

Assicurazione Invalidità totale e permanente e Assicurazione Inabilità temporanea totale
Documento informativo relativo al prodotto assicurativo Danni (DIP Danni) – data di aggiornamento: 23/05/2022

Compagnia: HDI Assicurazioni, Piazza Guglielmo Marconi, n. 25 – 00144 – Roma; Tel. +39 06 421 031 sito internet: www.hdiassicurazioni.it; pec: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it.
Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione con Sede Legale in Italia con numero 1.00022

Prodotto: polizza Prestito Plus
(Lavoratore autonomo)

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

E' un'assicurazione collettiva danni ad adesione facoltativa abbinata al finanziamento. Le garanzie Danni sono vendute esclusivamente in modo congiunto con la garanzia Vita costituendo così un unico pacchetto assicurativo.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Assicurazione di invalidità totale e permanente derivante da infortunio e da malattia: qualora l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale, da cui derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, viene corrisposta una somma pari all'ammontare del debito residuo – relativo al finanziamento stipulato - in linea capitale alla data dell'evento o della diagnosi della malattia.

- ✓ Assicurazione di inabilità temporanea totale: qualora l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale, da cui derivi una inabilità temporanea in misura totale della sua capacità ad attendere ad una attività lavorativa, viene corrisposta una somma pari alle rate di rimborso del finanziamento che hanno scadenza nel periodo di inabilità fino ad un massimo di 18 indennizzi.

La determinazione della prestazione e degli indennizzi, per entrambe le assicurazioni, avviene esclusivamente sulla base del piano di ammortamento del debito residuo rilasciato dalla Banca successivamente al verificarsi dell'evento assicurato.

L'assicurazione è rivolta ad un gruppo di persone con caratteristiche omogenee e formato da tutti i Clienti degli Istituti di Credito appartenenti a Banca Sella che hanno stipulato o stipulano un contratto di finanziamento e che svolgono, al momento della sottoscrizione del modulo di adesione, l'attività di lavoratore autonomo o dipendente pubblico.

Per lavoratore autonomo si intende chiunque ai fini dell'imposta IRPEF presenti una dichiarazione che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente e che compori denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (reddito di lavoro autonomo) e 51 (reddito di impresa) del D.P.R. n. 917/1986 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone. Sono parificati ai lavoratori autonomi, quanti hanno un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, i dirigenti ed i dipendenti pubblici.

In caso di cointestazione del contratto di finanziamento, il numero massimo di cointestatari assicurabili è pari a due ed ognuno aderisce con un modulo di adesione distinto. Sono previste due opzioni: se assicurato un solo cointestatario, l'indennizzo è pari all'importo del debito residuo alla data di decorrenza o, in caso di inabilità, è pari al 100% della rata del finanziamento mensile; se assicurati tutti i cointestatari, l'indennizzo è pari all'importo del debito residuo alla data di decorrenza ripartito in quote uguali o, in caso di inabilità, è pari al 50% della rata del finanziamento mensile.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ il soggetto che ha stipulato un finanziamento per un periodo non compreso tra 12 e 120 mesi;
- ✗ il soggetto che, alla stipula del finanziamento, abbia un'età non compresa tra 18 e 74 anni e che, alla scadenza del contratto, superi i 75 anni;
- ✗ il lavoratore dipendente privato con contratto a tempo indeterminato incluso il contratto regolato da legge estera;
- ✗ il socio di cooperative o non lavoratore;
- ✗ chi non esercita alcuna attività lavorativa compresi i pensionati;
- ✗ il lavoratore con contratto presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado.



Ci sono limiti di copertura?

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

- ! comportamenti autolesionistici o dolosi dell'Assicurato;
- ! etilismo, abuso di psico-farmaci o uso sostanze di stupefacenti;
- ! infermità o malattie mentali, HIV/AIDS;
- ! eventi catastrofici (quali guerre, sommosse, sismi, disastri nucleari o naturali);
- ! attività sportive compiute a livello professionistico e/o particolarmente pericolose;
- ! infortuni o situazioni patologiche già accaduti o insorte precedentemente alla data iniziale della copertura.

