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 22.02.2017

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.: 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.

CBA Vita S.p.A.: Il patrimonio netto della Società al 31.12.2016 ammonta a 44,01 milioni di euro, di cui 38,54 milioni di euro di capitale sociale, 3,43 milioni di euro di riserve patrimoniali e utili portati a nuovo e 2,04 milioni di euro di utile dell'esercizio.

L'indice di solvibilità della Società, calcolato alla stessa data sulla base della nuova normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore il 1/1/2016, è pari a 127,7%. Tale indice è dato dal rapporto tra l'ammontare dei fondi propri ammissibili - al netto del dividendo di cui è stata deliberata la distribuzione – e l'ammontare del Solvency Capital Requirement (SCR), che rappresenta il capitale che deve esser detenuto dall'impresa per assorbire significative perdite inattese e fornire una ragionevole sicurezza agli assicurati.

* C.F. e P.IVA 04349061004

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.

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 richiesto con il finanziamento. 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 amministrative 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 estinzione anticipata totale, 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 totale 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.
Avvertenza: In caso di estinzione anticipata parziale, le prestazioni vengono ridotte in modo proporzionale e Società restituisce all'Assicurato anche in nome e per conto del Contraente il maggior premio pagato per il periodo per il quale la garanzia sarà operante in misura ridotta. In alternativa, su richiesta dell'Assicurato, purché contestuale alla richiesta di estinzione anticipata parziale 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.8.1Regime fiscale dei premi
I premi dei contratti di assicurazione sulla vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni.
I premi corrisposti a fronte della copertura del rischio morte danno diritto ad una detrazione dell'imposta sul reddito dichiarato ai fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

Art.8.2Regime fiscale delle somme corrisposte
Le somme corrisposte in caso di morte sono esenti dall'IRPEF. Le somme corrisposte in caso di morte sono anche esenti dall'imposta sulle successioni.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di perfezionamento del contratto
Si rinvia all'art. 1.5 delle Condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento 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, comunicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurata.
Tale comunicazione deve essere indirizzata a:

HDI Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Assunzione e Gestione Portafoglio Vita

tramite:

- raccomandata A/R a Società, al seguente indirizzo:
  Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA
- posta elettronica certificata all'indirizzo:
  sinistriramivita@pec.hdia.it
- fax al n° **0642103900-3836**

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 della relativa comunicazione.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso Società provvede a rimborsare il premio, al netto dell'imposta, delle spese amministrative pari a 15 euro e della quota relativa al rischio corso.
Società restituisce il premio dovuto all'Assicurato anche in nome 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 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.

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

Oppure, se il reclamo riguardi il comportamento dell'Intermediario, può essere inoltrato all'Intermediario stesso.
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, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società o dall'Intermediario ed utilizzando il modello di presentazione del reclamo disponibile sul sito dell'Ivass (www.ivass.it).
Prima di interessare l'Autorità giudiziaria è possibile rivolgersi ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale le cui modalità di accesso sono disponibili sul sito ww.hdiassicurazioni.it.
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: https://ec.europa.eu/commission/index_it

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, comunicando gli elementi identificativi della proprio posizione assicurata e allegando copia di un documento attestante l'avvenuta variazione.

Tale comunicazione deve essere indirizzata a:

HDI Assicurazioni S.p.A.
GESTIONE CREDIT PROTECTION

tramite:

- raccomandata A/R a Società, al seguente indirizzo: **Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA**
- posta elettronica certificata all'indirizzo: **sinistriramivita@pec.hdia.it**
- fax al n° **0642103900-3836**

e

Agenzia/Filiale del Contraente presso la quale è stato 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 estingue 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 presenti condizioni di assicurazione.
Società restituisce il premio dovuto all'Assicurato anche in nome per conto del Contraente.

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.

