# MUTUO SEMPLICE

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PER TUTTE LE GARANZIE

Data ultimo aggiornamento del documento: 09/06/2025

**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 a Banca Sella con i quali gli Istituti stipulano o hanno già stipulato un contratto di mutuo da almeno 30 giorni. Tale periodo non è richiesto in caso di surroga del mutuo da altro istituto di credito.

Il collocamento, per i mutui già erogati e per quelli oggetto di surroga, avviene presso la filiale dell'Istituto di Credito, mentre per quelli di nuova erogazione avviene esclusivamente mediante Tecniche di vendita a distanza.

Le garanzie assicurative sono offerte da HDI Assicurazioni S.p.A. (di seguito "Società").

L'Assicurato è la persona che accende o ha già acceso un contratto di mutuo, 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 - relativo al mutuo contratto - in linea capitale al momento dell'evento.

B **Invalidità totale e permanente derivante da infortunio e 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 - relativo al mutuo contratto - in linea capitale alla data dell'evento o della diagnosi della malattia.

La determinazione delle somme dovute avviene esclusivamente sulla base dell'originario piano di ammortamento del debito residuo rilasciato dal Contraente successivamente al verificarsi dell'evento.

**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.

Società, in caso di dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze tali che non avrebbe dato il proprio 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 hanno 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 hanno 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'ultime abbiano 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 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 spese amministrative per il rimborso pari a 50 Euro, al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo di assicurazione intercorso tra la data di erogazione del mutuo ed il giorno in cui Società è venuta a conoscenza delle dichiarazioni inesatte o reticenti.

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 mutuo.

**Diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche**

Il Contraente o l'Assicurato che ha avuto una malattia oncologica il cui trattamento attivo si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni (5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni), non è tenuto a fornire informazioni né a sottoporsi a visite mediche o altri accertamenti sanitari su tale malattia oncologica.

Sono previsti termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni.

La Società non può acquisire queste informazioni neanche da fonti diverse dal Contraente o dall'Assicurato e, se sono comunque già a sua disposizione, la Società non può usarle per determinare le condizioni contrattuali.

Se le informazioni sono state fornite in precedenza, una volta trascorso il termine di 10 anni (5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni) o i termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni, il Contraente o l'Assicurato invia, mediante raccomandata AR o PEC, la certificazione medica che attesta che la malattia oncologica si è conclusa nei termini indicati sopra.

### Art. 1.4. Cointestazione del Contratto di Mutuo

In caso di cointestazione del contratto di mutuo, 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, il capitale assicurato iniziale, per i mutui già erogati, è pari all'importo del debito residuo alla data di decorrenza mentre per i mutui di nuova erogazione, all'importo del mutuo erogato alla data di decorrenza;
2. possono essere assicurati tutti i cointestatari; in tal caso, il capitale assicurato iniziale, per i mutui già erogati, è pari all'importo del debito residuo alla data di decorrenza ripartito in quote uguali mentre, per i mutui di nuova erogazione, all'importo del mutuo erogato alla data di decorrenza ripartito in quote uguali.

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 mutuo sia stato effettivamente erogato e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto;
- ✓ la 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).

**La durata delle garanzie** dipende:

- per i mutui già erogati, dalla **durata residua del mutuo alla data di decorrenza** indicata nel modulo di adesione.;

-per i mutui di nuova erogazione, **dalla durata del mutuo alla data di decorrenza** indicata nel Modulo di adesione.

**In ogni caso, Le garanzie non possono avere una durata inferiore a 24 mesi e superiore a 30 anni.**

**Eventuali allungamenti della durata del mutuo non modificano la durata delle garanzie.**

### Art. 1.6. Risoluzione delle garanzie

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

### 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 del Contraente con i quali lo stesso stipula o ha già stipulato un contratto di mutuo caratterizzato da un piano di ammortamento francese.

Possono essere soggetti Assicurati le persone fisiche residenti o domiciliate nella Repubblica Italiana o nella Repubblica di San Marino. L'Assicurato deve avere una Età Assicurativa all'ingresso compresa tra 18 e 64 anni. L'Età Assicurativa massima a scadenza non deve superare il limite massimo di 75 anni. Nel caso in cui l'Età Assicurativa a scadenza sia superiore a quella massima prevista, l'adesione alla presente polizza collettiva non è possibile.

