

TEMPORANEA PURO RISCHIO

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO
DI MORTE DI RENDITA CERTA A PREMIO ANNUO COSTANTE
LIMITATO O UNICO

Il presente Fascicolo informativo, contenente la Nota informativa, le Condizioni di assicurazione, il Glossario, il Modulo di proposta, deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Documenti aggiornati a Gennaio 2010

HDI Assicurazioni S.p.A.

Via Abruzzi, 10-00187 Roma
Tel. +39 06 421 031
Fax +39 06 4210 3500
hdi.assicurazioni@hdia.it
www.hdia.it



Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo
“HDI Assicurazioni” iscritto all’Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

Sommario

Nota informativa	pag. 3
Condizioni contrattuali	pag. 9
Glossario	pag. 13
Accertamenti sanitari – Ulteriore documentazione	pag. 16
Tutela Privacy - Informativa	pag. 17
Proposta di assicurazione	pag. 19

Mod. V1TCMRFIA

TEMPORANEA PURO RISCHIO IN FORMA DI RENDITA CERTA

NOTA INFORMATIVA

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

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

HDI Assicurazioni S.p.A. – Società per Azioni (Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015) con Direzione Generale e Sede Legale in Italia, Via Abruzzi n.10 (00187) Roma – autorizzata* all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M.I.C.A. n.19570 dell'8 giugno 1993 e iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicurative al n. 1.00022 – tel. 06 421 031 – fax 06 4210 3500 – Sito Internet: www.hdia.it – indirizzo e-mail: hdi.assicurazioni@hdia.it.

La Società di revisione e certificazione è BDO SALA SCELSI FARINA Società di Revisione S.p.A., con sede in Via Andrea Appiani 12 – 20121 Milano.

2. Conflitto di interessi

Il presente prodotto non presenta situazioni in conflitto di interessi. Nessun accordo per il riconoscimento di utilità specifiche è stato stipulato dalla Società con terze parti.

In ogni caso l'impresa, pur in presenza di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata del contratto è compresa tra un minimo di 1 anno e un massimo di 20 per la forma a premio annuo costante, e tra un minimo di 3 e un massimo di 20 anni per la forma a premio unico; essa deve essere scelta tenendo presente che l'età dell'Assicurato alla sottoscrizione del contratto deve essere compresa tra 18 e 74 anni nel primo caso e tra 18 e 72 anni nel secondo. Per entrambe le forme l'età a scadenza non può risultare superiore a 75 anni.

Il contratto prevede la seguente tipologia di prestazione:

a) Prestazioni in caso di decesso:

In caso di decesso dell'Assicurato entro la scadenza contrattuale la corresponsione ai Beneficiari designati della rendita assicurata indicata nel documento di polizza per la durata residua del contratto. La rendita di importo costante è corrisposta secondo la rateazione prescelta dal Contraente alle scadenze pattuite: la prima rata è corrisposta alla prima scadenza successiva alla data del decesso dell'Assicurato e l'ultima alla scadenza contrattuale.

I premi versati (unico o annui costanti) vengono utilizzati per far fronte al rischio demografico della mortalità; pertanto nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto e i premi corrisposti restano acquisiti dalla Società.

Il presente contratto prevede il preventivo accertamento

* C.F. e P.IVA 04349061004

Nota informativa

delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica. E' tuttavia possibile, qualora l'ammontare della rendita e l'età dell'Assicurato (come specificato nella tabella "Accertamenti sanitari" facente parte del presente fascicolo informativo) lo permettano, non sottoporsi a visita medica mediante compilazione del questionario sanitario: in tal caso l'efficacia dell'assicurazione risulta limitata per 6 mesi (**periodo di carenza**). Qualora il decesso avvenga nel periodo di carenza, la Società corrisponde in luogo della rendita assicurata un importo pari al premio versato o alla somma dei premi versati al netto degli eventuali diritti ed imposte e delle addizionali di frazionamento.

Il periodo di carenza viene esteso a cinque anni dalla data di decorrenza qualora la morte sia dovuta a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata. Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, ma abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, il periodo di carenza è esteso a 7 anni.

Assunzione del rischio

L'assunzione del rischio da parte della Società comporta il preventivo accertamento:

- delle condizioni di salute dell'Assicurato, attraverso il questionario sanitario o la visita medica e gli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società (come indicato nella tabella "Accertamenti sanitari");
- delle abitudini di vita dell'Assicurato quali il consumo di tabacco, l'attività professionale, l'attività sportiva, ecc..

Il preventivo accertamento dello stato di salute dell'assicurato attraverso il questionario sanitario, come indicato nella tabella "Accertamenti sanitari", può avvenire solo se le seguenti condizioni si verificano entrambe:

- età dell'assicurato alla sottoscrizione del contratto minore od uguale a 60 anni;
- capitale assicurato iniziale minore od uguale a € 200.000,00.

Il Contraente è tenuto a prestare particolare attenzione nel leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.

E' escluso dalla garanzia il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione.

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, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità od operazioni belliche (sia che la guerra sia stata dichiarata o meno), guerra civile, ammutinamento, rivolte o insurrezioni civili, tali da assumere le proporzioni o sfociare in sommosse popolari, sommosse militari, insurrezioni, ribellioni, rivoluzioni, colpi di stato e 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 sia che siano legittimi o meno.