In caso di mancata comunicazione o di dichiarazioni inesatte o reticenti relative alla professione o all'attività dell'Assicurato, Società applica le norme riportate all'art. 1.3 delle 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)

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 22.05.2017

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

Il patrimonio netto al 31 dicembre 2016 ammonta a 11,29 milioni ed è costituito da capitale sociale per 5,00 milioni e da riserve patrimoniali per 6,29 milioni.
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 10,15 milioni di Euro ed i Fondi Propri Ammissibili a copertura dello stesso sono pari a 17,09 milioni di Euro. Si registra così una eccedenza di 6,94 milioni di Euro ed un Solvency Ratio pari al 168,4%.
Il Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 3,70 milioni di Euro ed i Fondi Propri Ammissibili a copertura dello stesso sono pari a 17,09 milioni di Euro. Si registra così una eccedenza di 13,39 milioni di Euro ed un Solvency Ratio pari al 461,9%.

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 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 comunicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurata e allegando copia di un documento attestante l'avvenuta variazione.

Tale comunicazione deve essere indirizzata a:

HDI Assicurazioni S.p.A.
GESTIONE CREDIT PROTECTION

tramite:
- - raccomandata A/R a Società, al seguente indirizzo:

Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA

-posta elettronica certificata all'indirizzo:

sinistriramivita@pec.hdia.it

- fax al n° **0642103900-3836**

e

Agenzia/Filiale del Contraente presso la quale è stato 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, Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, Società stessa si riserva di applicare quanto previsto dagli artt. 1926 e 1898 del Codice Civile.

La garanzia C invece si estingue 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 presenti condizioni di assicurazione.
Società restituisce il premio dovuto all'Assicurato anche in nome per conto del Contraente.

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.

In caso di mancata comunicazione o di dichiarazioni inesatte o reticenti relative alla professione o all'attività

dell'Assicurato, Società applica le norme riportate all'art. 1.3 delle 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 amministrative 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 estinzione anticipata totale, 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 totale 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.

Avvertenza: In caso di estinzione anticipata parziale, le prestazioni vengono ridotte in modo proporzionale e Società restituisce all'Assicurato anche in nome e per conto del Contraente il maggior premio pagato per il periodo per il quale la garanzia sarà operante in misura ridotta. In alternativa, su richiesta dell'Assicurato, purché contestuale alla richiesta di estinzione anticipata parziale 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 Società richieda documentazione sanitaria, con la finalità di consentire la verifica della presenza dei presupposti per la liquidazione dell'indennizzo, le spese sostenute a tal fine sono a carico dell'Assicurato. 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

Oppure, se il reclamo riguardi il comportamento dell'Intermediario, può essere inoltrato all'Intermediario stesso.
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, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società o dall'Intermediario ed utilizzando il modello di presentazione del reclamo disponibile sul sito dell'Ivass (www.ivass.it).
Prima di interessare l'Autorità giudiziaria è possibile rivolgersi ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale le cui modalità di accesso sono disponibili sul sito www.inchiaroassicurazioni.it (oppure www.hdiassicurazioni.it).
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: https://ec.europa.eu/commission/index_it

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 22.05.2017

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. Dichiarazioni 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, delle spese amministrative per il rimborso pari a 15 euro 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). In caso di premio finanziato il capitale assicurato iniziale, indicato nel modulo di adesione, è pari al capitale richiesto maggiorato del premio finanziato.
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, cui sarà assegnata la prestazione in parti uguali (e non in modo corrispondente alle rispettive quote di eredità).

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 presenti condizioni di assicurazione.

Società provvederà, ai sensi dell'art. 1189, 1 c, C.C. a pagare le prestazioni dovute in favore del Beneficiario univocamente identificato nel modulo di adesione, fermo restando che non potrà essere opposta a Società alcuna nomina, revoca o modifica del Beneficiario, in qualunque forma effettuata (anche testamentaria), che non sia stata notificata a Società anteriormente al pagamento delle suddette prestazioni.

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

Art. 1.9. Variazione nel rapporto di finanziamento

Estinzione anticipata totale del finanziamento surroga e accollo

In caso di estinzione anticipata totale del rapporto di finanziamento o di surroga da parte di altro Istituto di Credito o di accollo dello stesso ad altra persona, le garanzie assicurate si sciolgono.