**Il capitale assicurato iniziale è pari:**

- **per i mutui già erogati, al debito residuo, derivante dal rapporto di mutuo, alla data di decorrenza indicata nel modulo di adesione.**
- **per i mutui di nuova erogazione, è pari all'importo erogato, derivante dal rapporto di mutuo, alla data di decorrenza indicata nel modulo di adesione. In caso di premio finanziato il capitale assicurato iniziale, indicato nel modulo di adesione, è pari al capitale richiesto maggiorato dell'eventuale premio finanziato.**

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

L'assunzione del rischio da parte di Società comporta il preventivo accertamento delle condizioni di salute

dell'Assicurato, attraverso il questionario sanitario o la visita medica e gli accertamenti sanitari, come indicato nella tabella "Accertamenti sanitari" di **cui all'allegato E al presente set informativo.**

**Il preventivo accertamento dello stato di salute dell'Assicurato attraverso il questionario sanitario, come indicato nella predetta tabella, avviene qualora il capitale assicurato risulti inferiore o uguale a 250.000 (duecentocinquantamila/00) Euro. In tal caso, non saranno necessari ulteriori accertamenti qualora non emergano fattori negativi di rilievo.**
La documentazione sanitaria necessaria per la valutazione del rischio viene inviata dall'Assicurato a Società tramite il Contraente.
Ai fini dell'assunzione del rischio Società valuta tale documentazione e si riserva di accettare o rifiutare il rischio dandone comunicazione al 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 ed il rapporto di visita medica sono in allegato alle condizioni di assicurazione.**
**L'assunzione del rischio viene effettuata sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel modulo di adesione, nel questionario sanitario e nel rapporto di visita medica. 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.**

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

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

**L'Assicurato nomina il Beneficiario della prestazione relativa alla garanzia A al momento della firma del modulo di adesione e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale nomina. Di conseguenza Società provvederà a pagare la prestazione dovuta in favore del Beneficiario così identificato.**
**La nomina e le eventuali revoche o modifiche del Beneficiario devono essere comunicate per iscritto a Società, anche se fatte per testamento.**
**Ai sensi dell'art.1920 C.C. il Beneficiario acquista, per effetto della nomina, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme pagate da Società a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.**
**Il pagamento dell'indennizzo, dovuto da Società, relativo alla garanzia B viene effettuato a favore dell'Assicurato.**
**Società sarà liberata dalla propria obbligazione di pagamento della prestazione o dell'indennizzo con il versamento sul conto corrente, le cui coordinate bancarie saranno indicate dal Beneficiario per la garanzia A, e dall'Assicurato per la restante garanzia.**

**In caso di anticipata estinzione del mutuo, di accollo dello stesso da parte di altra persona o di trasferimento, l'Assicurato qualora abbia deciso per la prosecuzione delle garanzie, può modificare il Beneficiario precedentemente designato. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 1.10 delle presenti condizioni di assicurazione.**
**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.**

**In caso di trasferimento del mutuo, è possibile designare quale Beneficiario della prestazione della garanzia A l'Istituto di Credito subentrato al rapporto di mutuo. In tal caso l'Assicurato ha facoltà di** conferire mandato all'incasso dell'indennizzo, relativo alla garanzia B al nuovo Istituto subentrato.

### Art. 1.9. Variazioni nel rapporto di mutuo

**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, la quota di premio pagata relativo al rischio non corso al netto di eventuali imposte e delle spese amministrative per il rimborso del premio 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 secondo la formula seguente:

$R_1 = [ P * (N-t)/N ] - CF$

dove:

$R_1$ = rateo di premio da rimborsare;

P = premio unico pagato al netto delle eventuali imposte;

N = durata della copertura assicurativa, espressa in mesi interi (con approssimazione all'intero superiore);

t = tempo trascorso fino alla data di estinzione, espresso in mesi interi (con approssimazione all'intero superiore);

N-t = durata residua della copertura assicurativa

CF = costo fisso. La Società trattiene dall'importo da rimborsare le spese amministrative per il rimborso premio pari a 50,00 Euro.
All'Intermediario non è riconosciuta quota parte di tale costo.

Esempio rateo di premio da rimborsare a seguito di estinzione totale del finanziamento
Capitale assicurato iniziale: € 100.000,00
P = 1.000,00 euro
N = 120 mesi (10 anni)
t = 42 mesi (3 anni e mezzo)
CF = 50,00 euro

**$R_1$ = 1.000,00*(120-42)/120 - 50,00 = 600,00 euro**

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 al netto di eventuali imposte e delle spese amministrative per il rimborso del premio.**

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

La 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 e della quota del debito residuo estinto secondo la formula seguente:

$R_2 = [ P * (E/M) * (N-t)/N ] – CF$

dove:

$R_2$ = 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 della copertura assicurativa, espressa in mesi interi (con approssimazione all'intero superiore);

t = tempo trascorso fino alla data di estinzione parziale, espresso in mesi interi (con approssimazione all'intero superiore);

N-t = durata residua della copertura assicurativa

CF = costo fisso. La Società trattiene dall'importo da rimborsare le spese amministrative per il rimborso premio pari a 25,00 Euro.
All'Intermediario non è riconosciuta quota parte di tale costo.
In caso di eventuali precedenti estinzioni parziali anticipate, il valore del premio sul quale si calcola l'ammontare da rimborsare all'Assicurato si intende riproporzionato della misura corrispondente alla quota già estinta di debito residuo.

