PRESTITO PLUS
(LAVORATORE DIPENDENTE)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PER TUTTE LE GARANZIE

Data ultimo aggiornamento del documento: 01/06/2026

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 che hanno stipulato o stipulano un contratto di finanziamento e che svolgono, al momento della sottoscrizione del modulo di adesione, l'attività di lavoratore dipendente privato così come definito all'art. 4.1 delle condizioni di assicurazione.

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

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 pacchetto unico.

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.

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.

C **Assicurazione di disoccupazione:** In caso di disoccupazione, la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento pari alle singole rate del finanziamento contratto e non ancora scadute alla data del licenziamento, limitatamente al periodo di disoccupazione

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 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.

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. Cointestazioni 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.
Eventuali allungamenti della durata del finanziamento non modificano la durata delle garanzie.

In caso di preammortamento tecnico le garanzie prestate dalla Società saranno operative per un massimo di 37 giorni.

Art. 1.6. Risoluzione delle garanzie

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

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 a 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 dipendente privato così come definiti all'art. 4.1 delle condizioni di assicurazione.
Possono essere soggetti Assicurati le persone fisiche residenti o domiciliate nella Repubblica Italiana, nella Repubblica di San Marino o nella Città del Vaticano. L'Assicurato deve avere all'ingresso un'Età Assicurativa compresa tra 18 e 74 anni. L'Età Assicurativa massima a scadenza non deve superare il limite 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 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 50.000,00 (cinquantamila/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 120 mesi, oltre al periodo di preammortamento tecnico.

L'assunzione del rischio da parte della Società comporta il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato in base all'importo erogato (o al debito residuo alla data di decorrenza dell'assicurazione) relativo al finanziamento come segue:

- se l'importo erogato (o il debito residuo) è pari o inferiore a Euro 15.000,00 (quindicimila/00), è richiesta la compilazione del questionario sanitario base;
- se l'importo erogato (o il debito residuo) è superiore a Euro 15.000,00 (quindicimila/00), è richiesta la compilazione del questionario sanitario integrato.

I questionari sanitari sono allegati alle condizioni di assicurazione.

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 i questionari sanitari e la visita medica.

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 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.
L'assunzione del rischio viene effettuata sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel modulo di adesione e nei questionari sanitari. 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 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 dal Beneficiario 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, 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 finanziamento, è possibile designare quale Beneficiario della prestazione della garanzia A l'Istituto di Credito subentrato al rapporto di finanziamento. In tal caso l'Assicurato ha facoltà di conferire mandato all'incasso degli indennizzi, relativi alle garanzie B e C al nuovo Istituto 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.

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 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.
Esempio rateo di premio da rimborsare a seguito di estinzione totale del finanziamento
Capitale assicurato iniziale: €30.000,00
P = 259,00 euro
N = 120 mesi (10 anni)
t = 48 mesi (4 anni)
CF = 15,00 euro
R_1 = 259,00*(120-48)/120 - 15,00 = 140,00 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 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.

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: €30.000,00

P = 259,00 euro

N = 120 mesi (10 anni)

t = 36 mesi (3 anni)

E = 10.000,00 euro

CF = 10,00 euro

R_2= 259,00 * (10.000,00/30.000,00) * (120-36)/120 - 10,00 = 50,36 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 finanziamento

In caso di anticipata estinzione totale 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 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 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 Guglielmo Marconi n. 25 - 00144 ROMA;

- posta elettronica certificata all'indirizzo: sinistriramivita@pec.hdia.it

e

Agenzia/Filiale del Contraente presso la quale è stato sottoscritto il Modulo di adesione e che ha erogato il finanziamento.

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 tale comunicazione, emette la relativa l'appendice di variazione dei Beneficiari.

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 esercitare il diritto di recesso entro 60 giorni:

- dalla data di sottoscrizione del modulo di adesione dandone comunicazione a Società, nonché al Contraente, e comunicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurata;
- in caso di vendita telefonica, dal giorno in cui riceve le condizioni di assicurazioni e le informazioni precontrattuali previste, se tale giorno è successivo a quello di sottoscrizione del modulo di adesione.

Tale comunicazione deve essere indirizzata a:

HDI Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Credit Protection

tramite:

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

Piazza Guglielmo Marconi n. 25 - 00144 ROMA;

- posta elettronica certificata all'indirizzo: sinistriramivita@pec.hdia.it

e

Agenzia/Filiale del Contraente presso la quale è stato sottoscritto il Modulo di adesione e che ha erogato il finanziamento.