Il Contraente comunica a Società le avvenute operazioni di estinzione anticipata totale,

surroga/accollo. Le garanzie si sciolgono a partire dalla data di estinzione/surroga/accollo comunicata dal Contraente e Società rimborsa all'Assicurato, anche in nome e per conto del Contraente, il premio pagato al netto di eventuali imposte, delle spese amministrative per il rimborso del premio e della quota relativa al rischio corso e entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

Società comunica al Contraente l'importo rimborsato all'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:

$R = [(P^n / N) * K] - CF$

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).

CF = costo fisso. La Società trattiene dall'importo da rimborsare le spese amministrative 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 della singola garanzia, nel caso in cui, alla data di richiesta di restituzione dello stesso da parte dell'Assicurato, si sia verificato un rischio in copertura con conseguente pagamento della prestazione/indennizzo della garanzia stessa.

Estinzione anticipata parziale del finanziamento

In caso di estinzione anticipata parziale del rapporto di finanziamento, le prestazioni sono ridotte in modo proporzionale.

Il Contraente comunica a Società le avvenute operazioni di estinzione anticipata parziale. Il Contratto proseguirà come se fosse stato stipulato, sin dalla sua decorrenza, con un capitale ridotto. Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborsa all'Assicurato, anche in nome e per conto del Contraente, il maggior premio pagato per il periodo in cui le garanzie operano in misura ridotta.

Società comunica al Contraente l'importo rimborsato all'Assicurato.

La parte di premio oggetto di rimborso e comprensiva dei costi, viene calcolata secondo la formula seguente:

$R = [P*(E/M)*(N-t)/N] - CF$

Dove:

R = rateo di premio da rimborsare;

P = premio unico pagato al netto delle eventuali imposte;

E = importo dell'estinzione parziale;

M = capitale assicurato iniziale;

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

N-t = durata residua delle garanzie espressa in mesi interi (con approssimazione all'intero superiore);

CF = costo fisso. La Società trattiene dall'importo da rimborsare le spese amministrative per il rimborso premio pari a 10,00 euro. All'intermediario non è riconosciuta quota parte di tale costo.

Non è prevista la restituzione del premio della singola garanzia, nel caso in cui, alla data di richiesta di restituzione dello stesso da parte dell'Assicurato, si sia verificato un rischio in copertura con conseguente pagamento della prestazione/indennizzo della garanzia stessa.

Sia in caso di estinzione anticipata totale, surroga/accollo sia in caso di estinzione anticipata parziale, 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.

Nei casi sopra previsti, Società effettua i pagamenti sulla base del piano di ammortamento originario allegato al modulo di adesione inviato dall'Assicurato.

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

Revoca

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

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

In caso di anticipata estinzione, totale o parziale, del rapporto di finanziamento o di surroga da parte di altro Istituto di Credito 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 ed in tale caso le garanzie rimangono in vigore alle condizioni originariamente stabilite.

In tal caso l'Assicurato ha la facoltà di nominare i nuovi Beneficiari.

Tale richiesta deve essere indirizzata a:

HDI Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Assunzione e Gestione Portafoglio Vita

tramite:

- raccomandata A/R a Società, al seguente indirizzo:
  Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA
- posta elettronica certificata all'indirizzo:

sinistriramivita@pec.hdia.it

- fax al n° **0642103900-3836**

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

1) copia di un documento di identità in corso di validità;
2) documentazione ufficiale attestante l'avvenuta operazione di cui sopra;
3) copia del piano di ammortamento del finanziamento originario e completo;
4) eventuale indicazione dei nuovi Beneficiari designati.

Società, a seguito di richiesta di variazione dei Beneficiari, emette la relativa appendice contrattuale di variazione.
E' facoltà dell'Assicurato effettuare la richiesta utilizzando **il modulo di cui all'Allegato D** inviandolo a Società agli indirizzi sopra indicati. **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 richiesta 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, comunicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurata.

