Giugno 2025

HDI ASSICURAZIONI

[TCM Soluzione Tutela]

Contratto di Assicurazione sulla Vita a Capitale Decrescente e premio unico o annuo costante.

HDI ASSICURAZIONI S.P.A. è parte del Gruppo Talanx

talanx.

PAGINA BIANCA

TCM SOLUZIONE TUTELA
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data ultimo aggiornamento del documento 09/06/2025

INDICE

SEZIONE I – CARATTERISTICHE DELL'ASSICURAZIONE 2
Art. 1 – Definizioni 2
Art. 2 – Oggetto dell'Assicurazione 2
Art. 3 – Contraente e soggetti assicurabili 3
Art. 4 – Valutazione del rischio 3
Art. 5 – Conclusione del Contratto 3
Art. 6 – Efficacia e durata del Contratto 4
Art. 7 – Periodo di Carenza 4
Art. 8 – Revoca della Proposta 4
Art. 9 – Recesso dal Contratto 5
Art. 10 – Dichiarazioni e obblighi di comunicazione 5
Art. 10.1 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato 5
Art. 10.2 – Stato di fumatore / non fumatore 5
Art. 10.3 – Comunicazioni in corso di Contratto 6
Art. 11 – Premio assicurativo 6
Art. 11.1 – Caratteristiche del Premio 6
Art. 11.2 – Modalità di pagamento del Premio 7
Art. 11.3 – Sospensione, Riattivazione e risoluzione del Contratto per mancato pagamento del Premio 7
Art. 12 – Beneficiari 8
Art. 12.1 – Nomina, revoca e modifica dei Beneficiari 8
Art. 12.2 – Beneficiario irrevocabile 8
Art. 12.3 – Diritto proprio del Beneficiario 8
Art. 13 – Cessione, pegno e vincolo 8
Art. 14 – Oneri fiscali 8
Art. 15 – Legge applicabile 8
SEZIONE II – GARANZIE E PRESTAZIONI ASSICURATE 8
Art. 16 – Garanzia Temporanea Caso Morte 8
Art. 16.1 – Oggetto della garanzia 8
Art. 16.2 – Esclusioni 8
SEZIONE III – DENUNCIA DI SINISTRO E PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ 9
Art. 17 – Richieste di pagamento 9
Art. 18 – Documentazione richiesta 9
Art. 19 – Termini di pagamento della Società 10
Art. 20 – Non pignorabilità e non sequestrabilità 10
ALLEGATO 1: ACCERTAMENTI SANITARI 11

SEZIONE I – CARATTERISTICHE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 – Definizioni

Assicurato: la persona fisica esposta al rischio morte per il quale è stipulata l'assicurazione, che può coincidere o meno con il Contraente.

Beneficiario: Persona fisica o giuridica indicata dal Contraente, che può coincidere o meno con il Contraente stesso, e che riceve la Prestazione prevista dal Contratto al verificarsi del decesso dell'Assicurato.

Capitale Assicurato Iniziale: l'importo scelto dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta, fino ad un massimo di Euro 3.500.000,00 (tremilionicinquecentomila/00). Tale importo decresce con frequenza mensile per tutta la durata del Contratto, secondo un piano di ammortamento a rate mensili costanti e tasso di interesse annuo nominale del 2%.

Capitale Assicurato: l'importo dovuto dalla Società in caso di Sinistro, calcolato con riferimento al mese in cui si verifica il decesso dell'Assicurato. L'importo per ciascun mese di durata del Contratto è riportato nel Piano di Sviluppo del Capitale Assicurato allegato alla Proposta o alla Polizza (se prevista).

Carenza: il periodo durante il quale le coperture assicurative previste dal Contratto non sono efficaci. Se il Sinistro avviene in tale periodo la Società non corrisponde la Prestazione.

Condizioni di Assicurazione: indica le presenti condizioni di assicurazione, predisposte dalla Società.