È escluso dalla garanzia, anche in mancanza di partecipazione attiva dell'Assicurato, il decesso derivante da atto di guerra, come precedentemente definito, avvenuto al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il decesso o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso.

In questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso.

4. Premi

Le prestazioni garantite dalla presente assicurazione vengono corrisposte dietro il pagamento di un premio unico o annuo anticipato. Il premio annuo dev'essere corrisposto a partire dall'inizio del contratto, per la durata stabilita, inferiore a quella contrattuale, ma non oltre la morte dell'Assicurato. L'importo minimo dei premi (annuo ed unico) è pari ad € 100,00.

L'entità del premio dipende dalla gamma e dal livello delle garanzie previste dal contratto: su di essa, inoltre, influiscono la durata dell'assicurazione, l'età, il sesso, lo stato di salute, le abitudini di vita e la professione dell'Assicurato.

Il premio annuo è di importo costante per l'intero periodo di pagamento dello stesso. Il premio convenuto non può essere modificato dalla Società nel corso della durata del contratto. Il premio annuo può essere corrisposto anche in rate sub-annuali. Qualora il Contraente scelga di rateizzare il premio, a quest'ultimo vengono applicate le successive addizionali di frazionamento: Semestrale 1,5%; Quadrimestrale 2%; Trimestrale 2,5%; Bimestrale 3%; Mensile 3,5%. Il premio del primo anno anche se frazionato in più rate è dovuto per intero.

Le rate di premio devono essere pagate alle scadenze pattuite presso la Società o il Punto Vendita cui è assegnato il contratto contro quietanza. Il Contraente può

Nota informativa

versare i premi con assegno bancario o circolare intestato ad **"HDI Assicurazioni S.p.A."** e munito della clausola di non trasferibilità. I versamenti successivi al primo possono essere effettuati anche mediante apposito bollettino di conto corrente postale o con bonifico bancario intestato alla Compagnia di Assicurazione, come

indicato per il pagamento tramite assegno. E' consentito, inoltre, il versamento dei premi mediante trattenuta sulla retribuzione effettuata dal datore di lavoro (solo nel caso di apposita convenzione) o tramite addebito su conto corrente bancario (R.I.D.). I premi non possono essere corrisposti in contanti.

TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI

Riportiamo qui di seguito alcune esemplificazione degli importi di premio unico e annuo richiesti per la specifica copertura assicurativa, relativi alle diverse combinazioni di età, durata e rendita indicate nelle tabelle seguenti. Gli importi indicati in tabella non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti ad esempio alla professione ed allo stato di salute dell'Assicurato, che potranno essere effettuate solo dopo che l'Assicurato abbia reso le necessarie informazioni e compilato il questionario sanitario (o, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica).

Temporanea puro rischio in forma di Rendita certa a premio annuo costante

Importi di premio (in €)

Frazionamento
rendita:
Annuale

Rendita annua
assicurata:
€ 5.000

Sesso: Maschio

Durata polizza / Durata pagamento premi				
Età	5 / 3	10 / 5	15 / 10	20 / 15
30	(*)	(*)	(*)	113,0
35	(*)	(*)	109,0	134,0
40	(*)	120,5	143,5	185,5
45	(*)	173,5	213,5	283,5
50	121,5	264,5	333,0	447,0

Rendita annua
assicurata:
€ 10.000

Sesso: Maschio

Durata polizza / Durata pagamento premi				
Età	5 / 3	10 / 5	15 / 10	20 / 15
30	(*)	165,0	176,0	206,0
35	(*)	172,0	198,0	248,0
40	106,0	221,0	267,0	351,0
45	150,0	327,0	407,0	547,0
50	223,0	509,0	646,0	874,0

Rendita annua
assicurata:
€ 20.000

Sesso: Maschio

Durata polizza / Durata pagamento premi				
Età	5 / 3	10 / 5	15 / 10	20 / 15
30	164,0	310,0	332,0	392,0
35	162,0	324,0	376,0	476,0
40	192,0	422,0	514,0	682,0
45	280,0	634,0	794,0	1.074,0
50	426,0	998,0	1.272,0	1.728,0

(*) PREMIO INFERIORE AL PREMIO MINIMO (€ 100)

Importi di premio (in €)

Frazionamento
rendita:
Annuale

Rendita annua
assicurata:
€ 5.000

Sesso: Femmina

Durata polizza / Durata pagamento premi (anni)				
Età	5 / 3	10 / 5	15 / 10	20 / 15
30	(*)	(*)	(*)	(*)
35	(*)	(*)	(*)	(*)
40	(*)	(*)	(*)	112,5
45	(*)	106,5	124,5	156,0
50	(*)	145,5	174,0	224,5

Rendita annua
assicurata:
€ 10.000

Sesso: Femmina

Durata polizza / Durata pagamento premi (anni)				
Età	5 / 3	10 / 5	15 / 10	20 / 15
30	(*)	(*)	105,0	123,0
35	(*)	110,0	125,0	152,0
40	(*)	140,0	164,0	205,0
45	(*)	193,0	229,0	292,0
50	128,0	271,0	328,0	429,0