Tale comunicazione deve essere indirizzata a:

HDI Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Assunzione e Gestione Portafoglio Vita

tramite:
- raccomandata A/R a Società, al seguente indirizzo:
  Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA
- posta elettronica certificata all'indirizzo:
  sinistriramivita@pec.hdia.it
- fax al n° **0642103900-3836**

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 della relativa comunicazione.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso Società provvede a rimborsare il premio, al netto dell'imposta, delle spese amministrative pari a 15 euro e della quota relativa al rischio corso.
Società restituisce il premio dovuto all'Assicurato anche in nome 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 estinzione anticipata totale 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 B e C, 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 ai recapiti sopra indicati.

Anche in quest'ultimo caso il criterio di calcolo del premio da restituire è quello previsto all'art. 1.9 delle presenti condizioni di assicurazione in caso di estinzione anticipata totale del finanziamento.

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 comunicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurata e allegando copia di un documento attestante l'avvenuta variazione.

Tale comunicazione deve essere indirizzata a:

HDI Assicurazioni S.p.A.
GESTIONE CREDIT PROTECTION

tramite:
- raccomandata A/R a Società, al seguente indirizzo:
  Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA
- posta elettronica certificata all'indirizzo:
  sinistriramivita@pec.hdia.it
- fax al n° **0642103900-3836**

e

Agenzia/Filiale del Contraente presso la quale è stato 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 estingue 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 presenti condizioni di assicurazione.
Società restituisce il premio dovuto all'Assicurato anche in nome per conto del Contraente.

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.

In caso di mancata comunicazione o di dichiarazioni inesatte o reticenti relative alla professione o all'attività dell'Assicurato, 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 nei tempi e con le modalità previste dalle Condizioni contrattuali che regolano le singole garanzie assicurate.
Società, entro un periodo massimo di 30 giorni dalla presentazione della documentazione completa, 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 (di seguito "Società"). Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta da Società 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 da Società 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.
Società 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
Società con la presente garanzia, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, si obbliga a corrispondere al Beneficiario una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale che, alla data del decesso dell'Assicurato, residua dal rapporto di finanziamento contratto dall'Assicurato verso il Contraente.
Società 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:

- 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;
- Abuso di sostanze alcoliche e/o stupefacenti;
- 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 data di sottoscrizione del modulo di adesione;
- Calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica e fenomeni connessi.

E' inoltre escluso il decesso sul territorio mondiale che sia direttamente o indirettamente causato o avvenuto durante o in conseguenza di partecipazione attiva o presenza per motivi professionali a guerra, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e operazioni belliche (sia che la guerra sia stata dichiarata o meno), guerra civile, ammutinamento, rivolte e 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 che siano legittimi o meno. In questi casi sarà pagato il solo importo della riserva matematica, calcolato al momento del decesso.

In questi casi Società 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 a Società, i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva sussistenza dell'obbligo di pagamento:

- **domanda del Beneficiario che contenga la denuncia dell'evento e le indicazioni che permettano di identificare la propria posizione assicurata;**
- **certificato di morte dell'Assicurato;**
- **relazione medica sulle cause del decesso** redatta dal medico dell'Assicurato, ove tale relazione si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere richiesta a Società di acquisire direttamente tale relazione, in virtù della delega conferita a Società dall'Assicurato;
- **ulteriore documentazione sanitaria** necessaria a verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato circa il suo reale stato di salute prima della conclusione del contratto, ove tale documentazione si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere richiesta a Società di acquisire direttamente tale documentazione in virtù della delega conferita a Società dall'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;**
- **dichiarazione del Contraente attestante il debito residuo del finanziamento alla data del verificarsi dell'evento assicurato (dichiarazione non richiesta per denunce successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga nel finanziamento da parte di altro Istituto di Credito);**
- **nel caso in cui l'evento sia connesso ad ipotesi di reato,** eventuale documentazione giudiziaria relativa allo stesso, ove tale documentazione si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere richiesta a Società di acquisire direttamente tale documentazione, in virtù della delega conferita a Società dall'Assicurato;
- **autorizzazione** del Giudice Tutelare rilasciata agli esercenti la potestà genitoriale per la riscossione di somme spettanti ai minori Beneficiari.