Se il modulo di adesione è stato sottoscritto online, la comunicazione può essere inviata anche tramite l'apposita funzione di recesso disponibile sulla piattaforma online di Banca Sella, oppure, se l'adesione è avvenuta telefonicamente, anche tramite il numero reperibile nella sezione "Contatti" di www.sella.it.

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 ricezione della relativa comunicazione.

Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di recesso Società provvede a rimborsare il premio al netto dell'imposta e delle spese amministrative per il rimborso del premio pari a 15,00 Euro. Tali spese amministrative non verranno addebitate nel caso in cui l'adesione avvenga mediante Tecniche di vendita a distanza e la comunicazione di recesso venga inviata entro i primi 30 giorni dal giorno di adesione.

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 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 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 Guglielmo Marconi n. 25 - 00144 ROMA;
- posta elettronica certificata all'indirizzo:
sinistriramivita@pec.hdia.it

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 Società rimborserà il premio relativo alla garanzia cessata direttamente 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 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

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 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. 2.2 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.

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.

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 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;
- **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 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 del 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 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 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 la 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, Portafoglio e Antiriciclaggio I Livello

tramite:

- raccomandata A/R a Società, al seguente indirizzo:
Piazza Guglielmo 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.

Art. 2.4 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

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**.

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 antecedentemente la Data Iniziale e le conseguenze di situazioni patologiche 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, Portafoglio e Antiriciclaggio I Livello

tramite:

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

Piazza Guglielmo 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 finanziamento alla data dell'evento assicurato** (dichiarazione non richiesta per denunce successive ad operazioni di estinzione anticipata, accollo o surroga del finanziamento da parte di altro Istituto di Credito);
- **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.

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.

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 DISOCCUPAZIONE A PREMIO UNICO

Art. 4.1 Indennizzo

La Società, in caso di sopravvenuta disoccupazione durante la durata della garanzia, provvede alla corresponsione all'Assicurato di 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 alla data di licenziamento. Per ogni sinistro, **il primo indennizzo sarà liquidato trascorsi 30 giorni consecutivi di disoccupazione dal termine del periodo di franchigia assoluta di 60 giorni consecutivi. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni successivo periodo intero di 30 giorni consecutivi di disoccupazione** con un massimo di 6 indennizzi mensili per ogni sinistro e di 18 indennizzi mensili nel corso della durata dell'assicurazione.

Il limite massimo di ogni singola rata è pari a Euro 800,00.

Per Disoccupazione si intende la condizione dell'Assicurato che in seguito alla perdita dello stato di lavoratore dipendente, sia immediatamente disponibile allo svolgimento e alla ricerca di un'attività lavorativa, secondo modalità definite con i servizi competenti. Ne deriva che lo 'stato di Disoccupato' può essere riconosciuto esclusivamente alle persone che si presentano al centro per l'impiego nel cui territorio sono residenti e/o domiciliate e rilasciano la dichiarazione attestante l'immediata disponibilità al lavoro. Per lavoratore dipendente si intende la persona fisica obbligata a prestare il proprio lavoro in base ad un contratto di lavoro dipendente comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali.

Sono considerati lavoratori dipendenti coloro che godono dei redditi di cui agli art. 47, comma 1 , DPR 22/12/86 n° 917, lettere a,c,d,g.

Le prestazioni previste per i lavoratori dipendenti saranno operative soltanto in presenza di contratto di lavoro a tempo indeterminato.

Tale garanzia è prestata fino ad un massimo di 120 mesi.

Art. 4.2 Disoccupazione durante il periodo di carenza

In caso di licenziamento comunicato all'Assicurato durante il periodo di carenza, pari a 90 giorni, perché lo stesso abbia diritto agli indennizzi, dovrà essere stato nuovamente assunto come lavoratore dipendente e conseguentemente a ciò dovrà avere successivamente prestato servizio per un periodo pari alla "Ripresa di occupazione" di 180 giorni consecutivi.