Esempio rateo di premio da rimborsare a seguito di estinzione parziale del finanziamento
Capitale assicurato iniziale: € 100.000,00
P = 1.000,00 euro
N = 120 mesi (10 anni)
t = 42 mesi (3 anni e mezzo)
E = 30.000,00 euro
CF = 25,00 euro

**$R_2$ = 1.000,00 * (30.000,00/100.000,00) * (120-42)/120 - 25,00 = 170,00 euro**

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

Nella fase che precede la decorrenza delle garanzie assicurative, l'Assicurato può revocare per iscritto il contratto privandolo di ogni effetto. La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborsa all'Assicurato l'eventuale premio versato.

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

In caso di anticipata estinzione totale del rapporto di mutuo 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 e pertanto le garanzie rimangono in vigore alle condizioni originariamente stabilite.

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

In caso di estinzione anticipata parziale, l'Assicurato, purché contestualmente alla predetta operazione, ha la facoltà di chiedere che il contratto prosegua alle condizioni originariamente stabilite ed in tal caso Società non procederà alla restituzione del maggior premio pagato.

Le richieste devono essere trasmesse dall'Assicurato a Società ed indirizzate a:

**HDI Assicurazioni S.p.A.**
**Ufficio Assunzione, Portafoglio e Antiriciclaggio I Livello**

tramite:
- raccomandata A/R a Società, al seguente indirizzo:
  **Piazza G. Marconi n. 25 - 00144 ROMA**
- posta elettronica certificata all'indirizzo
  **sinistriramivita@pec.hdia.it**

**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 mutuo originario e completo;
4) eventuale indicazione dei nuovi Beneficiari designati.

**Società, a seguito della richiesta di variazione dei Beneficiari, emette la relativa l'appendice di variazione.**

È 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 che si ottiene moltiplicando il tasso di premio:
-nel caso di mutuo già erogato, per l'importo del capitale residuo del mutuo;
-nel caso di mutuo di nuova erogazione, per l'importo del capitale concesso con il mutuo.
**L'importo del premio dipende dalla durata delle garanzie dall'età, dal capitale assicurato iniziale indicato nel modulo di adesione e non è differenziato in base al fattore sesso.**
L'importo del premio distinto per le garanzie A e B è indicato nel modulo di adesione.
Il premio, il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, è dovuto alla Società dal Contraente tramite bonifico.
In caso di mutuo di nuova erogazione, il premio può essere finanziato ed in tal caso lo stesso sarà aggiunto all'importo del mutuo.

### 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.
La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

**HDI Assicurazioni S.p.A.**
**Ufficio Credit Protection**

tramite:
- raccomandata A/R a Società, al seguente indirizzo:
  **Piazza G. Marconi n. 25 - 00144 ROMA;**
- posta elettronica certificata all'indirizzo:
  **sinistriramivita@pec.hdia.it**

**e**

**Succursale del Contraente presso la quale è stato sottoscritto il modulo di adesione e che ha erogato il mutuo.**

Il recesso ha l'effetto di liberare tutte le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dalla singola copertura, a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della relativa comunicazione.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso Società provvede a rimborsare il premio al netto dell'imposta e delle spese amministrative di restituzione del premio pari a 50 Euro. Tali spese non verranno addebitate nel caso in cui il collocamento avvenga tramite Tecniche di vendita a distanza e la comunicazione di recesso venga inviata entro i primi 30 giorni di decorrenza della polizza.

Società restituisce il premio dovuto all'Assicurato anche in nome e 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 mutuo.

*Inoltre, l'Assicurato, qualora il contratto abbia durata superiore ai cinque anni, trascorso il quinquennio, può recedere dalla garanzia B, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni e il contratto proseguirà la sua efficacia per la sola garanzia A.* In tal caso il recesso ha effetto dalla fine dell' anno relativo alla richiesta di recesso. Tale richiesta deve pervenire alla Società ai **recapiti indicati sopra.**
*Nel caso di Beneficiario irrevocabile, la richiesta di recesso necessita dell'assenso scritto del Beneficiario.*

### 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 ed allegando copia di un documento

attestante l'avvenuta variazione. Tale comunicazione deve essere indirizzata a:

**HDI Assicurazioni S.p.A.**
**Ufficio Credit Protection**

tramite:
- raccomandata A/R a Società, al seguente indirizzo:
  **Piazza G. Marconi n. 25 - 00144 ROMA;**
- posta elettronica certificata all'indirizzo:
  **sinistriramivita@pec.hdia.it**

**e**

**Succursale del Contraente presso la quale è stata sottoscritto il Modulo di adesione e che ha erogato il mutuo.**

Qualora il cambiamento di professione o attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, 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.

