 del Consumatore – Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, Fax 06.42.133.206, tutela.consumatore@pec.ivass.it**, anche utilizzando l'apposito modulo disponibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER IL CONSUMATORE – Come presentare un reclamo".**

I reclami indirizzati all'IVASS devono riportare:

- **i dati anagrafici del reclamante (nome, cognome, indirizzo postale – se disponibile anche indirizzo PEC - eventuale recapito telefonico);**
- **l'indicazione dell'impresa di assicurazione di cui si lamenta l'operato;**
- **una chiara e sintetica descrizione del motivo di lamentela;**
- **la copia del reclamo già trasmesso all'impresa o all'intermediario e dell'eventuale risposta ricevuta e di eventuali altri documenti utili alla trattazione del caso.**

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è anche possibile attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internalmarket/finservices-retail/finnet/index en.htm).

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi di risoluzione delle controversie:

- **mediazione (Dlgs. 28/2010 e successive eventuali modifiche): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it.**
- **negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n.162 e successive eventuali modifiche): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.**

Resta, in ogni caso, salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria previo ricorso al procedimento di mediazione che costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

16. Informativa in corso di contratto

Ai sensi del Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013, la Società ha attivato nella home page del proprio sito internet (www.hdiassicurazioni.it) un'area riservata a cui l'Investitore-contraente può accedere per la consultazione on line della propria posizione contrattuale. Le istruzioni per ottenere le credenziali necessarie all'accesso sono riportate nell'area riservata stessa.
La Società si impegna a comunicare per iscritto al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella presente Nota informativa, intervenute per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto. Per la consultazione degli aggiornamenti dei dati patrimoniali dell'Impresa di cui al punto 2 della presente Nota Informativa nonché per tutti gli altri aggiornamenti non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet della Società: www.hdiassicurazioni.it.

17. Comunicazioni del Contraente alla Società

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti **a comunicare tempestivamente alla Società – con lettera raccomandata A.R. o inviando una e-mail a LineaCBA@hdia.it oppure hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - ogni cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato stesso**.
Qualora il cambiamento di professione o di 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 far cessare gli effetti del contratto o, rispettivamente, di ridurre la somma assicurata, ai sensi dell'art. 1926 c.c.
Inoltre, ***se l'Assicurato, dichiaratosi Non Fumatore, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, il medesimo ed il Contraente sono tenuti a darne comunicazione alla Società entro 30 giorni.***
Si rinvia all'art. 7 delle Condizioni Contrattuali per ulteriori dettagli.

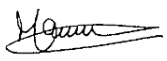
18. Conflitto di interessi

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, la Società opererà in modo da non recare pregiudizi ai Contraenti e da ottenere per gli stessi il miglior risultato possibile.

***

HDI Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità dei dati e delle notizie contenuti nella presente scheda sintetica.

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

LINEA CBA

Condizioni contrattuali

PARTE I - OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 1 - Prestazioni assicurate

Con la presente assicurazione la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati il capitale assicurato, qualora il decesso dell'Assicurato si verifichi prima della scadenza contrattuale; ***altrimenti, alla scadenza stessa l'assicurazione si risolve ed il premio pagato resta acquisito dalla Società*** in corrispettivo del rischio corso.

L'ammontare del capitale assicurato, indicato in polizza, si mantiene costante per tutta la durata del contratto, salvo la sua eventuale riduzione a causa dell'aggravamento del rischio conseguente alla perdita dello stato di Non Fumatore, di cui all'art. 7.

Art. 2 - Esclusioni e limitazioni

La garanzia per il caso di morte è operante, senza limiti territoriali, qualunque sia la causa del decesso, **fatte salve le esclusioni e le limitazioni descritte agli articoli 11 e 12.**

Art. 3 - Premio

Il premio indicato in polizza è dovuto dal Contraente, in unica soluzione, alla data di decorrenza del contratto.

Fermo restando che le parti possono stabilire modalità specifiche per il pagamento del premio, il Contraente dovrà versare il premio alla Società, tramite il competente soggetto abilitato al collocamento, scegliendo una delle seguenti modalità:

- bonifico bancario (anche mediante addebito automatico sul proprio conto corrente, se stabilito contrattualmente dalle parti) con accredito sull'apposito conto corrente intestato alla Società o al competente soggetto abilitato, purché in qualità di intermediario della stessa. In tal caso, la relativa scrittura di addebito ha valore di quietanza;
- assegno bancario o circolare munito di clausola di non trasferibilità emesso all'ordine del competente soggetto abilitato, purché in qualità di intermediario della Società, contro rilascio di apposita quietanza dallo stesso sottoscritta.