Contraente: la persona fisica o giuridica, residente o domiciliata (se persona fisica) o con sede legale o secondaria (se persona giuridica) nella Repubblica Italiana o nella Repubblica di San Marino, che può coincidere o meno con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il Contratto, si impegna al versamento del Premio alla Società ed esercita i diritti derivanti dal Contratto.

Contratto: il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente con la Società e disciplinato dalle Condizioni di Assicurazione e dalla Proposta o nella Polizza (se prevista).

Durata del Pagamento del Premio: in caso di Premio annuo, è il periodo, a partire dalla data di conclusione del Contratto, durante il quale è dovuto il pagamento del Premio. La durata del periodo di pagamento del Premio è inferiore alla durata del Contratto.

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 01/03/2022, la sua Età Assicurativa dal 01/09/2022 sarà di 31 anni).

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

Intermediario: Persona fisica o società, iscritta nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

Piano di Sviluppo del Capitale Assicurato: tabella in cui è riportato il Capitale Assicurato per ogni mese di durata del Contratto.

Polizza: il documento che fornisce la prova dell'esistenza del Contratto.

Premio: l'importo che il Contraente è tenuto a pagare per ottenere le Prestazioni previste dal Contratto.

Prestazione: la somma dovuta dalla Società al verificarsi dell'evento assicurato.

Proposta: il documento o modulo sottoscritto dal Contraente 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 e sulle attività professionali/sportive: il Questionario contenente domande sullo stato di salute e sulle attività professionali e sportive svolte dall'Assicurato, sulla base del quale la Società valuta i rischi che assume con il Contratto.

Sinistro: il verificarsi dell'evento assicurato con il Contratto che dà diritto alla Prestazione.

Società: HDI Assicurazioni S.p.A..

Art. 2 – Oggetto dell'Assicurazione

Con la sottoscrizione del Contratto – e a fronte del pagamento di un Premio anticipato unico o annuo costante – la Società si obbliga a pagare ai Beneficiari una Prestazione pari al Capitale Assicurato in caso di decesso dell'Assicurato***, purché quest'ultimo si verifichi prima della cessazione del Contratto*** (tale copertura assicurativa è denominata garanzia **"Temporanea Caso Morte**").

Nel caso in cui il decesso non si verifichi prima della cessazione del Contratto, non sarà dovuta alcuna Prestazione e il Premio resterà acquisito dalla Società quale corrispettivo del rischio corso.

La copertura assicurativa di cui al presente Contratto è efficace senza limiti territoriali, ***fatte salve specifiche esclusioni previste all'art. 16.2***.

Art. 3 – Contraente e soggetti assicurabili

Possono essere Contraenti solo persone fisiche maggiorenni o persone giuridiche per il tramite del rappresentante legale.

Possono essere soggetti Assicurati le persone fisiche residenti o domiciliate nella Repubblica Italiana o nella Repubblica di San Marino che, alla data di sottoscrizione della Proposta, abbiano un'Età Assicurativa compresa:

- tra 18 e 73 anni, in caso di Premio annuo;
- tra 18 e 72 anni, in caso di Premio unico.

Alla data di scadenza del Contratto, l'Età Assicurativa dell'Assicurato ***non può essere superiore a 75 anni***.

Art. 4 – Valutazione del rischio

La valutazione del rischio da parte della Società comporta il preventivo accertamento:

- delle abitudini di vita dell'Assicurato, quali la condizione di fumatore, l'attività professionale e l'attività sportiva svolta;
- delle condizioni di salute dell'Assicurato, attraverso gli accertamenti sanitari richiesti dalla Società in funzione dell'importo del Capitale Assicurato Iniziale e dell'Età Assicurativa dell'Assicurato (come indicato nella tabella "Accertamenti sanitari" riportata nell'Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione) ovvero alla luce di eventuali fattori di rischio emersi dalla compilazione del Questionario sanitario e sulle attività professionali/sportive.