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 applicabili.

### 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 a Società, nei tempi e con le modalità previste dalle Condizioni contrattuali che regolano le singole garanzie assicurate.
La determinazione della prestazione avviene esclusivamente sulla base del piano di ammortamento del debito residuo rilasciato dal Contraente successivamente al verificarsi dell'evento.

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

### Art 2.1 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 mutuo 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.

### Art 2.2 Rischio di morte
Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.
**È 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.**

**È 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.**

### Art. 2.3 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, corredata da un documento d'identità in corso di validità, 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 alla Società di acquisire direttamente tale relazione, in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato;
- **atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'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;**
- **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 alla Società di acquisire direttamente tale documentazione in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato;
- **dichiarazione del Contraente attestante il debito residuo del mutuo alla data del verificarsi dell'evento assicurato** (dichiarazione non richiesta per denunce successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga 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 alla Società di acquisire direttamente tale documentazione, in virtù della delega conferita alla 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 la Società potrà richiedere documentazione ulteriore rispetto a quella indicata sopra, soltanto in ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

  Infine, la 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 della Società o quando la Società contesti l'autenticità del modulo di adesione.

La richiesta del pagamento della prestazione deve essere deve essere indirizzata a:

**HDI Assicurazioni S.p.A.**
**Ufficio Assunzione, Portafoglio e Antiriciclaggio I Livello**

tramite:

- raccomandata A/R a Società, al seguente indirizzo:
  **Piazza G. Marconi n. 25 - 00144 ROMA;**
- posta elettronica certificata all'indirizzo:
  sinistriramivita@pec.hdia.it

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.

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.

### Art. 2.4 Riscatto

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

### Art. 2.5 Periodo di carenza

Non previsto

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

### Art. 3.1 Indennizzo

Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale, dal quale derivi un'invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale Società garantisce la corresponsione all'Assicurato di una somma pari all'ammontare del debito residuo - relativo al mutuo contratto - in linea capitale alla data dell'evento o della diagnosi della malattia.

Per invalidità totale e permanente si intende 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%.

Il grado di invalidità viene determinato 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), dovrà essere certificato dalla Commissione Medica di Verifica e non dovrà essere soggetto a termini di rivedibilità.

### Art. 3.2 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

a) Infortuni e malattie causati da dolo dell'Assicurato;
b) Infortuni e 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 e 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 e malattie causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
f) Infortuni e malattie causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
g) Infortuni e malattie 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 e malattie avvenute antecedentemente alla Data Iniziale e le conseguenze di situazioni patologiche antecedenti la Data Iniziale, già diagnosticate in tale data all'Assicurato;
l) Infortuni e malattie 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;
   - 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 f) vale per l'invalidità totale e permanente conseguenti a infortuni e malattie 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, Portafoglio e Antiriciclaggio I Livello**

tramite:

- raccomandata A/R a Società, al seguente indirizzo:
  **Piazza G. Marconi n. 25 - 00144 ROMA;**
- posta elettronica certificata all'indirizzo:
  **sinistriramivita@pec.hdia.it**

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del C.C..

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

- **copia del documento di identità in corso di validità**;

- **domanda che contenga la denuncia dell'evento, con precisazione del luogo, giorno, e causa dell'evento, e le indicazioni che permettano di identificare la propria posizione assicurata;**
- **verbale dell'autorità eventualmente intervenuta sul luogo dell'incidente**;
- **certificato della commissione medica 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 mutuo alla data dell'evento assicurato** (dichiarazione non richiesta per denunce successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga del mutuo da parte di altro Istituto di Credito).

  E' 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

  **La Società, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'effettiva sussistenza del diritto a percepire l' indennizzo, 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 la Società potrà richiedere documentazione ulteriore rispetto a quella indicata sopra, soltanto in ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

  Infine, la 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 della Società o quando la 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. 4.1 Documento Unico di Rendicontazione**

La Società trasmette all'Assicurato, entro 60 giorni dalla chiusura di ogni anno solare, il documento unico di rendicontazione annuale della sua posizione assicurativa.