È tassativamente vietato il pagamento del premio in contanti, ai sensi della normativa diramata dall'Istituto di Vigilanza.

PARTE II - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DIRITTO DI RECESSO

Art. 4 - Conclusione del contratto, entrata in vigore e scadenza dell'assicurazione

Il contratto si intende concluso nel giorno in cui:

- la polizza, firmata dalla Società, viene sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato, oppure
- il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve dalla Società la polizza debitamente firmata o altra comunicazione scritta attestante l'assenso della Società stessa.

Le garanzie entrano in vigore, a condizione che sia stato versato il premio, alle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o della data di decorrenza indicata in polizza, se successiva**. Nel caso in cui il versamento del premio sia effettuato successivamente alla data di conclusione del contratto e alla data di decorrenza indicata in polizza, le garanzie entrano in vigore alle ore 24 del giorno del versamento.**

In ogni caso sono fatti salvi i periodi di carenza delle garanzie esplicitamente previsti.

L'assicurazione termina alle ore 24 della data di scadenza indicata in polizza.

Art. 5 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.
In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Società, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, **la Società stessa si riserva:**

- **di impugnare il contratto e quindi, in caso di sinistro, di rifiutare il pagamento della prestazione**, ai sensi dell'art. 1892 c.c., **quando esiste malafede o colpa grave;**
- **di recedere dal contratto o, in caso di sinistro, di ridurre la somma da pagare,** ai sensi dell'art. 1893 c.c., **quando non esiste malafede o colpa grave.**

Trascorsi 180 giorni dall'entrata in vigore delle garanzie, la stessa può agire, come previsto al precedente comma, esclusivamente quando esiste malafede o colpa grave, oppure quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze riguardano il comportamento dell'Assicurato relativamente al fumo.
L'inesatta o incompleta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato, se rilevante ai fini delle prestazioni, comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.

Art. 6 - Diritto di recesso
Il Contraente può recedere dal contratto **entro 30 giorni** dalla sua conclusione, dandone comunicazione alla Società via **e-mail** a LineaCBA@hdia.it oppure hdi.assicurazioni@pec.hdia.it o a mezzo **lettera raccomandata A.R.** indirizzata a HDI Assicurazioni S.p.A. – Direzione Generale – Via Abruzzi, 10 – 00187 Roma, telefono 02.8917.2340, fax 02.89172350 oppure presentando la richiesta alla Società per il tramite dello sportello bancario cui è appoggiato il contratto.
Il recesso libera entrambe le parti da ogni obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della richiesta.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso**,** la Società rimborsa al Contraente il premio versato, **diminuito della quota dello stesso corrispondente al periodo nel quale le garanzie sono state in vigore e di € 25,00 a fronte delle spese sostenute per l'emissione del contratto.**

PARTE III - REGOLAMENTAZIONE NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

Art. 7 - Perdita dello stato di Non Fumatore - Cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato
Se l'Assicurato, dichiaratosi Non Fumatore al momento della conclusione del contratto, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, il medesimo ed il Contraente sono tenuti a darne comunicazione alla Società, entro 30 giorni, via **e-mail** a LineaCBA@hdia.it oppure hdi.assicurazioni@pec.hdia.it o a mezzo **lettera raccomandata A.R.** indirizzata a HDI Assicurazioni S.p.A. – Direzione Generale – Via Abruzzi, 10 – 00187 Roma, telefono 02.8917.2340, fax 02.89172350**.**
Dalla data della comunicazione, quale risulta dal timbro postale della raccomandata, **il capitale assicurato si riduce** all'importo indicato in polizza con la denominazione "Capitale ridotto in caso di perdita dello stato di Non Fumatore".
L'Assicurato e il Contraente sono, inoltre, tenuti a comunicare tempestivamente alla Società – con lettera raccomandata A.R. o inviando una e-mail a LineaCBA@hdia.it oppure hdi.assicurazioni@pec.hdia.it- ogni cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato stesso.
Qualora il cambiamento di professione o di attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, **la Società stessa si riserva di applicare quanto previsto dall'art. 1926 c.c.**
In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze riguardanti, **la Società si riserva di applicare quanto previsto dagli articoli 1892 e 1893 c.c.**

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze riguardanti il comportamento dell'Assicurato relativamente al fumo o la sua professione o attività ed i loro eventuali cambiamenti, **la Società si riserva di applicare quanto previsto dagli articoli 1892 e 1893 c.c..**

Art. 8 - Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti, per avere efficacia nei confronti della Società, **devono risultare dalla polizza o da appendice alla stessa ed essere firmati dalle parti interessate.**

Nel caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle suddette garanzie richiede l'assenso scritto del pignoratario o vincolatario.