Se l'Assicurato ha altri contratti di assicurazione in essere con la Società per il medesimo rischio, al fine di individuare gli accertamenti sanitari da effettuare si dovranno sommare i capitali già assicurati in base a tali contratti con il Capitale Assicurato Iniziale di cui al presente Contratto.

Anche se non richiesto dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, rivolgendosi alla struttura sanitaria o al medico dallo stesso prescelto. ***I costi della visita medica e degli eventuali accertamenti sanitari previsti dal presente articolo sono a carico del Contraente***.

Art. 5 – Conclusione del Contratto

È sempre richiesta la compilazione e sottoscrizione della Proposta da parte del Contraente e dell'Assicurato (se persona diversa). Tuttavia, sono previste due diverse modalità di conclusione del Contratto: la "**Modalità Semplificata**", qualora ricorrano le condizioni di seguito descritte, o la "**Modalità Standard**" in tutti gli altri casi.

1) Modalità Semplificata

Nel caso in cui si verifichino tutte le seguenti condizioni:

- l'Età Assicurativa dell'Assicurato alla data di sottoscrizione della Proposta sia pari o inferiore a 65 anni;
- il Capitale Assicurato Iniziale sia pari o inferiore a Euro 250.000,00 (duecentocinquantamila/00);
- il frazionamento del Premio sia diverso da mensile o bimestrale;
- non siano emersi fattori di rischio rilevanti dalla compilazione del Questionario sanitario e sulle attività professionali/sportive;

il Contratto si considera concluso nel momento in cui avviene la sottoscrizione della Proposta (che pertanto ha valore di accettazione) da parte del Contraente e dell'Assicurato, se diverso. La Società provvederà ad inviare al Contraente una lettera riepilogativa delle principali caratteristiche del Contratto entro 30 giorni dalla sottoscrizione della Proposta, fermo restando che il Contratto si considera concluso al momento della sottoscrizione della Proposta.

2) Modalità Standard

Nei casi in cui non si verifichino le condizioni per la conclusione del Contratto con Modalità Semplificata, ***è richiesta l'accettazione della Società. A tal fine, la Società invia al Contraente la Polizza, che potrà anche essere diversa dalla Proposta. A titolo esemplificativo, la Società potrà prevedere un Premio maggiore rispetto a quello indicato nella Proposta, a seguito delle valutazioni di rischio (sanitario, professionale e sportivo) effettuate e quantificate nella Polizza come sovrappremio***.

Il Contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente sottoscrive la Polizza.

Art. 6 – Efficacia e durata del Contratto

Art. 6.1 – Efficacia del Contratto

La data di efficacia del Contratto varia in base alla modalità di conclusione utilizzata:

- con la Modalità Semplificata, il Contratto produce effetti dalle ore 24 della data di sottoscrizione della Proposta, ***con contestuale pagamento del Premio*** o, se successiva, della diversa data di efficacia indicata nella Proposta;
- con la Modalità Standard, il Contratto produce effetti dalle ore 24 della data riportata nella Polizza, ***a condizione che il Premio sia stato pagato***.

Se il pagamento del Premio è effettuato in data successiva a quella di efficacia sopra descritta, il Contratto produce effetti dalle ore 24 del giorno del pagamento.
L'efficacia del Contratto può essere soggetta ad un periodo di Carenza nei casi indicati all'art. 7.

Art. 6.2 – Durata del Contratto

Fermi restando i limiti di età di cui all'art. 3, la durata del Contratto è scelta dal Contraente ed è compresa:

- tra un minimo di 2 anni e un massimo di 30 anni, per la forma a Premio annuo;
- tra un minimo di 3 anni e un massimo di 30 anni, per la forma a Premio unico.

La durata del Contratto decorre dalla data di efficacia dello stesso.

Art. 7 – Periodo di Carenza

Nei casi in cui il Contratto si concluda senza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, la copertura assicurativa prevede un periodo di Carenza di 6 mesi a partire dalla data di efficacia del Contratto. Il periodo di Carenza non troverà applicazione nei casi in cui l'Assicurato acconsenta a sottoporsi a visita medica ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società, ***con costo a suo carico***.