# GLOSSARIO VITA

**Assicurato:** il soggetto che ha sottoscritto la modulo di adesione e nel cui interesse è stipulata l'Assicurazione.
**Beneficiario:** persona fisica o giuridica designata dall'Assicurato al momento della firma del modulo di adesione, alla quale Società corrisponde la prestazione prevista al verificarsi del decesso dell'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 mutuo, 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.
**Età Assicurativa:** l'età convenzionalmente utilizzata ai fini del presente Contratto, espressa in anni interi. Se sono trascorsi meno di 6 mesi dall'ultimo compleanno, l'Età Assicurativa coincide con l'età anagrafica, invece se sono trascorsi più di 6 mesi dall'ultimo compleanno, l'Età Assicurativa corrisponde all'età anagrafica maggiorata di un anno (ad es. se l'Assicurato ha compiuto 30 anni il giorno 01/03/2023, la sua Età Assicurativa dal 01/09/2023 sarà di 31 anni).
**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.
**Premio: i**mporto, 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 che gestisce il pacchetto assicurativo offerto in virtù della polizza collettiva stipulata con il Contraente.
**Tecnica di vendita a distanza:** qualunque tecnica di contatto con la clientela che, senza la presenza fisica e simultanea del distributore o dell'Assicurato, possa essere impiegata per il collocamento a distanza del contratto.

# GLOSSARIO DANNI

**Assicurato:** il soggetto che ha sottoscritto il 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 mutuo, 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.

**Età Assicurativa:** l'età convenzionalmente utilizzata ai fini del presente Contratto, espressa in anni interi. Se sono trascorsi meno di 6 mesi dall'ultimo compleanno, l'Età Assicurativa coincide con l'età anagrafica, invece se sono trascorsi più di 6 mesi dall'ultimo compleanno, l'Età Assicurativa corrisponde all'età anagrafica maggiorata di un anno (ad es. se l'Assicurato ha compiuto 30 anni il giorno 01/03/2023, la sua Età Assicurativa dal 01/09/2023 sarà di 31 anni).

**Indennizzo:** la somma dovuta dalla Compagnia 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.

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

**IVASS:** Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. Il 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP.

**Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

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

**Premio:** importo, il cui onere 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.

**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 che gestisce il pacchetto assicurativo offerto in virtù della polizza collettiva stipulata con il Contraente.

di tempo adeguato e che consenta la riproduzione identica delle informazioni stesse.

**Tecnica di vendita a distanza:** qualunque tecnica di contatto con la clientela che, senza la presenza fisica e simultanea del distributore o dell'Assicurato, possa essere impiegata per il collocamento a distanza del contratto.

Tabella INAIL

| Descrizione | Percentuali | | |
|---|---|---|---|
| | destro | - | sinistro |
| Sordità completa di un orecchio | | 15 | |
| Sordità completa bilaterale | | 60 | |
| Perdita totale della facoltà visiva di un occhio | | 35 | |
| Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi | | 40 | |
| Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi relativa tabella) | | | |
| Stenosi nasale assoluta unilaterale | | 8 | |
| Stenosi nasale assoluta bilaterale | | 18 | |
| Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria: | | | |
| a) con possibilità di applicazione di protesi efficace | | 11 | |
| b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace | | 30 | |
| Perdita di un rene con integrità di un rene superstite | | 25 | |
| Perdita della milza senza alterazione della crasi ematica | | 15 | |
| Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità | | | |
| Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio | | 5 | |
| Anchilosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola | 50 | | 40 |
| Anchilosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola | 40 | | 30 |
| Perdita del braccio: | | | |
| a) per disarticolazione scapolo omerale | 85 | | 75 |
| b) per amputazione al terzo superiore | 80 | | 70 |
| Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio | 75 | | 65 |
| Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano | 70 | | 60 |
| Perdita di tutte le dita della mano | 65 | | 55 |
| Perdita del pollice e del primo metacarpo | 35 | | 30 |
| Perdita totale del pollice | 28 | | 23 |
| Perdita totale dell'indice | 15 | | 13 |
| Perdita totale del medio | | 12 | |
| Perdita totale dell'anulare | | 8 | |
| Perdita totale del mignolo | | 12 | |
| Perdita della falange ungueale del pollice | 15 | | 12 |
| Perdita della falange ungueale dell'indice | 7 | | 6 |
| Perdita della falange ungueale del medio | | 5 | |
| Perdita della falange ungueale dell'anulare | | 3 | |
| Perdita della falange ungueale del mignolo | | 5 | |
| Perdita delle ultime due falangi dell'indice | 11 | | 9 |
| Perdita delle ultime due falangi del medio | | 8 | |
| Perdita delle ultime due falangi dell'anulare | | 6 | |
| Perdita delle ultime due falangi del mignolo | | 8 | |
| Anchilosi totale articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°: | | | |
| a) in semipronazione | 30 | | 25 |
| b) in pronazione | 35 | | 30 |
| c) in supinazione | 45 | | 40 |
| d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione | 25 | | 20 |
| Anchilosi totale articolazione del gomito in flessione massima o quasi | 55 | | 50 |
| Anchilosi totale articolazione del gomito in estensione completa o quasi: | | | |
| a) in semipronazione | 40 | | 35 |
| b) in pronazione | 45 | | 40 |
| c) in supinazione | 55 | | 50 |
| d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione | 35 | | 30 |
| Anchilosi completa dell'articolazione radio - carpica in estensione rettilinea | 18 | | 15 |
| Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione: | | | |
| a) in semipronazione | 22 | | 18 |
| b) in pronazione | 25 | | 22 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| c) in supinazione | 35 | | 30 |
| Anchilosi completa coxo - femorale con arto in estensione e in posizione favorevole | | 45 | |
| Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo - femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi | | 80 | |
| Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto | | 70 | |
| Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato | | 65 | |
| Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato | | 55 | |
| Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede | | 50 | |
| Perdita dell'avampiede alla linea tarso – metatarso | | 30 | |
| Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso | | 16 | |
| Perdita totale del solo alluce | | 7 | |
| Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove occorra perdita di più dita di ogni altro dito perduto è valutato il | | 3 | |
| Anchilosi completa rettilinea del ginocchio | | 35 | |
| Anchilosi tibio - tarsica ad angolo retto | | 20 | |
| Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi cinque centimetri | | 11 | |