Rendita annua
assicurata:
€ 20.000

Sesso: Femmina

Durata polizza / Durata pagamento premi (anni)				
Età	5 / 3	10 / 5	15 / 10	20 / 15
30	(*)	172,0	190,0	226,0
35	102,0	200,0	230,0	284,0
40	124,0	260,0	308,0	390,0
45	172,0	366,0	438,0	564,0
50	236,0	522,0	636,0	838,0

Nota informativa

Temporanea puro rischio in forma di Rendita certa a premio unico

Importi di premio (in €)

Frazionamento Annuale

Rendita annua € 5.000 Sesso: Maschio
assicurata:

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	124,5	337,0	614,0	951,5
35	123,0	353,5	700,5	1.179,5
40	144,5	460,0	979,5	1.741,5
45	204,5	695,0	1.532,0	2.792,5
50	304,0	1.093,0	2.469,5	4.502,5

Rendita annua € 10.000 Sesso: Maschio

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	219,0	604,0	1.133,0	1.808,0
35	216,0	637,0	1.306,0	2.264,0
40	259,0	850,0	1.864,0	3.388,0
45	379,0	1.320,0	2.969,0	5.490,0
50	578,0	2.116,0	4.844,0	8.910,0

Rendita annua € 20.000 Sesso: Maschio

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	393,0	1.138,0	2.171,0	3.521,0
35	387,0	1.204,0	2.517,0	4.433,0
40	473,0	1.630,0	3.633,0	6.681,0
45	713,0	2.570,0	5.843,0	10.885,0
50	1.111,0	4.162,0	9.593,0	17.725,0

(*) PREMIO INFERIORE AL PREMIO MINIMO (€ 100)

Importi di premio (in €)

Frazionamento Annuale

Rendita annua € 5.000 Sesso: Femmina
assicurata:

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	(*)	185,5	328,5	495,5
35	(*)	216,5	410,0	657,5
40	(*)	282,5	565,5	946,5
45	129,5	400,0	826,0	1.421,5
50	174,0	570,5	1.220,0	2.161,5

Rendita annua € 10.000 Sesso: Femmina

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	120,0	301,0	562,0	896,0
35	134,0	363,0	725,0	1.220,0
40	165,0	495,0	1.036,0	1.798,0
45	229,0	730,0	1.557,0	2.748,0
50	318,0	1.071,0	2.345,0	4.228,0

Rendita annua € 20.000 Sesso: Femmina

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	195,0	532,0	1.029,0	1.697,0
35	223,0	656,0	1.355,0	2.345,0
40	285,0	920,0	1.977,0	3.501,0
45	413,0	1.390,0	3.019,0	5.401,0
50	591,0	2.072,0	4.595,0	8.361,0

5. Opzioni di contratto

Al momento dell'erogazione della prestazione il Beneficiario ha facoltà di chiedere la liquidazione immediata di una somma di denaro pari al valore attuale delle rate di rendita da corrispondere, calcolato al tasso di interesse tecnico del 5% annuo composto.

C. INFORMAZIONI SUGLI SCONTI E REGIME FISCALE

6. Misure e modalità di eventuali sconti

Non previsti.

7. Regime fiscale

7.1 Regime fiscale dei premi

I premi dei contratti di assicurazione sulla vita non sono

soggetti all'imposta sulle assicurazioni.

I premi corrisposti a fronte della copertura del rischio morte, a condizione che la persona dell'Assicurato sia la stessa del Contraente o persona fiscalmente a suo carico, danno diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato dal Contraente a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

Se solo una componente del premio di assicurazione è destinata alla copertura dei suddetti rischi, il diritto alla detrazione spetta con riferimento a tale componente, che viene appositamente indicata dalla Società.

L'importo annuo complessivo sul quale calcolare la detrazione non può superare Euro 1.291,14

Concorrono alla formazione di tale importo anche i premi delle assicurazioni vita o infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001, che conservano il diritto alla detrazione di imposta.

Nota informativa

7.2 Regime fiscale delle somme corrisposte

Le somme corrisposte in caso di morte, anche se erogate in forma di rendita, sono esenti dall'IRPEF. Le somme corrisposte in caso di morte sono anche esenti dall'imposta sulle successioni.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto si intende perfezionato e concluso nel giorno in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società ovvero il documento di polizza. Il contratto è altresì perfezionato e concluso nel giorno in cui il Contraente sottoscrive il documento di polizza e versa il relativo premio.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato regolarmente corrisposto il premio previsto:

- alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso; oppure
- alle ore 24 del giorno indicato in polizza, qualora la stessa preveda una data di decorrenza successiva a quella in cui il contratto è concluso.

9. Risoluzione del contratto e sospensione del pagamento dei premi

Il Contraente per le forme a premio annuo ha la facoltà di sciogliere il contratto con la sospensione del pagamento del premio. La sospensione comporta, qualora il Contraente non eserciti il diritto di richiedere il ripristino della piena efficacia del contratto entro 2 anni dalla sospensione del pagamento (riattivazione), l'automatica estinzione del contratto. I premi corrisposti restano acquisiti dalla Società. La riattivazione determina il ripristino della piena efficacia del contratto dietro versamento degli importi arretrati aumentati degli interessi legali. Trascorsi 6 mesi la riattivazione può essere eseguita dietro espressa domanda del Contraente ed è subordinata alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato da parte della Società.