Art. 4.3 Esclusioni

Le coperture non saranno operative nei sotto elencati casi:

a) dolo dell'Assicurato;
b) l'Assicurato, al momento del sinistro, è lavoratore autonomo.
c) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il sinistro. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
d) all'atto dell'adesione, o nel periodo di decorrenza della polizza l'Assicurato é a conoscenza di una prossima disoccupazione o é al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
e) la disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa e giustificato motivo soggettivo;
f) Licenziamento per superamento del periodo di comporto;
g) risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
h) risoluzione del rapporto di lavoro a seguito di transazione con il datore di lavoro anche all'esito dell'esperimento di una procedura conciliativa;
i) la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base al contratto di lavoro a tempo determinato o il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale o, comunque, se è la conseguenza di scadenza di un contratto a termine;
j) l'Assicurato non si é iscritto agli elenchi anagrafici presso il Centro per l'impiego competente con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità (casi per cui l'assicurazione è operante);

k) l'Assicurato percepisca il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Straordinaria e straordinaria in deroga;
l) la Società ha pagato per lo stesso periodo indennizzi previsti per il caso di inabilità temporanea totale;
m) la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dalle prestazioni in caso di Inabilità Temporanea Totale;
n) l'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale;
o) l'Assicurato è un Dirigente;
p) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
q) l'Assicurato svolgeva la propria attività lavorativa come lavoratore socio di cooperative;
r) l'Assicurato svolge la propria normale attività lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
s) la disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
t) il licenziamento intervenuto in ambito di rapporti di coniugio, di parentela entro il terzo grado, di affinità entro il secondo grado, come intesi all'art. 230 bis c.c. in materia di impresa familiare.

Art. 4.4 Denunce successive - sospensione delle prestazioni

Quando un sinistro per disoccupazione sia stato chiuso per qualunque ragione, salvo all'esaurimento del massimale globale, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di disoccupazione salvo che, nel periodo intercorrente tra il primo ed il secondo evento, l'Assicurato sia ritornato ad essere lavoratore dipendente per un periodo pari alla "Ripresa di occupazione" di 180 giorni consecutivi.

Gli obblighi assunti dalla Società InChiaro Assicurazioni S.p.A. con la presente garanzia relativamente al rischio per disoccupazione sono definitivamente esauriti qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 indennizzi mensili.

Art. 4.5 Denuncia del sinistro ed oneri relativi

L'Assicurato, **entro 60 giorni dal verificarsi della disoccupazione, deve**:

a) comunicare a Società la propria disoccupazione inviando copia del documento comprovante la
b) cessazione del rapporto di lavoro;
c) inviare copia di un documento di identità in corso di validità;
d) inviare lettera di assunzione;
e) inviare lettera di licenziamento;
f) inviare domanda dell'Assicurato che contenga la denuncia dell'evento e le indicazioni che permettano di identificare la propria posizione assicurata;
g) inviare scheda anagrafica professionale o documento equipollente;
h) delegare Società (ex art. 1723, 2 c., c.c.), ai sensi dell'art. 7 del codice della privacy ad acquisire qualsiasi tipo di informazione o documentazione presso il datore di lavoro, sciogliendo quest'ultimo da ogni riserbo;
i) consentire un'indagine e/o accertamenti da parte di persone di fiducia della Società, i cui costi saranno a totale carico della stessa.

Tale comunicazione deve essere indirizzata **a :**

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

tramite:

- A/R a Società, al seguente indirizzo:
Piazza Guglielmo 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.

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.

E' facoltà dell'Assicurato effettuare la comunicazione utilizzando il modulo di cui all'Allegato C delle presenti condizioni di assicurazione allegando tutta la documentazione sopra indicata.

Art. 5.1 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 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.

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 01/03/2025, la sua Età Assicurativa dal 01/09/2025 è 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.

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 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 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.

Disoccupazione: la condizione dell'Assicurato che in seguito alla perdita dello stato di lavoratore dipendente, sia immediatamente disponibile allo svolgimento e alla ricerca di un'attività lavorativa, secondo modalità definite con i servizi competenti. Ne deriva che lo 'stato di Disoccupato' può essere

riconosciuto esclusivamente alle persone che si presentano al centro per l'impiego nel cui territorio sono residenti e/o domiciliate e rilasciano la dichiarazione attestante l'immediata disponibilità al lavoro.

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 01/03/2025, la sua Età Assicurativa dal 01/09/2025 è di 31 anni).

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.

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%.

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.

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

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.

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.**

Ripresa di occupazione: periodo di tempo successivo alla liquidazione totale e definitiva di un sinistro per Disoccupazione, 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 Disoccupazione.

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

Servizi Competenti: i centri per l'impiego di cui all'articolo 4, comma 1, lettera e) del decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469, e gli altri organismi autorizzati o accreditati a svolgere le previste funzioni, in conformità delle norme regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

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 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.