Il periodo di Carenza è esteso a 5 anni per Sinistri dovuti a infezione – inclusa la sieropositività – da qualsiasi virus di immunodeficienza umana (HIV) o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e patologie collegate. Il periodo di Carenza non troverà applicazione se l'Assicurato acconsente a sottoporsi a visita medica ed effettua gli esami clinici richiesti per accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o sieropositività, ***con costo a suo carico***.
Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli altri accertamenti sanitari richiesti, ma ***abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici sull'HIV o di sieropositività, il periodo di Carenza è esteso a 7 anni***.
I periodi di Carenza sopra indicati non si applicano se l'evento è conseguenza diretta di una delle seguenti cause, ***a condizione che si siano verificate dopo la conclusione del Contratto***:

- una delle seguenti malattie infettive acute: 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;
- shock anafilattico;
- Infortunio.

Se il Contratto è emesso in sostituzione di uno o più precedenti contratti di assicurazione a copertura del rischio morte – espressamente richiamati nella Polizza – l'applicazione del periodo di Carenza avverrà tenendo conto anche della durata dei contratti di assicurazione sostituiti.

Art. 8 – Revoca della Proposta

Prima della conclusione del Contratto con Modalità Standard, il Contraente può revocare per iscritto la Proposta secondo le modalità di seguito previste.
La Società, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di revoca, rimborsa al Contraente l'eventuale Premio già pagato.

La comunicazione di revoca della Proposta dovrà essere inviata alla Società con una delle seguenti modalità:

- per lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, indirizzata a "HDI Assicurazioni S.p.A. – Rami Vita – Ufficio Assunzione, Portafoglio e Antiriciclaggio I Livello – Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma";
- per e-mail a portafoglio.vita@hdia.it o per PEC a hdi.assicurazioni@pec.hdia.it;
- per il tramite dell'Intermediario che gestisce il Contratto.

Art. 9 – Recesso dal Contratto

Il Contraente può recedere dal Contratto per iscritto ***entro 30 giorni dalla conclusione del Contratto***. In tal caso la Società, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il Premio pagato, ***al netto delle eventuali imposte***. Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto ***a decorrere dalle ore 24 del giorno di ricezione della comunicazione***.

Se è stato nominato un Beneficiario irrevocabile, per l'esercizio del diritto di recesso è necessario l'assenso scritto del Beneficiario.

La comunicazione di recesso dal Contratto dovrà essere inviata alla Società con una delle seguenti modalità:

- per lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, indirizzata a "HDI Assicurazioni S.p.A. – Rami Vita – Ufficio Assunzione, Portafoglio e Antiriciclaggio I Livello – Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma";
- per e-mail a portafoglio.vita@hdia.it o per PEC a hdi.assicurazioni@pec.hdia.it;
- per il tramite dell'Intermediario che gestisce il Contratto.

Art. 10 – Dichiarazioni e obblighi di comunicazione

Art. 10.1 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Il Contraente e l'Assicurato devono fornire alla Società tutte le informazioni che questa richiede per valutare il rischio.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze, originarie o sopravvenute, che influiscano sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

La Società, in caso di dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze originarie o sopravvenute che influiscano sulla valutazione del rischio – al punto che la stessa non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose – ha diritto:

- se il Contraente o l'Assicurato hanno agito con dolo o con colpa grave, a richiedere l'annullamento del contratto o a rifiutare il pagamento della prestazione;
- se non c'è stato dolo o colpa grave, a recedere dal contratto o a ridurre la prestazione dovuta in caso di sinistro in proporzione alla differenza tra il premio pagato e quello che sarebbe stato dovuto se la Società avesse conosciuto il vero stato delle cose.