PARTE IV - BENEFICIARI E PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Art. 9 - Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

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

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

In tali casi il recesso e le operazioni di pegno o vincolo di polizza, richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali revoche o modifiche **devono essere comunicate per iscritto alla Società, anche se disposte per testamento, e non possono essere alla stessa opposte fino al momento della loro comunicazione.**

.

Art. 10 - Pagamenti della Società e documentazione richiesta

In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza dovranno essere presentati alla Società i documenti di seguito specificati necessari a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto

- richiesta di pagamento, sottoscritta da ciascun avente diritto, nella quale siano indicati i dati identificativi di ognuno di essi;
- fotocopia fronte retro di un documento di identità valido e del codice fiscale di ciascun avente diritto; se l'avente diritto è una persona giuridica, fotocopia fronte retro di un documento di identità valido e del codice fiscale del suo Legale Rappresentante accompagnata dalla documentazione idonea a provare il potere di rappresentanza; se l'avente diritto è minorenne o incapace, fotocopia fronte retro di un documento di identità valido e del codice fiscale di chi esercita la potestà parentale / Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno;
- eventuale dichiarazione dell'avente diritto sulla percezione della liquidazione in relazione ad attività commerciali, ai fini della corretta tassazione dei proventi corrisposti a persone fisiche o ad enti non commerciali;
- certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- relazione medica attestante le cause del decesso, redatta dal medico curante dell'Assicurato anche utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società;

- copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali ricoveri dell'Assicurato in ospedali o case di cura e/o eventuali referti di pronto soccorso, con particolare riferimento ai documenti contenenti la diagnosi della malattia che ha portato al decesso dell'Assicurato;
- copia dell'eventuale referto dell'Autorità di Pubblica Sicurezza o Giudiziaria dal quale si possano desumere le circostanze del decesso dell'Assicurato, nel caso di sua morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio);
- se i beneficiari designati non sono nominativamente individuati e l'Assicurato deceduto era anche il Contraente:
  - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, con firma autenticata da Pubblico Ufficiale,
    - da cui risulti, per quanto a conoscenza del dichiarante, se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento, gli estremi dell'eventuale testamento e che è l'unico o l'ultimo conosciuto, valido e non impugnato,
    - e riporti le generalità complete degli aventi diritti, con indicazione del loro eventuale grado di parentela con l'Assicurato, della loro data di nascita e della loro capacità di agire;
  - copia autentica dell'eventuale testamento, completa del relativo verbale di pubblicazione;
- originale o copia conforme all'originale dell'eventuale Decreto del Giudice Tutelare che autorizza chi esercita la potestà parentale / Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno a riscuotere il capitale destinato a Beneficiari minorenni o incapaci e dispone le modalità per il reimpiego di tale capitale ed esonera la Società da ogni responsabilità al riguardo.
- se la polizza è vincolata o sottoposta a pegno, comunicazione di svincolo redatta e sottoscritta dal vincolatario o benestare del creditore pignoratizio, che autorizzi il pagamento all'avente diritto o indichi l'ammontare del debito residuo vantato.

La Società si riserva di richiedere ulteriore documentazione, specificandone la motivazione, solo in presenza di situazioni particolari che ne rendano necessaria o opportuna l'acquisizione prima di procedere al pagamento, in considerazione di particolari esigenze istruttorie, ovvero al fine di adempiere a specifiche disposizioni di legge. In particolare, l'originale della polizza verrà richiesto dalla Società solo quando il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione in possesso della Società o quando la Società contesti l'autenticità della polizza.

La Società si impegna comunque a non richiedere documentazione non necessaria o di cui già dispone, avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti con l'avente diritto e che risulti ancora in corso di validità. La Società si impegna, inoltre, ad acquisire direttamente la documentazione di carattere sanitario o giudiziaria sopra indicata qualora il Beneficiario abbia particolari difficoltà a reperirla e, in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato, ne faccia esplicita richiesta alla Società.