Resta inteso che Società potrà richiedere documentazione ulteriore rispetto a quella indicata sopra, soltanto in ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Infine, Società si riserva di richiedere l'originale del modulo di adesione quando il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione in possesso di Società o quando Società contesti l'autenticità del modulo di adesione.

Verificatosi il decesso dell'Assicurato, Società esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine

sono dovuti gli interessi moratori in misura del saggio di interesse legale.

La richiesta di pagamento della prestazione deve essere indirizzata a:

HDI Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Assunzione e Gestione Portafoglio Vita

tramite:

- raccomandata A/R a Società, al seguente indirizzo:
  Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA;
- posta elettronica certificata all'indirizzo:
  sinistriramivita@pec.hdia.it
- fax al n° **0642103900-3836**

E' facoltà del Beneficiario 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, a parziale deroga dell'art. 1913 del codice civile, **entro 60 giorni dall'infortunio** o dalla diagnosi della malattia **o da quando ne ha avuto la conoscenza.**

Tale comunicazione deve essere indirizzata a:

HDI Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Assunzione e Gestione Portafoglio Vita

tramite:

- raccomandata A/R a Società, al seguente indirizzo:
  Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA;
- posta elettronica certificata all'indirizzo:
  sinistriramivita@pec.hdia.it
- fax al n° **0642103900-3836.**

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 a Società i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva sussistenza dell'obbligo di pagamento:

- **copia di un 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 per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità (ai sensi dell'art. 20 della legge 3 agosto 2009 n. 102).** Il certificato della commissione medica non deve presentare termini di rivedibilità;
- **documentazione sanitaria**, con la finalità di consentire la verifica della presenza dei presupposti per la liquidazione dell'indennizzo (ad esempio, cartelle cliniche, verbale di pronto soccorso);
- **dichiarazione del Contraente 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 nel finanziamento da parte di altro Istituto di Credito).

È facoltà dell'Assicurato, o chi per esso, effettuare la comunicazione utilizzando il modulo di cui all'Allegato C delle presenti condizioni di assicurazione allegando tutta la documentazione sopra indicata.

Società, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'effettiva sussistenza del diritto a percepire gli indennizzi, anche attraverso verifiche da parte di propri medici di fiducia (i cui costi saranno a carico della stessa), anche in contrasto con le risultanze del certificato della Commissione Medica e/o esercitando la delega conferita dall'Assicurato nel modulo di adesione.

Resta inteso che Società potrà richiedere documentazione ulteriore rispetto a quella indicata sopra, soltanto in ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Infine, Società si riserva di richiedere l'originale del modulo di adesione quando l'Assicurato intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione in possesso di Società o quando Società contesti l'autenticità del modulo di adesione.

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, a parziale deroga dell'art. 1913 del codice civile, entro 60 giorni dall'infortunio oppure da quando la malattia è stata diagnosticata o da quando ne ha avuto la possibilità. 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 a Società, i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva sussistenza dell'obbligo di pagamento:

- **copia di un 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;**
- **documentazione sanitaria,** con la finalità di consentire la verifica della presenza dei presupposti per la liquidazione dell'indennizzo (ad esempio, cartelle cliniche, verbale di pronto soccorso).

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle relative scadenze.

Tale comunicazione deve essere indirizzata a:

HDI Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Assunzione e Gestione Portafoglio Vita

tramite:

- raccomandata A/R a Società, al seguente indirizzo:
  Via Abruzzi n. 10 - 00187 ROMA;
- posta elettronica certificata all'indirizzo:
  sinistriramivita@pec.hdia.it
- fax al n° **0642103900-3836.**

È facoltà dell'Assicurato, o chi per esso, effettuare la richiesta utilizzando 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 con la presente garanzia sono definitivamente esauriti al raggiungimento del massimale dei 18 indennizzi mensili.
Società, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'effettiva sussistenza del diritto a percepire gli indennizzi, anche attraverso verifiche da parte di propri medici di fiducia (i cui costi saranno a carico della stessa) e/o esercitando la delega conferita dall'Assicurato nel modulo di adesione.