ALLEGATO A

TABELLA INAIL

Descrizione	Percentuali		
	destro	-	sinistro
Sordità completa di un orecchio		15	
Sordità completa bilaterale		60	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi		40	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi relativa tabella)			
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30	
Perdita di un rene con integrità di un rene superstite		25	
Perdita della milza senza alterazione della crasi ematica		15	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità			
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50		40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40		30
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo omerale	85		75
b) per amputazione al terzo superiore	80		70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Perdita di tutte le dita della mano	65		55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35		30

Perdita totale del pollice	28		23
Perdita totale dell'indice	15		13
Perdita totale del medio		12	
Perdita totale dell'anulare		8	
Perdita totale del mignolo		12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15		12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7		6
Perdita della falange ungueale del medio		5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11		9
Perdita delle ultime due falangi del medio		8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare		6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo		8	
Anchilosi totale articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°:			
a) in semipronazione	30		25
b) in pronazione	35		30
c) in supinazione	45		40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25		20
Anchilosi totale articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55		50
Anchilosi totale articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
a) in semipronazione	40		35
b) in pronazione	45		40
c) in supinazione	55		50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35		30
Anchilosi completa dell'articolazione radio - carpica in estensione rettilinea	18		15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			

a) in semipronazione	22		18
b) in pronazione	25		22
c) in supinazione	35		30
Anchilosi completa coxo - femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo - femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso – metatarso		30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16	
Perdita totale del solo alluce		7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove occorra perdita di più dita di ogni altro dito perduto è valutato il		3	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35	
Anchilosi tibio - tarsica ad angolo retto		20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi cinque centimetri		11	

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

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

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

Note:

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata: in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di rifrazione.
4. La perdita di 5/10 di visus di un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di un infortunio agricolo.
5. In caso di afachia monolaterale:

   - con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10.....15%

   - con visus corretto di 7/10.....18%

   - con visus corretto di 6/10.....21%

   - con visus corretto di 5/10.....24%

   - con visus corretto di 4/10.....28%

   - con visus corretto di 3/10.....32%

   - con visus corretto inferiore a 3/10..... 35%

6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

ALLEGATO B

MODULO DI DENUNCIA DELLA GARANZIA A

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

Spett.le

HDI Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Assunzione, Portafoglio e Antiriciclaggio I Livello
Piazza Guglielmo 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):

- **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 finanziamento alla data dell'evento assicurato** (dichiarazione non richiesta per denuncie 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 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 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
HDI Assicurazioni S.p.A
Ufficio Assunzione, Portafoglio e Antiriciclaggio I Livello
Piazza Guglielmo 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. ……..

GARANZIE

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

☐ **Invalidità Totale Permanente**

–**indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento;**
- **copia di un documento d' identità in corso di validità**;
- **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).

☐ **Disoccupazione**

- **copia di un documento d' identità in corso di validità**
- **copia del documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro**;
- **lettera di assunzione;**
- **lettera di licenziamento**;
- **scheda anagrafica professionale o documento equipollente**;
- **delega a Società** (**ex art. 1723, 2 c., c.c.), ai sensi dell'art. 7 del codice della privacy ad acquisire qualsiasi tipo di informazione o documentazione presso il datore di lavoro, sciogliendo quest'ultimo da ogni riserbo.**
  Inoltre, l'Assicurato deve consentire un'indagine e/o accertamenti da parte di persone di fiducia della Società, i cui costi saranno a totale carico della stessa.

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

…….

ALLEGATO D

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 Guglielmo 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 e C 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 e C: 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

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
Società con unico azionista

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

HDI Assicurazioni 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 – 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

QUESTIONARIO SANITARIO BASE

in caso di importo erogato (o debito residuo) pari o inferiore a Euro 15.000,00

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: ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ **(*)** *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 ☐

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. È fatto salvo 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 non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni 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 _____

HDI ASSICURAZIONI

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 – 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

QUESTIONARIO SANITARIO INTEGRATO

in caso di importo erogato (o debito residuo) superiore a Euro 15.000,00

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 SÌ, 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 SÌ, INDICARE QUALI: ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ **(*)** *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. Assume regolarmente medicinali o ne ha assunti negli ultimi dodici mesi? SE SÌ, INDICARE QUALI: ____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	SI ☐	NO ☐
4. Costituzione: ALTEZZA: CM _____ _____ PESO: KG ___ ___		

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. È fatto salvo 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 non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni 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 _____