La richiesta di pagamento, corredata della documentazione suddetta, può essere inviata direttamente alla Società – via e-mail a LineaCBA@hdia.it oppure hdi.assicurazioni@pec.hdia.it o a mezzo di raccomandata A.R. indirizzata alla sede della stessa - oppure presentata alla Società per il tramite dello sportello bancario cui è appoggiato il contratto.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la somma dovuta viene messa a disposizione degli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui sia stata ricevuta tutta la documentazione richiesta, comprensiva delle informazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa[1]. Decorso tale termine - ed a partire dal medesimo - sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto sino alla data di effettivo pagamento, calcolati al tasso legale determinato ai sensi di legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

Le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

[1] Ad esempio per adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07)

Tutti i pagamenti dovuti dalla Società in esecuzione del contratto vengono effettuati presso la sede della stessa o del competente intermediario incaricato o attraverso accredito della somma dovuta sul conto corrente indicato dall'avente diritto e a lui intestato, contro rilascio di regolare quietanza.
Il pagamento di quanto dovuto dalla Società mediante accredito sul conto corrente indicato dall'avente diritto, anche in assenza di apposita quietanza, libera la Società da qualsiasi obbligazione nei confronti dell'avente diritto.

PARTE V - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

Art. 11 - Esclusioni
Sono esclusi dalla garanzia i casi di decesso derivanti direttamente o indirettamente da:

- **dolo del Contraente o dei Beneficiari;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi o ad azioni criminali;**
- **stato di ubriachezza o uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;**
- **suicidio se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dalla data dell'eventuale riattivazione del contratto;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a missioni umanitarie, militari o civili, fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o di guerra civile, atti di terrorismo, disordini civili, tumulti popolari, insurrezioni, sommosse o a qualsiasi operazione militare;**
- **eventi avvenuti in uno qualsiasi dei paesi indicati come paesi a rischio (consultabili sul sito internet www.viaggiaresicuri.it) e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. Qualora l'indicazione venga diramata dal Ministero mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è operante per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;**
- **radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;**
- **incidente di volo, se l'assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio oppure se viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;**
- **guida di veicoli o natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta da non più di 6 mesi ma per la quale l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo.**

Salvo deroghe espressamente accordate dalla Società, **sono esclusi dalla garanzia i casi di decesso causato da:**

- **lo svolgimento di una delle seguenti attività professionali pericolose: operaio/addetto all'utilizzo di esplosivi; minatore; operaio/addetto all'estrazione, produzione e rimozione di amianto; giornalista, reporter e fotoreporter operante in area di conflitto; personale delle forze dell'ordine e forze armate operante in area di conflitto, appartenente ad unità speciali o corpi speciali (nocs, sommozzatori, artificieri ecc) o imbarcato su sottomarini; piloti di aeromobili e relativo personale di bordo.**
- **la pratica, a qualsiasi livello, anche per insegnamento o in qualità di sportivo professionista, delle seguenti attività sportive: Alpinismo oltre 3° grado di difficoltà scala UIAA e oltre 4000 metri di altezza, sport subacquei, sci alpinismo, snowboard acrobatico e/o estremo, automobilismo, motociclismo, motonautica, paracadutismo, speleologia, sport estremi (base jumping, canyoning/torrentismo, hydrospeed, downhill, bungee jumping/repelling, canoa/rafting), volo su aliante, deltaplano, parapendio.**

In ogni caso, qualora il decesso dell'Assicurato sia dovuto ad una delle cause escluse dalla garanzia, **il contratto si risolve** e la Società corrisponde ai Beneficiari una somma pari all'ammontare dei premi versati dal Contraente al netto della quota parte degli stessi corrispondente al periodo nel quale le garanzie sono state in vigore.

Art. 12 - Limitazioni della garanzia – periodo di carenza

La piena efficacia della garanzia per il caso di morte è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia preventivamente sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società. Nel caso in cui l'Assicurato, previo assenso della Società, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica, la garanzia per il caso di morte è soggetta ad un periodo di carenza di 180 giorni dall'entrata in vigore delle garanzie. Il periodo di carenza è esteso a sette anni per i casi di decesso dovuti a infezione - inclusa la sieropositività - da qualsiasi virus di immunodeficienza umana (HIV) o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e patologie collegate se l'Assicurato non si è sottoposto alle analisi richieste volte ad accertare l'esistenza della positività al virus HIV.

Qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato durante il periodo di carenza, **il contratto si risolve e la Società corrisponde ai Beneficiari una somma pari all'ammontare del premo versato dal Contraente al netto della quota parte dello stesso corrispondente al periodo nel quale le garanzie sono state in vigore.**

La suddetta limitazione di garanzia non si applica esclusivamente nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sotto specificate, purché sopravvenuta dopo l'entrata in vigore delle garanzie:

- una delle seguenti malattie infettive acute: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- shock anafilattico;
- infortunio, inteso come il trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili.