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. 10.2 – Stato di fumatore / non fumatore

Il Contratto prevede due diverse tariffe per soggetti fumatori o non fumatori. ***Lo stato di non fumatore deve risultare da apposita dichiarazione***, ***contenuta nella Proposta, sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato, se persona diversa.***

È considerato non fumatore l'Assicurato che:

a) non abbia mai fumato (sigarette – incluse quelle elettroniche – sigari, pipa o altro);

oppure

b) abbia smesso di fumare da almeno 6 mesi rispetto la data di sottoscrizione della Proposta e non abbia mai fumato nel corso di tale periodo.

Se l'Assicurato, dichiaratosi non fumatore al momento della sottoscrizione della Proposta, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, ***lo stesso o il Contraente sono tenuti a darne immediata comunicazione scritta all'Intermediario o alla Società,*** secondo quanto previsto all'art. 10.3.

Art. 10.3 – Comunicazioni in corso di Contratto

***Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare tempestivamente per iscritto alla Società ogni variazione relativa a*:**

- qualsiasi variazione dei Beneficiari e dei loro recapiti;
- residenza o domicilio del Contraente o dell'Assicurato;
- professione o attività sportive praticate dall'Assicurato;
- stato di fumatore / non fumatore dell'Assicurato, secondo quanto previsto dall'art. 10.2.

Il Contraente o l'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni ulteriore circostanza che determini un aggravamento del rischio. In questi casi la Società si riserva di agire come previsto dagli artt. 1898 e 1926 del Codice Civile. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione del Contratto ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile.

La comunicazione dovrà essere inviata alla Società con una delle seguenti modalità:

- per lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, indirizzata a "HDI Assicurazioni S.p.A. – Rami Vita – Ufficio Assunzione, Portafoglio e Antiriciclaggio I Livello – Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma";
- per e-mail a portafoglio.vita@hdia.it o per PEC a hdi.assicurazioni@pec.hdia.it;
- per il tramite dell'Intermediario che gestisce il Contratto.

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

Art. 11 – Premio assicurativo

Art. 11.1 – Caratteristiche del Premio

Il Contratto prevede il pagamento di un **Premio anticipato che può essere unico o annuo costante**, a scelta del Contraente.

Il Premio è determinato in base al Capitale Assicurato Iniziale, alla durata del Contratto, all'Età Assicurativa dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali e sportive svolte e alle abitudini di vita.

In caso di Premio annuo, il Contraente si impegna a pagare l'importo stabilito per la Durata del Pagamento del Premio, calcolata in base alla tabella che segue, e comunque non oltre la morte dell'Assicurato. L'importo minimo del Premio annuo è di Euro 100,00 (cento/00).

Durata del Contratto (in anni)	Durata del Pagamento del Premio annuo (in anni)
1 o 2	1
3 o 4	2
5 o 6	3
7 o 8	4
9	5
10 o superiore	Durata contrattuale – 5

Il Premio versato (unico o annuo costante) viene utilizzato per far fronte al rischio demografico della mortalità; pertanto, nessuna Prestazione è prevista qualora l'evento assicurato non si verifichi prima della scadenza del Contratto e i Premi corrisposti restano acquisiti dalla Società.

L'importo del Premio comprende i costi riportati nella tabella che segue.

Caricamenti per acquisizione e gestione del Contratto	Costi fissi	Euro 20,00 (venti/00) in caso di Premio annuo
		Euro 50,00 (cinquanta/00) in caso di Premio unico
	Costi in percentuale	15% del Premio annuo o unico (al netto dei costi fissi)