Resta inteso che Società potrà richiedere documentazione ulteriore rispetto a quella indicata sopra, soltanto in ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Infine, Società si riserva di richiedere l'originale del modulo di adesione quando l'Assicurato intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione in possesso di Società o quando Società contesti l'autenticità del modulo di adesione.

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	25		20

pronosupinazione			
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 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. …… Prov. ……
Indirizzo ……

DECESSO (documenti da presentare dall' avente causa):

- **certificato di morte 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;
- **relazione medica sulle cause del decesso redatta dal medico dell'Assicurato**, ove tale relazione si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere richiesta a Società di acquisire direttamente tale relazione, in virtù della delega conferita a Società dall'Assicurato;
- **ulteriore documentazione sanitaria necessaria a verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato circa il suo reale stato di salute prima della conclusione del contratto**, ove tale documentazione si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere richiesta a Società di acquisire direttamente tale documentazione in virtù della delega conferita a Società dall'Assicurato;
- **dichiarazione del Contraente attestante l'importo residuo del finanziamento alla data del verificarsi dell'evento assicurato** (dichiarazione non richiesta per denunce successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga nel finanziamento da parte di altro Istituto di credito);
- **nel caso in cui l'evento sia connesso ad ipotesi di reato, eventuale documentazione giudiziaria relativa allo stesso**, ove tale documentazione si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere richiesta a Società di acquisire direttamente tale documentazione, in virtù della delega conferita a Società dall'Assicurato;
- autorizzazione del Giudice Tutelare rilasciata agli esercenti la potestà genitoriale per la riscossione di somme spettanti ai minori Beneficiari.

Resta inteso che Società potrà richiedere documentazione ulteriore rispetto a quella indicata sopra, soltanto in ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

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. …… Prov. ……
Indirizzo ……

GARANZIE

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

□ Invalidità Totale Permanente

- **copia di un documento di identità in corso di validità;**
- precisazione del luogo, giorno, e causa dell'evento;
- **verbale dell'autorità eventualmente intervenuta sul luogo dell'incidente**;
- **certificato della commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità** (ai sensi dell'art. 20 della legge 3 agosto 2009 n. 102). Il certificato della commissione medica non deve presentare termini di rivedibilità;
- **documentazione sanitaria, con la finalità di consentire la verifica della presenza dei presupposti per la liquidazione dell'indennizzo** (ad esempio, cartelle cliniche, verbale di pronto soccorso);
- **dichiarazione del Contraente attestante l'importo residuo del finanziamento** (dichiarazione non richiesta per denunce successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga nel finanziamento da parte di altro Istituto di credito).

□ Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia

- **copia di un documento di identità in corso di validità**;
- **precisazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento**;
- **documentazione sanitaria, con la finalità di consentire la verifica della presenza dei presupposti per la liquidazione dell'indennizzo** (ad esempio, cartelle cliniche e/o verbale di pronto soccorso).

Resta inteso che Società potrà richiedere documentazione ulteriore rispetto a quella indicata sopra, soltanto in ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

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.
Ufficio Assunzione e Gestione Portafoglio Vita
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 totale** ☐ **estinzione anticipata parziale**

☐ **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:

1) Copia di un documento di identità in corso di validità;
2) Documentazione ufficiale attestante l'avvenuta operazione di cui sopra;
3) 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

CBA VITA

INCHIARO ASSICURAZIONI

PRESTITO PLUS
(LAVORATORE AUTONOMO)

MODULO DI ADESIONE

Data ultimo aggiornamento del documento 22.05.2017

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 _____ Durata residua, in mesi, alla data di decorrenza della polizza _____presso Banca ..... filiale cod. _____

PRESO ATTO CHE l'Istituto di credito (Contraente), _____ ha stipulato una polizza di assicurazione a premio unico a cui possono aderire facoltativamente i clienti persone fisiche che stipulano o hanno stipulato un contratto di finanziamento e che svolgono, al momento della 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 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 IL CASO DI MORTE***: In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al 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'ammontare 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, comprensivo dell'eventuale premio finanziato)
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.