PARTE VI - LEGGE APPLICABILE E FISCALITÀ

Art. 13 - Obblighi della Società, del Contraente, Legge applicabile

Gli obblighi contrattuali della Società e del Contraente risultano dall'originale di polizza e dalle eventuali appendici firmate dalle parti. Per tutto quanto non disciplinato dal contratto, valgono le norme della legge italiana.

Art. 14 - Obblighi di restituzione ai sensi della Normativa Antiriciclaggio

Qualora la Società, con riferimento al contratto in via di sottoscrizione o a qualsiasi successiva operazione ad esso connessa, non riceva la documentazione richiesta al fine di ottemperare agli obblighi di adeguata verifica della clientela di cui alla normativa antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07 e successive modifiche e integrazioni), **si riserva il diritto di non dar corso alla sottoscrizione del contratto o alla diversa operazione richiesta, con conseguente risoluzione del rapporto eventualmente in essere** e restituzione al contraente di quanto di sua spettanza, tramite bonifico sul conto corrente bancario dallo stesso indicato, senza che ciò costituisca inadempimento contrattuale da parte della Società.

Art. 15 - Foro competente

Per le controversie relative al contratto il Foro giudiziario competente è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

Art. 16 - Tasse e imposte

Le tasse e le imposte presenti e future dovute sui premi, sui pagamenti effettuati dalla Società ed in genere sugli atti dipendenti dal contratto, sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed Aventi diritto.

Glossario

Appendice

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la società ed il Contraente.

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Carenza

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avviene in tale periodo, la società non corrisponde la prestazione assicurata.

caricamenti

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della società.

cessione, pegno e vincolo

Condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

compagnia Vedi "società".

condizioni contrattuali (o di assicurazione o di polizza)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

contraente

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla società.

conflitto di interessi

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

Decorrenza della garanzia

Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

detraibilità fiscale (del premio versato)

Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.

dichiarazioni precontrattuali

Informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente e/o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

diritto proprio (del beneficiario)

Diritto del beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

durata del pagamento dei premi

Periodo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal contratto stesso.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

età assicurativa

Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

Impignorabilità e insequestrabilità

Principio secondo cui le somme dovute dalla società al Contraente o al beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

impresa di assicurazione

Vedi "società".

infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

IVASS - ISVAP

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni già Istituto per la Vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

Liquidazione

Pagamento al beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Margine di solvibilità disponibile

Rappresenta il patrimonio dell'impresa, libero da qualsiasi impegno prevedibile ed al netto degli elementi immateriali.

margine di solvibilità richiesto

Rappresenta l'ammontare minimo del patrimonio netto del quale l'impresa deve costantemente disporre, secondo quanto previsto dalla normativa comunitaria in materia di assicurazioni

Nota informativa

Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla società, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Pegno

Vedi "cessione".

perfezionamento del contratto

Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.

periodo di copertura (o di efficacia)

Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

polizza

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

premio

Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.

proposta

Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario per la valutazione del rischio

Modulo costituito da domande sullo stato di salute, sulle abitudini di vita e sulle attività professionali e sportive svolte dell'assicurato che la società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

quietanza

Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio.

Recesso (o ripensamento)

Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

revoca
Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.
riattivazione
Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di polizza, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.
ricorrenza annuale
L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del contratto.
sinistro
Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
società (di assicurazione)
Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.
soggetto abilitato dalla Società al collocamento
Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.
sovrappremio
Maggiorazione di premio richiesta dalla società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

stato di Non Fumatore
Persona che non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nei 24 mesi che precedono la conclusione del contratto.

Vincolo

Vedi "cessione".