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

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

| Visus Perduto | Visus Residuo | Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore | Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore |
|---|---|---|---|
| 1/10 | 9/10 | 1% | 2% |
| 2/10 | 8/10 | 3% | 6% |
| 3/10 | 7/10 | 6% | 12% |
| 4/10 | 6/10 | 10% | 19% |
| 5/10 | 5/10 | 14% | 26% |
| 6/10 | 4/10 | 18% | 34% |
| 7/10 | 3/10 | 23% | 42% |
| 8/10 | 2/10 | 27% | 50% |
| 9/10 | 1/10 | 31% | 58% |
| 10/10 | 0 | 35% | 65% |

**Note:**

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

## MODULO DI DENUNCIA DELLA GARANZIA A

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

Spett.le
HDI Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Assunzione, Portafoglio e Antiriciclaggio I Livello
Piazza G. Marconi n. 25 - 00144 ROMA
Data……

### ASSICURATO

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

Comune di nascita …… Prov……..
Cod.Fisc……..

Comune di residenza …… ……Cap. …… Prov. ……..

Indirizzo
……
……

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

- **copia di un documento identità in corso di validità;**
- **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 alla Società di acquisire direttamente tale relazione, in virtù della delega conferita alla 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 alla Società di acquisire direttamente tale documentazione in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato;
- **atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'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 l'importo residuo del mutuo alla data dell'evento assicurato** (dichiarazione non richiesta per denunce successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga passiva del mutuo);
- **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 alla Società di acquisire direttamente tale documentazione, in virtù della delega conferita alla 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 la 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**

**……**

## MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO GARANZIA B

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

Spett.le
HDI Assicurazioni S.p.A
Ufficio Assunzione, Portafoglio e Antiriciclaggio I Livello
Piazza G. Marconi n. 25 - 00144 ROMA
Data……

### ASSICURATO

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

Comune di residenza ……Cap……

Indirizzo…… Prov. ……...

### GARANZIA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

**Correlare la presente richiesta dai documenti specifici di seguito indicati:**

- **copia di un documento d'identità in corso di validità;**
- **indicazione del luogo, giorno, ora 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 mutuo** (dichiarazione non richiesta per denunce successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga nel mutuo da parte di altro Istituto di Credito).

Resta inteso che la 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**

……

## RICHIESTA DI PROSECUZIONE DEL CONTRATTO

*(in caso di estinzione anticipata parziale o totale, surroga passiva o accollo del mutuo)*

**POLIZZA COLLETTIVA N. _____**

**Spett.le**
**HDI Assicurazioni S.p.A.**
**Ufficio Assunzione, Portafoglio e Antiriciclaggio I Livello**
**Piazza G. Marconi n. 25 - 00144 ROMA**

### DATI ASSICURATO

Cognome e Nome…… sesso……

data di nascita……/……/…… Comune di nascita…… Prov…… Cod. Fisc…… Comune di residenza ……

Cap…… Prov……Indirizzo……

Recapito telefonico …… Email ……

n.° conto finanziamento…… Data sottoscrizione del contratto ……/……/……

### OPERAZIONE RICHIESTA

☐ estinzione anticipata totale ☐ estinzione anticipata parziale

☐ surroga ☐ accollo

### DICHIARAZIONE DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto, dopo presa visione del set informativo, dichiara di essere consapevole che a seguito dell'operazione richiesta e sopra riportata la copertura assicurativa cessa totalmente o, in caso di estinzione anticipata parziale, in modo proporzionale. La Società pertanto - secondo quanto stabilito dalla normativa IVASS - procederà con il rimborso automatico del premio, in misura proporzionale in caso di estinzione anticipata parziale, al netto di eventuali imposte, delle spese amministrative per il rimborso del premio e della quota relativa al rischio corso entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

**Luogo e data** **Firma dell'Assicurato**

…… ……

### RICHIESTA DI PROSECUZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA – scelta facoltativa ed opzionale

Il sottoscritto, contestualmente alla richiesta di procedere con una delle operazioni sopra elencate, dichiara di volere - in alternativa al rimborso automatico del premio - la prosecuzione del Contratto assicurativo alle condizioni originariamente stabilite in fase di sottoscrizione del modulo di adesione

**Luogo e data** **Firma dell'Assicurato**

…… ……

### VARIAZIONE DEI BENEFICIARI E DEL MANDATO ALL'INCASSO – scelta facoltativa ed opzionale

Il sottoscritto ha altresì 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 la garanzia B compilando le parte sottostante.