10. Riscatto e riduzione

Non previsti.

11. Revoca della proposta

Il Contraente può revocare la proposta finché il contratto non è concluso dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata.

12. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito:

HDI Assicurazioni S.p.A.

RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO -

Via Abruzzi, 10 - 00187 ROMA.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione quale risulta dal timbro postale di invio della comunicazione di recesso.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso, la Società rimborsa al Contraente, previa consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici, il premio al netto delle spese per l'emissione del contratto quantificate in € 25,00.

13. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni

I pagamenti vengono effettuati dalla Società entro 30 giorni dalla presentazione della documentazione specificamente indicata all'art.14 (Pagamenti della Società) delle Condizioni contrattuali.

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda secondo quanto stabilito dall'art.2952 del Codice Civile.

14. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire l'applicazione di una diversa legislazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella da applicare, sulla quale, comunque, prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

14.1 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.

14.2 Diritto proprio del Beneficiario

Ai sensi dell'art.1920 del Codice Civile il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

15. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ed ogni documento ad esso allegato, viene redatto in lingua italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire una diversa lingua di redazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella da utilizzare.

16. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a

Nota informativa

HDI Assicurazioni S.p.A. – RECLAMI
Via Abruzzi, 10 – 00187 ROMA
Fax: 06 42.10.35.83 – E-mail: reclami@hdia.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono +39 06 421 331, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

17. Informativa in corso di contratto

La Società comunicherà tempestivamente per iscritto al Contraente, nel corso della durata contrattuale, le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota informativa, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

18. Comunicazioni del Contraente alla Società

Il Contraente, ai sensi dell'art.1926 del Codice Civile, è tenuto a comunicare per iscritto alla Società le modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto.

Il Contraente e l'Assicurato, ad ogni effetto del presente contratto, devono inoltre comunicare per iscritto alla Società ogni cambiamento di residenza o domicilio assumendosi, in difetto, tutte le conseguenze di legge o di contratto.

HDI Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Il Rappresentante Legale
(Alfonso Scarpa)



TEMPORANEA PURO RISCHIO IN FORMA DI RENDITA CERTA

CONDIZIONI CONTRATTUALI

PARTE I - PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 1 - Prestazioni assicurate

La Società con il presente contratto di assicurazione sulla vita, in caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata del contratto, si obbliga a corrispondere ai Beneficiari designati una rendita annua il cui importo è indicato nel documento di polizza. La rendita annua assicurata è erogata per la durata residua alle scadenze pattuite e secondo la rateazione prescelta. La prima rata è corrisposta alla prima scadenza successiva alla data di decesso dell'Assicurato e l'ultima alla scadenza contrattuale.

Nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto. Le prestazioni sopra descritte e relative all'assicurazione principale sono garantite qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione, salvo le esclusioni e limitazioni previste, ai successivi artt.19 - Esclusioni e 20 - Limitazioni.

PARTE II - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO - RECESSO E REVOCA

Art. 2 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritieri, 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, 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 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.

La Società, ove non esista dolo o colpa grave, rinuncia a tali diritti trascorsi 6 mesi dalla data di efficacia del contratto o della sua riattivazione, fatta eccezione per il caso di inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato che comporta, in ogni caso, la rettifica delle somme assicurate in base all'età reale.

La Società ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento, e in ogni caso al premio convenuto per il primo anno.

Art. 3 - Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si considera concluso nel giorno in cui il Contraente:

- riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società ovvero il documento di polizza; oppure
- sottoscrive il documento di polizza.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato regolarmente corrisposto il premio previsto:

- alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso; oppure
- alle ore 24 del giorno indicato in polizza, qualora la stessa preveda una data di decorrenza successiva a quella in cui il contratto è concluso.

Condizioni contrattuali

Art. 4 - Recesso dal contratto e revoca della proposta

Il Contraente può recedere entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito:

**HDI Assicurazioni S.p.A.
RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO -
Via Abruzzi, 10 - 00187 ROMA.**

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione quale risulta dal timbro postale di invio della relativa comunicazione. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente, previa consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici, il premio pagato al netto dell'eventuale imposta e della quota relativa al rischio corso. La Società ha diritto al recupero delle spese effettive sostenute per l'emissione del contratto individuate e quantificate in € 25,00 (venticinque euro). Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente può revocare per iscritto la proposta di assicurazione finché il contratto non è concluso, privandola di ogni effetto.

PARTE III - PREMI

Art. 5 - Pagamento del premio

Le prestazioni assicurate vengono garantite dietro il pagamento di un premio unico o annuo anticipato. Il premio annuo, costante per l'intera durata del pagamento, dovrà essere corrisposto, nella rateazione indicata nel documento di polizza, a partire dall'inizio del contratto e per la durata in esso stabilita, inferiore a quella contrattuale, e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Le rate di premio devono essere pagate alle scadenze pattuite presso la Società o il Punto di Vendita cui è assegnato il contratto contro quietanza.