Art. 11.2 – Modalità di pagamento del Premio

Il Contraente può pagare il Premio con:

a) assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." o all'Intermediario (specificando in tal caso che il versamento è fatto a tale soggetto "in qualità di intermediario di HDI Assicurazioni S.p.A.") e munito della clausola di non trasferibilità;
b) bonifico bancario o postale su conto corrente intestato alla Società o all'Intermediario (specificando in tal caso che il versamento è fatto a tale soggetto "in qualità di intermediario di HDI Assicurazioni S.p.A.");
c) altri mezzi di pagamento bancario o postale, mezzi di pagamento elettronico, anche online, senza oneri a carico del cliente;
d) carta HDI;
e) trattenuta sulla retribuzione effettuata dal datore di lavoro (solo nel caso di apposita convenzione stipulata tra la Società ed il datore di lavoro);
f) addebito su conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla Banca di effettuare il versamento dei Premi con addebito sul proprio conto corrente (SEPA – SDD). In caso di modifica o chiusura del conto corrente bancario, **il Contraente dovrà a comunicare alla Società, le nuove coordinate bancarie (codice IBAN) almeno quarantacinque giorni prima della scadenza** della rata successiva ed a sottoscrivere il nuovo mandato SEPA – SDD.

Il Premio non può essere corrisposto in contanti.

Nei casi di conclusione del Contratto con la Modalità Semplificata, il Premio potrà essere pagato esclusivamente con assegno, bonifico, mezzi di pagamento elettronico (bancomat, carta di credito o di debito) o carta HDI.

Su richiesta del Contraente, è possibile frazionare il pagamento del Premio annuo in rate mensili, bimestrali, trimestrali, quadrimestrali o semestrali. ***In caso di frazionamento, all'importo del Premio netto sono aggiunti i costi di frazionamento riportati nella tabella che segue.***

Frequenza di pagamento	Mensile	Bimestrale	Trimestrale	Quadrimestrale	Semestrale
Costo di frazionamento	3,50 %	3,00 %	2,50 %	2,00%	1,50 %

Le rate di Premio devono essere pagate alle scadenze pattuite; il pagamento della rata di Premio avvenuto entro 30 giorni dalla data della sua scadenza non comporta interessi o altri oneri per il Contraente.

Art. 11.3 – Sospensione, riattivazione e risoluzione del Contratto per mancato pagamento del Premio

Se il Contraente non paga le rate del Premio annuo successive alla prima entro 30 giorni dalla scadenza prevista, l'efficacia del Contratto è sospesa.

Il Contraente può chiedere la riattivazione del Contratto ***entro 24 mesi*** dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, corrispondendo le rate di Premio arretrate aumentate degli interessi legali. Tuttavia, ***trascorsi 6 mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, la riattivazione potrà avvenire solo se accettata per iscritto dalla Società,*** che ha la facoltà di richiedere nuovi accertamenti sanitari e di rifiutare la richiesta di riattivazione. Per effetto della riattivazione del Contratto, lo stesso riprende ad essere efficace alle stesse condizioni dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento di quanto dovuto.

La Società non corrisponderà la Prestazione qualora l'evento assicurato si dovesse verificare nel periodo di sospensione della copertura assicurativa.

Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contratto non può più essere riattivato e si risolve automaticamente. In tal caso i Premi pagati restano acquisiti dalla Società.

L'obbligo di pagamento del premio annuo (frazionato o meno) sussiste a prescindere dall'invio da parte della Società di avvisi di scadenza.

Art. 12 – Beneficiari

Art. 12.1 – Nomina, revoca e modifica dei Beneficiari
Il Contraente nomina i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale nomina (tranne nei casi indicati all'art. 12.2).
La nomina e le eventuali revoche o modifiche dei Beneficiari devono essere comunicate per iscritto alla Società anche se fatte per testamento.
Non potrà essere opposta alla Società alcuna nomina, revoca o modifica del Beneficiario, in qualunque forma effettuata (anche per testamento), che non sia stata comunicata per iscritto alla Società prima che la stessa abbia pagato i Beneficiari precedentemente nominati.

Art. 12.2 – Beneficiario irrevocabile
La nomina 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 il decesso dell'Assicurato, 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.