HDI Assicurazioni

LINEA CBA

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE	N.
PRODOTTO	Questo è il numero attribuito alla presente proposta, cui entrambe le parti faranno riferimento - qualora non sia di seguito indicato il numero di polizza definitivo – fino a comunicazione da parte della Società della numerazione definitiva della polizza.
DISTRIBUTORE	CODICE / CODICE FILIALE E PRODUTTORE

CONTRAENTE

COGNOME E NOME (del Contraente o del legale rappresentante)	CODICE FISCALE	SESSO
DATA DI NASCITA / LUOGO DI NASCITA / PROVINCIA		STATO
RESIDENZA (via e numero civico)	C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA	STATO
TIPO (CI | PT | PS | TP | PA | AA) / ESTREMI DOCUMENTO	DATA RILASCIO	RILASCIATO DA (ente e luogo)

CODIFICA TIPO DOCUMENTO DI IDENTITA': CI = Carta di identità; TP = Tessera postale; PT = Patente; PA = Porto d'armi; PS = Passaporto; AA = Altri documenti

Nel caso in cui il Contraente sia un'impresa

RAGIONE SOCIALE	CODICE FISCALE
RESIDENZA (via e numero civico)	C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA / STATO

ASSICURATO

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	SESSO
DATA DI NASCITA / LUOGO DI NASCITA / PROVINCIA		STATO
RESIDENZA (via e numero civico)	C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA	STATO
PROFESSIONE		ETA'

BENEFICIARI

IN CASO DI VITA

IN CASO DI MORTE

CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

DATA DECORRENZA	DURATA (anni / mesi)	DATA SCADENZA	PAGAMENTO PREMI (Durata (anni) / frequenza)	DATA SCADENZA ULTIMO PREMIO

PRESTAZIONE INIZIALE ASSICURATA	PREMIO GARANZIA BASE	PREMIO GARANZIE COMPLEMENTARI	PREMIO TOTALE

	NETTO	DIRITTI	SPESE EMIS.	IMPOSTE	TOTALE
PREMIO DA CORRISPONDERE					
PREMIO UNICO O RATA DI PERFEZIONAMENTO					
PREMIO AGGIUNTIVO					
RATE SUCCESSIVE DA					

NOTE E CONDIZIONI PARTICOLARI – Spazio riservato per eventuali indicazioni o richieste del Contraente (appendici, vincoli, caricamenti, carenza, ecc)

FIRMA DEL COLLOCATORE

FIRMA DELL'ASSICURATO (se diverso dal contraente)

FIRMA DEL CONTRAENTE

HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 – 00187 Roma (I) - Telefono +39 06 421 031 Fax +39 06 4210 3500 – hdiassicurazioni@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

HDI Assicurazioni

LINEA CBA

REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

La presente proposta può essere revocata entro la data di conclusione del contratto, dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata indirizzata al seguente recapito: HDI Assicurazioni S.p.A – Via Abruzzi 10, - 00187 Roma oppure inviando una e-mail a hdi.assicurazioni@pec.hdia.it oppure LineaCba@hdia.it .

Il Contraente può recedere dal contratto, nei giorni successivi alla conclusione del contratto, dandone comunicazione alla Società, per il tramite dello sportello bancario cui è appoggiato il contratto oppure inviando una e-mail a hdi.assicurazioni@pec.hdia.it oppure LineaCba@hdia.it o una lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: HDI Assicurazioni S.p.A – Via Abruzzi 10, - 00187 Roma allegando l'originale di polizza e le eventuali appendici.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Contraente dovrà versare il premio alla Società scegliendo una delle seguenti modalità:

☒ Bonifico bancario (anche mediante addebito automatico sul proprio conto corrente) con accredito sull'apposito conto corrente intestato alla Società;

☐ Bonifico bancario con accredito sull'apposito conto corrente intestato al competente soggetto abilitato al collocamento, purché in qualità di intermediario della Società.

☐ Assegno bancario o circolare munito di clausola di non trasferibilità emesso all'ordine competente soggetto abilitato al collocamento, purché in qualità di intermediario della Società, contro rilascio di apposita quietanza dallo stesso sottoscritta.

AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE DEI MODULI RIGUARDANTI LO STATO DI SALUTE

a) **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;**
b) **prima della loro sottoscrizione, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l' esattezza delle dichiarazioni in essi riportate;**
c) **anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

Data _____

FIRMA DEL CONTRAENTE

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE
(spazio riservato a dichiarazioni ai fini di approvazioni specifiche)

- **dichiara di aver ricevuto e preso visione dei singoli documenti contenuti nel FASCICOLO INFORMATIVO relativo al prodotto (NOTA INFORMATIVA, CONDIZIONI CONTRATTUALI, GLOSSARIO e MODULO DI PROPOSTA) - Mod.**

Data _____

FIRMA DEL CONTRAENTE

Il sottoscritto Contraente

autorizza ad addebitare i premi sul conto corrente IBAN N.

e a bonificare contestualmente l'importo a HDI Assicurazioni S.p.A

Data _____

FIRMA DEL CONTRAENTE

HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 – 00187 Roma (I) - Telefono +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