Il Contraente può versare i premi con assegno bancario o circolare intestato ad **"HDI Assicurazioni S.p.A."** e munito della clausola di non trasferibilità. I versamenti successivi al primo possono essere effettuati anche mediante apposito bollettino di conto corrente postale o con bonifico bancario intestato alla Compagnia di Assicurazione, come indicato per il pagamento tramite assegno. È consentito, inoltre, il versamento dei premi mediante trattenuta sulla retribuzione effettuata dal datore di lavoro (solo nel caso di apposita convenzione), o tramite addebito su conto corrente bancario (R.I.D.). I premi non possono essere corrisposti in contanti. A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio. Il premio del primo

TEMPORANEA PURO RISCHIO IN FORMA DI RENDITA CERTA

anno anche se frazionato in più rate è dovuto per intero. E' ammessa una dilazione di 30 giorni senza onere di interessi.

PARTE IV - CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE

Art. 6 - Clausola di rivalutazione

Il presente contratto non prevede la rivalutazione delle prestazioni assicurate né la rivalutazione dei premi.

PARTE V - VICENDE CONTRATTUALI

Art. 7 - Mancato pagamento del premio annuo - riattivazione

Il pagamento della rata di premio avvenuto entro 30 giorni dalla data della sua scadenza non comporta onere di interessi o altre conseguenze.

Trascorsi 30 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata il contratto è sospeso: tuttavia, il Contraente ha il diritto di riattivare l'assicurazione entro 2 anni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata corrispondendo le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali. Trascorsi 6 mesi dalla predetta scadenza la riattivazione potrà avvenire solamente dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito. La riattivazione del contratto ripristina, con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'ammontare dovuto, i valori contrattuali delle prestazioni assicurate che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi. Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata il contratto non può più essere riattivato, determinandosi la risoluzione del contratto; in tal caso i premi pagati restano acquisiti dalla Società, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto.

Art. 8 - Riduzione

Le garanzie previste dal presente contratto non danno diritto alla prestazione ridotta.

Art. 9 - Riscatto

Le garanzie previste dal presente contratto non ammettono il valore di riscatto.

Art. 10 - Opzioni

Al momento dell'erogazione della prestazione il Beneficiario ha facoltà di chiedere la liquidazione immediata di una somma di danaro pari al valore attuale delle rate di rendita da corrispondere, calcolato al tasso di interesse tecnico del 5% annuo composto.

Art. 11 - Cessione - pegno - vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo quando la Società, previa

Condizioni contrattuali

comunicazione scritta del Contraente, ne faccia annotazione sul contratto o su appendice. Nel caso di pegno o vincolo, le variazioni di contraenza o di Beneficiario e tutte le possibili operazioni richiedono l'assenso scritto del creditore o vincolatario.

Art. 12 - Prestiti

Il presente contratto non prevede la concessione di prestiti.

PARTE VI - BENEFICIARI - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Art. 13 - Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto all'art.1, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di recesso, pegno e vincolo richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari. La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Società o fatte per testamento.

Art. 14 - Pagamenti della Società

La Società condiziona i pagamenti delle prestazioni alla preventiva acquisizione dei seguenti documenti:

- **certificato di nascita o copia di un documento valido** riportante i dati anagrafici dell'Assicurato. Tuttavia nel caso in cui la persona del Contraente coincida con quella dell'Assicurato i documenti sopra indicati possono essere sostituiti dal **codice fiscale e da una copia del documento di identità del Contraente** acquisiti ai fini della vigente normativa sull'Antiriciclaggio;
- **i documenti necessari ad individuare con certezza gli aventi diritto** e a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento.

Per i pagamenti conseguenti al decesso debbono essere consegnati:

- **domanda del Beneficiario;**
- **originale di polizza ed eventuali appendici**, in mancanza, dichiarazione di smarrimento degli stessi;
- **certificato di morte;**
- **atto di notorietà attestante l'esistenza o meno del testamento**, del quale, ove esistente, deve essere consegnata **copia conforme all'originale**, mentre

dall'atto di notorietà devono risultare: la data di stesura e quella di pubblicazione, che esso è l'ultimo noto e non impugnato e i nominativi degli eredi legittimi con le relative generalità;

- **relazione medica sulle cause del decesso** redatta su apposito modulo;
- **eventuale 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;
- **eventuale documentazione amministrativa o giudiziaria** nei casi in cui fosse necessario per effettuare la liquidazione o per comprovare il diritto del Beneficiario ad ottenere la prestazione;
- **autorizzazione del Giudice Tutelare** rilasciata agli esercenti la potestà genitoriale per la riscossione di somme spettanti ai minori Beneficiari.

La Società esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione sopra indicata o dell'eventuale ulteriore documentazione che potrà richiedere per particolari esigenze istruttorie.

Decorsi i termini sopra indicati sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari.

Art. 15 - Comunicazioni alla Società

Il Contraente e l'Assicurato, ad ogni effetto del presente contratto, devono comunicare per iscritto alla Società ogni cambiamento di residenza o domicilio assumendosi, in difetto, tutte le conseguenze di legge o di contratto.

PARTE VII - FISCALITÀ - FORO COMPETENTE - LEGGE APPLICABILE

Art. 16 - Tasse e imposte

Le tasse e le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed Aventi diritto.