Art. 12.3 – Diritto proprio del Beneficiario
Ai sensi dell'art. 1920 del Codice Civile, per effetto della nomina il Beneficiario acquista un diritto proprio ai vantaggi del Contratto. Ciò significa, in particolare, che le somme pagate dalla Società a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Art. 13 – Cessione, pegno e vincolo
Il Contraente può cedere ad altri il Contratto, può darlo in pegno o vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo quando vengono comunicati per iscritto alla Società.
Nel caso di pegno o vincolo, le variazioni di contraenza o di Beneficiario o le altre operazioni relative al Contratto potrebbero richiedere l'assenso scritto del creditore o del vincolatario, in linea con l'atto di pegno o di vincolo.

Art. 14 – Oneri fiscali
Le imposte e tutti gli altri oneri di legge relativi al Premio ed al Contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Art. 15 – Legge applicabile
Il Contratto è regolato dalla legge italiana, che disciplina tutto quanto qui non espressamente previsto. Per le controversie relative all'interpretazione ed applicazione del Contratto, è competente il foro di residenza o domicilio elettivo del Contraente, Assicurato o Beneficiario ed aventi diritto.

SEZIONE II – GARANZIE E PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 16 – Garanzia Temporanea Caso Morte

Art. 16.1 – Oggetto della garanzia
In caso di decesso dell'Assicurato, la Società corrisponde al Beneficiario una Prestazione pari al Capitale Assicurato.

Art. 16.2 – Esclusioni
La Società corrisponde la Prestazione ***a condizione che il decesso non rientri in uno dei casi di esclusione***.

***È escluso dalla garanzia il decesso causato direttamente o indirettamente da*:**

a) dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario;
b) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
c) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
d) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
e) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo in base alla normativa tempo per tempo vigente e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
f) suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di efficacia del Contratto o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto;
g) uso non terapeutico di sostanze stupefacenti ed intossicazione farmacologica;
h) alcolismo acuto e cronico;
i) stato di ubriachezza/ebrezza;
j) Malattie e conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già diagnosticate all'Assicurato prima della data di sottoscrizione della Proposta o recidive delle stesse.

È inoltre escluso il decesso sul territorio mondiale che sia avvenuto in uno dei Paesi indicati come Paesi a rischio per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliati di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel Paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

SEZIONE III – DENUNCIA DI SINISTRO E PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Art. 17 – Richieste di pagamento

In caso di Sinistro, dovrà esserne data tempestivamente comunicazione per iscritto alla Società. La richiesta di pagamento dovrà riportare la descrizione dell'evento – specificandone luogo, data e causa – e le indicazioni che permettano di identificare il Contratto.

La richiesta, corredata della documentazione indicata all'art. 18, dovrà essere inviata alla Società con una delle seguenti modalità:

- per comunicazione scritta indirizzata a "HDI Assicurazioni S.p.A. – Rami Vita – Ufficio Assunzione, Portafoglio e Antiriciclaggio I Livello – Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma";
- per e-mail all'indirizzo portafoglio.vita@hdia.it o per PEC all'indirizzo hdi.assicurazioni@pec.hdia.it;
- per il tramite dell'Intermediario che gestisce il Contratto.

Art. 18 – Documentazione richiesta

La richiesta di pagamento dovrà essere presentata dall'avente diritto insieme alla seguente documentazione:

- copia di un documento valido riportante i dati anagrafici dell'Assicurato, qualora non sia già stato presentato o sia scaduto;
- copia del documento di identità e codice fiscale dell'avente diritto, qualora non siano già stati presentati o siano scaduti;
- se la polizza è vincolata o sottoposta a pegno: dichiarazione di consenso del vincolatario o creditore pignoratizio che autorizzi il pagamento all'avente diritto;
- autorizzazione del Giudice Tutelare rilasciata agli esercenti la responsabilità genitoriale/tutori/curatori/amministratori di sostegno o figure assimilabili per la riscossione di somme spettanti agli aventi diritto quando si tratti di minori/incapaci/inabilitati o figure assimilabili;
- eventuale dichiarazione dell'avente diritto sulla percezione della liquidazione in relazione ad attività commerciali, ai fini della corretta tassazione dei proventi corrisposti a persone fisiche o enti non commerciali;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- certificazione che attesti con certezza la qualità di Beneficiario, laddove lo stesso non sia stato indicato univocamente.