E' previsto un periodo di carenza di 60 giorni.

In caso di inabilità temporanea totale sono esclusi gli infortuni o le malattie causati o che siano conseguenza di:

- ! comportamenti autolesionistici o dolosi dell'Assicurato;
- ! ubriachezza, abuso di psicofarmaci o uso di sostanze stupefacenti;
- ! infermità o malattie mentali, HIV/AIDS;
- ! eventi catastrofici (quali guerre, sommosse, sismi, disastri nucleari o naturali);
- ! attività sportive compiute a livello professionistico e/o particolarmente pericolose;
- ! infortuni o situazioni patologiche già accaduti o insorte precedentemente alla data iniziale della copertura;
- ! trattamenti medici e/o chirurgici di carattere estetico.

E' previsto un periodo di carenza di 60 giorni.



Dove vale la copertura?



La copertura non prevede limiti territoriali.



Che obblighi ho?

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

L'Assicurato, in caso di cambiamento di attività o di stato professionale in corso di contratto, deve dare comunicazione scritta alla Società, nonché Banca allegando copia di un documento attestante l'avvenuta variazione.

In caso di invalidità totale e permanente è necessario presentare per la liquidazione della prestazione, i seguenti documenti:

- copia del documento di identità in corso di validità;
- domanda che contenga la denuncia dell'evento, con precisazione del luogo, giorno, e causa dell'evento, e le indicazioni che permettano di identificare la propria posizione assicurata;
- verbale dell'autorità eventualmente intervenuta sul luogo dell'incidente;
- certificato della commissione medica che non presenti termini di rivedibilità;
- documentazione sanitaria,
- dichiarazione della Banca attestante l'importo residuo del finanziamento alla data dell'evento assicurato (dichiarazione non richiesta per denunce successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga del finanziamento da parte di altro Istituto di Credito).
- per ipotesi di reato, eventuale documentazione giudiziaria o autorizzazione alla Società di poterla acquisire.

In caso di inabilità temporanea totale è necessario presentare per la liquidazione della prestazione, i seguenti documenti:

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



Quanto e come devo pagare?

Il premio unico anticipato, il cui onere economico è a carico dell'Assicurato, è dovuto dal Contraente alla Società tramite bonifico bancario e può essere, eventualmente, finanziato. L'importo del premio dipende dalla garanzia prestata, dalla durata residua e dal capitale residuo del finanziamento e non è differenziato in base al fattore età e sesso. Non è previsto il frazionamento del premio. Non sono previsti sconti, riverse, riscatti e riduzioni.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

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

- il finanziamento sia stato effettivamente erogato e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto;
- la Società abbia dato preventiva accettazione del rischio alla Banca in caso di adesione subordinata all'esito positivo della valutazione della documentazione medica.

Qualora il finanziamento sia successivo alla data di decorrenza indicata sul Modulo di adesione, le garanzie decorreranno a far data dal giorno di erogazione del finanziamento, ferma la durata delle garanzie come indicata nel Modulo di adesione stesso.

La durata dell'assicurazione è pari alla durata residua del finanziamento e non potrà, comunque, essere inferiore a 12 mesi e superiore a 120 mesi.

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

Il contratto finisce in ogni caso:

- al pagamento della prestazione relativa all'Invalidità totale e permanente da infortunio e malattia;
- in caso di decesso dell'Assicurato;
- in caso di esercizio del diritto di recesso;
- in caso di estinzione anticipata totale/surroga/accollo del finanziamento, ferma la facoltà del cliente di richiedere la prosecuzione del contratto.



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può recedere dal contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Inoltre, l'Assicurato, qualora il contratto abbia durata superiore ai cinque anni, trascorso il quinquennio, può recedere dalle garanzie senza oneri e con preavviso di 60 giorni. In tal caso il recesso avrà effetto dall'anno successivo alla data di richiesta.