Art. 17 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto la sede del Foro competente è quella di residenza o domicilio elettivo del Contraente.

Art. 18 - Legge applicabile

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

Condizioni contrattuali

PARTE VIII - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

Art. 19 - Esclusioni

È escluso dalla garanzia relativa al caso morte il decesso causato da:

- **dolo** del Contraente o del Beneficiario;
- **partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;**
- **incidente di volo**, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- **suicidio**, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione.

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, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità od operazioni belliche (sia che la guerra sia stata dichiarata o meno), **guerra civile, ammutinamento, rivolte o insurrezioni civili**, tali da assumere le proporzioni o sfociare in sommosse popolari, sommosse militari, insurrezioni, ribellioni, rivoluzioni, colpi di stato e 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 sia che siano legittimi o meno.

E escluso dalla garanzia, anche in mancanza di partecipazione attiva dell'Assicurato, il decesso derivante da atto di guerra, come precedentemente definito, avvenuto al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il decesso o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso.

In questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

Art. 20 - Limitazioni

Il presente contratto è stipulato senza aver preventivamente sottoposto l'Assicurato a visita medica pertanto l'assicurazione rimane sospesa per un periodo di sei mesi denominato "periodo di carenza", che decorre dall'entrata in vigore dell'assicurazione (art.3). La piena copertura assicurativa senza periodo di carenza può essere accordata purché l'Assicurato si sottponga a visita medica ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari

richiesti dalla Società, accettandone modalità ed oneri.

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di carenza il contratto si risolve e la Società non corrisponde la prestazione prevista per il caso di morte, ma restituisce, sempreché il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi, un importo pari alla somma dei premi versati al netto dei diritti, delle imposte, delle addizionali di frazionamento e dei premi della eventuale garanzia complementare.

Il periodo di carenza viene esteso a cinque anni dalla data di decorrenza qualora la morte sia dovuta a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata. Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, ma abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accettare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, il periodo di carenza è esteso a 7 anni.

Qualora il contratto fosse emesso in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nel documento di polizza - l'applicazione della suddetta limitazione avverrà tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva, a partire dalle rispettive date di perfezionamento, delle assicurazioni sostituite.

La limitazione di garanzia sopraindicata non avrà effetto, e quindi la Società corrisponde l'intero capitale assicurato in vigore per il caso di morte, qualora l'evento sia conseguenza diretta:

- a) **di una delle seguenti malattie infettive acute** sopravvenute dopo l'entrata in vigore del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero-emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite postvaccinica;
- b) **di shock anafilattico** sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto;
- c) **di infortunio** avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constabili, le quali abbiano come conseguenza diretta la morte dell'Assicurato.

GLOSSARIO

Aliquota di retrocessione (o di partecipazione): La percentuale del rendimento conseguito dalla gestione separata degli investimenti che la società riconosce agli assicurati.

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

Assicurato: Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o meno con il contraente e con il beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario: Persona fisica o giuridica designata in polizza dal contraente, che può coincidere o meno con il contraente stesso e con l'assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto al verificarsi dell'evento assicurato.

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

Condizioni contrattuali: Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi: Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della società può collidere con quello del contraente.

Contraente: Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'assicurato o il beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla società ed esercita i diritti derivanti dalla polizza.

Contratto di assicurazione sulla vita: Contratto con il quale la società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'assicurato.

Contratto di capitalizzazione: Contratto con il quale la società, decorso un termine non inferiore a cinque anni e senza alcuna condizione legata al verificarsi di eventi attinenti alla vita umana, si impegna a pagare un capitale a fronte del pagamento del premio.

Controassicurazione dei premi: Clausola contrattuale che prevede la restituzione dei premi pagati in caso di

decesso dell'assicurato, secondo le modalità precise nelle condizioni contrattuali.

Costo percentuale medio annuo: Indicatore sintetico di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi prelevati dai premi ed eventualmente dalle risorse gestite dalla società, il potenziale tasso di rendimento della polizza rispetto a quello di un'ipotetica operazione non gravata da costi.

Diaria: Indennità giornaliera prevista a seguito di determinati interventi inerenti la malattia.

Differimento (periodo di): Nelle polizze che prevedono una prestazione liquidabile a scadenza, periodo che intercorre tra la conclusione del contratto e la liquidazione del capitale o della rendita.

Diritto proprio (del beneficiario): Diritto del beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del contraente.

Durata contrattuale: Periodo durante il quale il contratto è efficace.

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

Estratto conto annuale: Riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata, i premi versati e quelli in arretrato e il valore di riscatto maturato. Per i contratti con prestazioni collegate a gestioni separate, il riepilogo comprende inoltre il tasso di rendimento finanziario realizzato dalla gestione separata, l'aliquota di retrocessione riconosciuta e il tasso di rendimento retrocesso con l'evidenza di eventuali rendimenti minimi trattenuti. Per i contratti con forme di partecipazione agli utili diverse, il riepilogo comprende gli utili attribuiti alla polizza.

Fascicolo informativo: L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composta da:

1. scheda sintetica (per le polizze con partecipazione agli utili, unit linked e index linked);
2. nota informativa;
3. condizioni di assicurazione, comprensive del regolamento del fondo interno per le polizze unit linked o del regolamento della gestione separata per le

Glossario

polizze rivalutabili;
4. glossario;
5. modulo di proposta.