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_ 052017: 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 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.

Luogo e data _____ **Firma**_____

L'Assicurato delega irrevocabilmente (ex art. 1723, 2 c, c.c.) Società, ai sensi dell'art. 7 del codice della privacy e anche specificamente per l'ipotesi di decesso dello stesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause del decesso, infortunio o malattia presso qualsiasi professionista o ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

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. 3.3 Rischio di guerra all'estero; 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 22.05.2017

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 _____ Durata residua, in mesi, alla data di decorrenza della polizza _____presso Banca ... filiale cod. _____

PRESO ATTO CHE l'Istituto di credito (Contraente), _____ ha stipulato una polizza di assicurazione a premio unico a cui possono aderire facoltativamente i clienti persone fisiche che stipulano o hanno stipulato un contratto di finanziamento e che svolgono, al momento della 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 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 IL CASO DI MORTE***: In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al 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'ammontare 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, comprensivo dell'eventuale premio finanziato)
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.

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_ 052017: 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 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.

Luogo e data _____ **Firma**_____

L'Assicurato delega irrevocabilmente (ex art. 1723, 2 c, c.c.) Società, ai sensi dell'art. 7 del codice della privacy e anche specificamente per l'ipotesi di decesso dello stesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause del decesso, infortunio o malattia presso qualsiasi professionista o ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

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. 3.3 Rischio di guerra all'estero; 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.

PRESTITO PLUS
(LAVORATORE AUTONOMO)

MODULO DI ADESIONE

Data ultimo aggiornamento del documento 22.05.2017

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 ___________________________ Durata residua, in mesi, alla data di decorrenza della polizza ________________presso Banca ………………………………………………………. filiale cod. ______

PRESO ATTO CHE l'Istituto di credito (Contraente), _________ ha stipulato una polizza di assicurazione a premio unico a cui possono aderire facoltativamente i clienti persone fisiche che stipulano o hanno stipulato un contratto di finanziamento e che svolgono, al momento della 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 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 IL CASO DI MORTE***: In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al 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'ammontare 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, comprensivo dell'eventuale premio finanziato)
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.

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_ 052017: 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 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.

Luogo e data _____ **Firma**_____

L'Assicurato delega irrevocabilmente (ex art. 1723, 2 c, c.c.) Società, ai sensi dell'art. 7 del codice della privacy e anche specificamente per l'ipotesi di decesso dello stesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause del decesso, infortunio o malattia presso qualsiasi professionista o ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

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. 3.3 Rischio di guerra all'estero; 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 22.05.2017

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 _____ Durata residua, in mesi, alla data di decorrenza della polizza _____presso Banca ..... filiale cod. _____

PRESO ATTO CHE l'Istituto di credito (Contraente), _____ ha stipulato una polizza di assicurazione a premio unico a cui possono aderire facoltativamente i clienti persone fisiche che stipulano o hanno stipulato un contratto di finanziamento e che svolgono, al momento della 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 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 IL CASO DI MORTE***: In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al 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'ammontare 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, comprensivo dell'eventuale premio finanziato)

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.

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_ 052017: 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 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.

Luogo e data _____ **Firma**_____

L'Assicurato delega irrevocabilmente (ex art. 1723, 2 c, c.c.) Società, ai sensi dell'art. 7 del codice della privacy e anche specificamente per l'ipotesi di decesso dello stesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause del decesso, infortunio o malattia presso qualsiasi professionista o ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

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. 3.3 Rischio di guerra all'estero; 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.