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

1. _____ Oppure ☐ Codice (**)_____
   Nome e cognome o ragione sociale, Data e Luogo di nascita o Sede Legale, C.F. o P.IVA, recapiti anche di posta elettronica
2. _____ Oppure ☐ Codice (**)_____
   Nome e cognome o ragione sociale, Data e Luogo di nascita o Sede Legale, C.F. o P.IVA, recapiti anche di posta elettronica

(**) Vedere "Tabella Codici Beneficiari" nella pagina seguente.

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

1. …… 3 ……
2. …… 4 ……

**Luogo e data** **Firma dell'Assicurato**

…… ……

**REFERENTE TERZO- SOLO PER LA GARANZIA A** (diverso dal beneficiario)
da contattare in caso di decesso dell'assicurato:

_____
Nome e cognome, Data e Luogo di nascita, N. Documento, C.F., recapiti anche di posta elettronica

**Luogo e data** _____ **Firma del Referente Terzo**_____

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.

| Tabella Codici Beneficiari |
| --- |
| A Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Assicurato pro quota in base alle regole successorie |
| B Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Assicurato in parti uguali |
| C Figli dell'Assicurato nati e nascituri in parti uguali |

## ACCERTAMENTI SANITARI

Il contratto viene assunto dalla Società con modalità diverse in rapporto all'entità di capitale complessivo da assicurare. Di seguito vengono illustrate le diverse modalità di assunzione:

| CAPITALE ASSICURATO | ACCERTAMENTI SANITARI |
|---|---|
| Fino a 250.000,00 Euro | Questionario sanitario presente nella proposta di assicurazione. |
| Da 250.000,01 Euro a 500.000,00 Euro | Documentazione precedente;<br>Visita medica;<br>Esame completo delle urine;<br>Test della cotinina (solo per non fumatori)<br>Piccolo Laboratorio:<br>Colesterolo totale, HDL, LDL, Trigliceridi, HbsAg e Anti HCV. |
| Da 500.000,01 Euro a 1.000.000,00 Euro | Documentazione precedente;<br>ECG riposo e sotto sforzo;<br>Ecocardiografia;<br>Ecotomografia addome completa;<br>Grande Laboratorio: Emocromo con formula leucocitaria, HbA1c, Creatinina, Transaminasi GOT, GPT, GGT, Bilirubina totale, VES. |
| Da 1.000.000,00 Euro e fino a 3.500.000,00 Euro | Documentazione precedente;<br>Laboratorio aggiuntivo: PSA (solo per uomini), Antigene Carcino Embrionario (CEA) CA 19-9, Alfa-Feto Proteina, Fosfatasi alcalina, Acido urico, Test funzionalità Tiroidee (FT3, FT4, TSH), Tempo di protrombina, Protidogramma elettroforetico. |

*Per polizze con Somma Assicurata oltre i 3.500.000,00 Euro, gli accertamenti sanitari da produrre verranno comunicati caso per caso.*

**Avvertenza:** La Società si riserva di richiedere, di volta in volta, ulteriore documentazione sanitaria.

## ULTERIORE DOCUMENTAZIONE

In caso di capitali assicurati maggiori di 700.000,00 Euro è necessario presentare il Questionario Finanziario.



HDI Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (IT)
Telefono +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500
hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it

Capitale Sociale € 351.000.000,00 i.v.
Codice Fiscale, Partita Iva
e Numero d'iscrizione: 04349061004
del Registro Imprese di Roma,
N. REA: RM-757172

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

HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (IT) - Tel. +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500 - hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it - Capitale Sociale €351.000.000,00 i.v. - C.F., P. IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - 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