Franchigia: Clausola che esclude dal risarcimento i danni inferiori ad un determinato ammontare, indicato in cifra fissa o percentuale.

Gestione separata (o speciale): Fondo appositamente creato dalla società di assicurazione e gestito separatamente rispetto al complesso delle attività, in cui confluiscono i premi al netto dei costi versati dai contraenti che hanno sottoscritto polizze rivalutabili. Dal rendimento ottenuto dalla gestione separata e dall'aliquota di retrocessione deriva la rivalutazione da attribuire alle prestazioni assicurate.

Indennizzo: Somma dovuta dalla società in caso di sinistro.

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

Invalidità permanente: E' l'invalidità che comporti la perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità lavorativa generica.

Invalidità totale e permanente: E' l'invalidità che comporti la perdita in modo presumibilmente totale e permanente della capacità all'esercizio della professione o mestiere dichiarato alla Società e di ogni altra professione confacente alle attitudini ed abitudini dell'assicurato.

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Malattia: Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'assicurato non dipendente da infortunio.

Misura di rivalutazione: E' il tasso di interesse, al netto del tasso tecnico, che di anno in anno viene riconosciuto al contratto e che consente la rivalutazione delle prestazioni e dei premi, se rivalutabili, così come è stabilito nella Clausola di rivalutazione.

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

Opzione: è la facoltà del contraente di chiedere, entro il termine di scadenza del contratto, la conversione della prestazione contrattualmente prevista in una delle alternative indicate dal contratto.

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

Premio: E' l'importo che il contraente è tenuto a pagare per ottenere le prestazioni previste dal contratto.

Prestazione: E' la 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.

Principio di adeguatezza: Principio in base al quale la società è tenuta ad acquisire dal contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.

Progetto personalizzato: Ipotesi di sviluppo, effettuata in base al rendimento finanziario ipotetico indicato dall'ISVAP, delle prestazioni assicurate e dei valori di riduzione e riscatto, redatta secondo lo schema previsto dall'ISVAP e consegnato al potenziale contraente.

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

Questionario sanitario (o anamnestico): Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato che la società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Quietanza: Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della società in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla società (RID bancario), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

Recesso: Diritto del contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Rendimento minimo trattenuto: Rendimento finanziario fisso che la società può trattenere dal rendimento finanziario della gestione separata.

Revoca: Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

Riattivazione: Facoltà del contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di polizza, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Ricovero: Degenza che comporti almeno un pernottamento in un istituto di cura tra quelli definiti nelle condizioni contrattuali.

Riduzione: Diminuzione della prestazione inizialmente assicurata conseguente alla scelta effettuata dal contraente di sospendere il pagamento dei premi periodici,

Glossario

determinata tenendo conto dei premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti.

Riscatto: Facoltà del contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle condizioni contrattuali. Può essere esercitato anche in forma parziale.

Riserva matematica: Importo che deve essere accantonato dalla società per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

Rivalutazione: Maggiorazione delle prestazioni assicurate attraverso la retrocessione di una quota del rendimento della gestione separata secondo la periodicità (annuale, mensile, ecc.) stabilita dalle condizioni contrattuali.

Rivalutazione minima garantita: Garanzia finanziaria che consiste nel riconoscere una rivalutazione delle prestazioni assicurate ad ogni ricorrenza periodica stabilita dal contratto (annuale, mensile, ecc.) in base al tasso di interesse minimo garantito previsto dal contratto. Rappresenta la soglia al di sotto della quale non può scendere la misura di rivalutazione applicata alle prestazioni.

Scheda sintetica: Documento informativo sintetico redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la società deve consegnare al potenziale contraente prima della conclusione del contratto, descrivendone le principali caratteristiche in maniera sintetica per fornire al contraente uno strumento semplificato di orientamento, in modo da consentirgli di individuare le tipologie di prestazioni assicurate, le garanzie di rendimento, i costi e i dati storici di rendimento delle gestioni separate o dei fondi a cui sono collegate le prestazioni.

Scoperto: Parte dell'indennizzo, indicata in percentuale, che rimane a carico dell'assicurato.

Sinistro: E' il verificarsi dell'evento assicurato.

Società (di assicurazione): È HDI Assicurazioni S.p.A., Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il contraente stipula il contratto di assicurazione.

Sovrappremio: Maggiorazione di premio richiesta dalla società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrapremio sanitario) oppure nel caso in cui l'assicurato svolga attività professionali o sportive

particolarmente rischiose (sovrapremio professionale o sportivo).

Stato di non autosufficienza: E' l'evento oggetto del rischio coperto da specifici contratti assicurativi. Il riconoscimento di tale stato da parte della società fa nascere il diritto dell'assicurato alla corresponsione della rendita.

Tasso minimo garantito: Rendimento finanziario, annuo e composto, che la società di assicurazione garantisce alle prestazioni assicurate. Può essere già conteggiato nel calcolo delle prestazioni assicurate iniziali oppure riconosciuto anno per anno tenendo conto del rendimento finanziario conseguito dalla gestione separata.

Tasso tecnico: Rendimento finanziario, annuo e composto, che la società di assicurazione riconosce nel calcolare le prestazioni assicurate iniziali.