- ove il Beneficiario non sia indicato univocamente: atto di notorietà o, in alternativa, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante l'esistenza o meno di un testamento - l'ultimo noto non impugnato - con l'indicazione della data di stesura e pubblicazione, nonché l'indicazione di tutti gli eredi legittimi (del testamento deve essere consegnata copia conforme all'originale);
- relazione medica sulle cause del decesso redatta dal medico dell'Assicurato, ove tale relazione si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere una 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 una richiesta alla Società di acquisire direttamente tale documentazione, in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato;
- nel caso in cui il Sinistro 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 una richiesta alla Società di acquisire direttamente tale documentazione, in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato.

In caso di decesso da Infortunio, la denuncia dovrà contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'Infortunio ed eventuali testimoni e deve essere corredata da certificato medico attestante entità e sede delle lesioni e la documentazione medica comprovante che la morte sia conseguente l'Infortunio, ove tale documentazione medica si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere una richiesta alla Società di acquisire direttamente tale documentazione, in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato.

In tutti i casi, la Società si riserva di richiedere ulteriore documentazione che risulti necessaria per particolari esigenze istruttorie relative a specifici casi.

Art. 19 – Termini di pagamento della Società

La Società esegue il pagamento agli aventi diritto entro 30 giorni ***dalla ricezione di tutta la documentazione indicata all'art. 18.*** Decorsi i termini sopra indicati sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

La Società non procederà al pagamento della Prestazione qualora ciò possa esporla a sanzioni o sia vietato da restrizioni derivanti da leggi e regolamenti nazionali, dell'Unione Europea o internazionali.

Art. 20 – 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.

ALLEGATO 1: ACCERTAMENTI SANITARI

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

CAPITALE ASSICURATO	ACCERTAMENTI SANITARI
Fino a 250.000,00 Euro	Questionario sanitario e sulle attività professionali/sportive presente nella Proposta di assicurazione. Nel caso in cui l'Età Assicurativa dell'Assicurato al momento della sottoscrizione sia superiore a 65 anni, è necessario compilare anche il Rapporto di visita medica.
Da 250.000,01 Euro a 500.000,00 Euro	Documentazione precedente; Visita medica; Esame completo delle urine; Test della cotinina (solo per non fumatori) Piccolo Laboratorio: Test HIV (*), Colesterolo totale, HDL, LDL, Trigliceridi, HbsAg e Anti HCV.
Da 500.000,01 Euro a 1.000.000,00 Euro	Documentazione precedente; ECG riposo e sotto sforzo; Ecocardiografia; Ecotomografia addome completa; Grande Laboratorio: Emocromo con formula leucocitaria, HbA1c, Creatinina, Transaminasi GOT, GPT, GGT, Bilirubina totale, VES.
Da 1.000.000,00 Euro e fino a 3.500.000,00 Euro	Documentazione precedente; Laboratorio aggiuntivo: PSA (solo per uomini), Antigene Carcino Embrionario (CEA) CA 19-9, Alfa-Feto Proteina, Fosfatasi alcalina, Acido urico, Test funzionalità Tiroidee (FT3, FT4, TSH), Tempo di protrombina, Protidogramma elettroforetico.

(*) In assenza del test HIV si applica il periodo di Carenza secondo cui la copertura assicurativa non sarà efficace qualora il decesso dell'Assicurato dovesse avvenire entro i primi 7 anni dalla conclusione del Contratto a causa della sindrome d'immunodeficienza acquisita (AIDS) oppure da altra patologia ad essa correlata.

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

ULTERIORE DOCUMENTAZIONE

In caso di Capitali Assicurati maggiori di 700.000,00 Euro è necessario presentare il Questionario Finanziario.

PAGINA BIANCA

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

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

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