# 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)?<br>SE SI, INDICARE QUALI:<br>___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ __ | 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?<br>SE SI, INDICARE QUALI:<br>___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___<br>**(*)** *Le chiediamo di non fornire informazioni se il trattamento attivo di una malattia oncologica si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni o da più di 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni, ai sensi della legge n. 193 del 7 dicembre 2023. Sono previsti termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni.* | SI □ | NO □ |
| **3.** Ha effettuato negli ultimi l2 mesi esami di laboratorio da cui siano emersi valori fuori dalla norma?<br>SE SI, INDICARE QUALI:<br>___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ | SI □ | NO □ |
| **4.** Assume regolarmente medicinali o ne ha assunti negli ultimi dodici mesi?<br>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?<br>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?<br>___ | SI □ | NO □ |
| **8.** E' attualmente titola re di una polizza di assicurazione (vita, invalidità o malattia) o ha proposte in corso di perfezionamento?<br>___ | 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. Ciò non si applica nei casi in cui il soggetto esercita il diritto all'oblio oncologico. 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. L'Assicurato che esercita il diritto all'oblio oncologico non è tenuto a sottoporsi ad accertamenti medici che forniscono indicazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.**

Data e luogo _____ Firma _____

# RAPPORTO DI VISITA MEDICA

**Si prega il Medico di famiglia di raccogliere le dichiarazioni dell'assicurando, effettuare le rilevazioni richieste e rispondere con accuratezza ad ogni singola domanda:**

**1.** Nome e cognome dell'Assicurando:

Indirizzo:

Sesso: Data di nascita:

**2.** Da quanto tempo conoscete l'Assicurando?

Da quale data possedete informazioni scritte sull'Assicurando (esami, cartelle cliniche, ..... ) ?

**3.** Siete il medico curante dell'Assicurando ? Da che anno ?

Siete parente o affine dell'Assicurando? Se sì, con quale grado di parentela?

**4.** ESAME OBIETTIVO

Altezza in cm: Peso in Kg:

Il peso è in aumento, in diminuzione, stazionario?

Misura del torace espirando inspirando

Misura addominale

Frequenza, ritmo e tipo di pulsazione a riposo

Soffio cardiaco (se presente descriverlo e specificare se è da considerarsi funzionale o organico)

Pressione sanguigna (se supera i 140/90 ripetere il test) min max

Si notano apparenti anormalità nella palpazione dell'addome ?

**5.** Dettagli su ogni malattia e/o infortunio per i quali l'Assicurando sia stato in cura da Voi o dei quali Voi comunque siate a conoscenza.

| Natura della malattia o ragione del consulto | Data inizio e durata | Eventuali conseguenze della malattia o lesione e possibilità di ricaduta |
|---|---|---|

**6.** Con riferimento alle attuali condizioni dell'Assicurando, della sua storia personale e della storia della sua famiglia, avete ragione di ritenere che sia o possa essere soggetto a malattie congenite, ereditarie e/o costituzionali ?
Se sì, quali?

---

**7.** Vi risulta che l'Assicurando soffra o abbia sofferto di disturbi al cuore, ai polmoni, al fegato, reni o altri organi interni?

---

**8.** Avete avuto precedenti occasioni di misurare la pressione del sangue dell'Assicurando ? Quando e con quali risultati?

---

**9.** Siete a conoscenza di passati o presenti casi di fratture, reumatismi, infortunio o intervento chirurgico?

---

**10.** Vi risulta che l'Assicurando soffra o abbia sofferto di disturbi e/o malattie mentali e del sistema nervoso?

---

**11.** Vi risulta che l'Assicurando faccia o abbia fatto uso, e con quale frequenza, di:

a. tabacco:

b. alcoolici:

c. medicinali:

---

**12.** Siete a conoscenza di altre circostanze non precedentemente menzionate che possano ritenersi importanti in relazione ad una assicurazione sulla vita, anche in riferimento alla lunga durata dell'assicurazione stessa ?

---

**13.** Siete a conoscenza di fatti relativi allo stato di salute presente e passato dell'Assicurando, della sua storia personale o del suo modo di vita che possano, secondo la Vostra opinione, condizionare l'assicurabilità del Vostro paziente (viaggi in Paesi tropicali e/o a rischio sanitario, comportamento sessuale a rischio, etc.) ?

**14.** A suo giudizio, lo stato di salute attuale dell'Assicurando è

Stato di salute buono ☐

Stato di salute mediocre ☐

Stato di salute non buono ☐

***Nome, cognome e indirizzo del Medico Curante***

***Firma del Medico Curante*** ***Data:***

**Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date con il presente documento sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto con il questionario stesso. Riconosco che le notizie e i dati richiestimi sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della HDI Assicurazioni S.p.a.**
**Prosciolgo dal segreto professionale e legale i Direttori di Cliniche, Ospedali, Case di Cura; Enti Mutualistici, Medici liberi professionisti o dipendenti da Enti che possano avermi curato o semplicemente visitato e tutte le altre persone alle quali la HDI Assicurazioni S.p.a. credesse, in qualsiasi momento, di rivolgersi per ottenere documenti o informazioni riguardanti il mio stato di salute.**

**HO LETTO ED APPROVO SPECIFICATAMENTE QUANTO SOPRA**

**Firma dell'Assicurando** **Data:**

PAGINA BIANCA