Trasformazione: Richiesta da parte del contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia assicurativa o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il contraente e la società, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati gli elementi essenziali del contratto trasformato.

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 200.000,00 Euro	Questionario sanitario presente nel proposta di assicurazione. Nel caso in cui l'età dell'assicurato al momento della sottoscrizione sia superiore a 60 anni, è necessaria la visita medica.
Da 200.000,01 Euro a 300.000,00 Euro	Questionario sanitario presente nel proposta di assicurazione; Visita medica; Esame delle urine; Test HIV (*); Esami del sangue: Glicemia, Colesterolo totale e HDL, Trigliceridi, HbsAg.
Da 300.000,01 Euro a 500.000,00 Euro	Questionario sanitario presente nel proposta di assicurazione; Visita medica; Esame delle urine; Test HIV (*); Esami del sangue: Glicemia, Colesterolo totale e HDL, Trigliceridi, HbsAg, Emocromo con formula leucocitaria, Creatinina, Protidogramma elettroforetico, fosfatasi alcalina, tempo di protrombina, Transaminasi GOT, GPT, GGT, Anti HCV, Bilirubina totale, VES; ECG riposo e sotto sforzo; Test della cotinina (per non fumatori).
Oltre 500.000,01 Euro	Questionario sanitario presente nel proposta di assicurazione; Visita medica; Esame delle urine; Test HIV (*); Esami del sangue: Glicemia, Colesterolo totale e HDL, Trigliceridi, HbsAg, Emocromo con formula leucocitaria, Creatinina, Protidogramma elettroforetico, fosfatasi alcalina, tempo di protrombina, Transaminasi GOT, GPT, GGT, Anti HCV, Bilirubina totale, VES; ECG riposo e sotto sforzo; Test della cotinina (per non fumatori); Ecocardiografia; Ecotomografia addome; Rx Torace.

(*) In assenza del test HIV verrà applicata la clausola secondo la quale la copertura assicurativa non sarà operativa qualora il decesso dell'Assicurato dovesse avvenire entro i primi sette anni dal perfezionamento del contratto a causa della sindrome d'immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa correlata.

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

ULTERIORE DOCUMENTAZIONE

In caso di capitali assicurati maggiori od uguali a 500.000,00 Euro è necessario presentare il Questionario Finanziario.

**TUTELA PRIVACY INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO
30.06.2003 N°196**

1) FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

HDI Assicurazioni S.p.A., al fine di fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, deve disporre dei Suoi dati personali - compresi eventualmente anche quelli sensibili - e si impegna a trattarli esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.

2) CONSEGUENZE DEL RIFIUTO AL CONFERIMENTO DEI DATI

HDI Assicurazioni S.p.A., senza i Suoi dati, non potrà fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi.

3) MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

3.1) Il trattamento dei dati, da parte di HDI Assicurazioni S.p.A. consiste nella raccolta, registrazione organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione con modalità e procedure informatiche e telematiche; dal trattamento la HDI Assicurazioni S.p.A. esclude sempre la diffusione dei dati e limita la comunicazione ai soggetti di cui al successivo punto 3.3.

3.2) I dati sono trattati da tutti i dipendenti/collaboratori di HDI che svolgono compiti di natura tecnica-organizzativa, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle finalità di cui al precedente punto 1).

3.3) I dati trattati da HDI Assicurazioni S.p.A., potranno essere comunicati ad altri soggetti esclusivamente:

- a) per le finalità di cui al punto 1) (a mero titolo esemplificativo a: coassicuratori, riassicuratori, agenti e loro collaboratori, avvocati, medici, periti, e organismi associativi di settore etc.);
- b) per ottemperare ad obblighi di legge (a mero titolo esemplificativo a: ISVAP, CONSAP, COVIP, UIC, MOTORIZZAZIONE, AUTORITA' GIUDIZIARIA, etc.).

4) DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art.7 del D. L.gvo 196/'03 Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra i quali quello di ottenere, in ogni momento, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei Suoi dati e, in caso di violazione di legge, il blocco e la cancellazione degli stessi.

5) TITOLARE E RESPONSABILE/I DEL TRATTAMENTO DEI DATI

5.1) Titolare del trattamento è HDI Assicurazioni S.p.A. con sede e Direzione Generale nella Repubblica Italiana - 00187 Roma - Via Abruzzi n. 10 telefono +39 06 421 031, telefax +39 06 4210 3500.

5.2) Il titolare ha designato più Responsabili, tra i quali la Direzione Legale ed Affari Societari sita nella Repubblica Italiana - 00187 Roma - Via Abruzzi n. 10; l'elenco aggiornato dei Responsabili è consultabile presso il sito internet: www.hdia.it.

5.3) La Direzione Legale ed Affari Societari è stata altresì designata quale Responsabile per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D.L.gvo 196/'03.

PAGINA BIANCA

TEMPORANEA PURO RISCHIO IN FORMA DI RENDITA CERTA

Pagina 18 di 24



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 421 031 - Telefax +39 06 4210 3500 Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F. e P. IVA 04349061004 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92 - Iscrizione R.E.A. di Roma n. 757172/92 - Impresa 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 - Società con unico azionista - Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015