

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale costante

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Impresa: HDI Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: TCM Soluzione Serena



Data di realizzazione: 27/06/2022. Il presente DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Il contratto è un'assicurazione temporanea sulla vita a capitale costante, con pagamento di un premio anticipato unico o annuo costante. Sono previste due differenti tariffe, a seconda che l'Assicurato risulti o meno fumatore.

 Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?
<p>Il contratto prevede la seguente prestazione principale:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Prestazione Temporanea Caso Morte In caso di decesso dell'Assicurato, la Società corrisponde al Beneficiario il capitale assicurato scelto dal Contraente, fino ad un massimo di € 3.500.00,00.<p>In caso di premio annuo, il Contraente può attivare una o più delle seguenti prestazioni facoltative:</p><ul style="list-style-type: none">▪ Prestazione Morte da Infortunio (solo per capitali assicurati fino a € 150.000,00) In caso di decesso dell'Assicurato causato da infortunio, oltre alla prestazione Temporanea Caso Morte, la Società corrisponde al Beneficiario una prestazione aggiuntiva pari al capitale assicurato, con il limite massimo di € 150.000,00. Se il decesso avviene per infortunio causato da incidente stradale, la prestazione aggiuntiva sopra indicata è pari al doppio del capitale assicurato.▪ Prestazione Invalidità da Infortunio o Malattia In caso di invalidità totale e permanente di grado pari o superiore al 60% riconosciuta all'Assicurato, la Società corrisponde all'Assicurato una prestazione pari al capitale assicurato, fino ad un massimo di € 3.500.00,00.

 Che cosa NON è assicurato?
<ul style="list-style-type: none">✗ Non sono assicurabili le persone che, alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione:<ul style="list-style-type: none">▪ non hanno residenza o domicilio in Italia;▪ in caso di premio annuo, hanno un'età assicurativa inferiore a 18 e superiore a 74 anni;▪ in caso di premio unico, hanno un'età assicurativa inferiore a 18 e superiore a 72 anni.✗ Non sono assicurabili le persone che, alla data di scadenza del contratto hanno un'età assicurativa superiore a 75 anni, oppure superiore a 70 anni se sono state selezionate le garanzie facoltative.✗ Non sono assicurabili le persone che vogliono stipulare un contratto:<ul style="list-style-type: none">▪ in caso di premio annuo, per una durata inferiore a 1 anno o superiore a 30 anni;▪ in caso di premio unico, per una durata inferiore a 3 anni o superiore a 30 anni.

 Ci sono limiti di copertura?
<ul style="list-style-type: none">! È previsto un periodo di carenza di 6 mesi nei casi in cui il contratto si concluda senza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica.! 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 è esteso a 7 anni 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.

 Dove vale la copertura?
✓ La copertura non prevede limiti territoriali.

 Che obblighi ho?
<p>In fase di sottoscrizione del contratto, l'Assicurato deve sottoporsi al preventivo accertamento del suo stato di salute e delle sue abitudini di vita mediante compilazione del Questionario sanitario e sulle attività professionali/sportive e ad eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa in relazione alla somma assicurata prescelta.</p> <p>Il Contraente ha l'obbligo di corrispondere il premio unico all'inizio del contratto oppure il premio annuo alle scadenze pattuite. Il Contraente e, se diverso, l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente per iscritto all'Impresa ogni cambiamento relativo alla propria residenza o domicilio, alla professione svolta, alle attività sportive praticate, allo stato di fumatore o non fumatore.</p> <p>La richiesta di pagamento, contenente la descrizione dell'evento e le indicazioni per identificare il contratto, dovrà essere presentata tempestivamente per iscritto all'Impresa insieme alla documentazione indicata di seguito.</p>

- In tutti i casi, sono richiesti: copia di un documento d'identità dell'Assicurato; copia del documento di identità e codice fiscale dell'avente diritto; eventuale consenso del vincolatario o creditore pignoratizio; autorizzazione del Giudice Tutelare in caso di minori/incapaci/inabilitati o figure assimilabili; eventuale dichiarazione dell'avente diritto sulla percezione della liquidazione in relazione ad attività commerciali.
- In caso di decesso, sono inoltre richiesti: certificato di morte dell'Assicurato; se il Beneficiario non è stato indicato univocamente, certificazione che attesti con certezza la qualità di Beneficiario e atto di notorietà attestante l'esistenza o meno di un testamento; relazione medica sulle cause del decesso; ulteriore documentazione sanitaria necessaria a verificare lo stato di salute dell'Assicurato; eventuale documentazione giudiziaria nel caso in cui il sinistro sia connesso ad ipotesi di reato.
- 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.
- In caso di invalidità da infortunio o malattia: verbale dell'autorità eventualmente intervenuta al verificarsi dell'infortunio; certificato della commissione medica delle ASL per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità non rivedibile; documentazione sanitaria (ad esempio, cartelle cliniche, verbale di pronto soccorso).



Quando e come devo pagare?

È previsto il pagamento di un premio anticipato che può essere unico oppure annuo costante, a scelta del Contraente. In caso di premio annuo, il Contraente si impegna a pagare l'importo stabilito per l'intera durata del contratto e comunque non oltre la morte dell'Assicurato. L'importo minimo del premio annuo è di € 100,00.

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle sue abitudini di vita (fumatore/non fumatore) e all'attività professionale e sportiva svolta e non dipende dal fattore sesso. Il premio, comprensivo di eventuali imposte, è indicato nella proposta o nella polizza (se prevista).

Il pagamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- assegno intestato all'Impresa o all'Intermediario, non trasferibile;
- bonifico bancario;
- bollettino di conto corrente postale;
- bancomat o carta di debito;
- carta HDI;
- carta di credito;
- trattenuta sulla retribuzione effettuata dal datore di lavoro;
- addebito diretto SEPA – SDD.

Il pagamento del premio annuo può essere frazionato in rate mensili, bimestrali, trimestrali, quadrimestrali o semestrali. In caso di frazionamento, all'importo del premio netto sono aggiunti i seguenti costi di frazionamento:

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

È ammesso il versamento del premio al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione solo qualora ricorrano le condizioni per la conclusione del contratto con la Modalità Semplificata. In questo caso il premio potrà essere pagato esclusivamente con le modalità a), b), d), e), ed f) sopra indicate.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Per la forma a premio annuo costante, la durata del contratto è compresa tra un minimo di 1 anno e un massimo di 30 anni. Per la forma a premio unico, la durata del contratto è compresa tra un minimo di 3 anni e un massimo di 30 anni.

Sono previste due diverse modalità di conclusione del contratto:

- **Modalità Semplificata:** se l'Assicurato ha un'età assicurativa fino 65 anni, è stato scelto un capitale assicurato fino € 250.000,00, il frazionamento del premio è diverso da mensile o bimestrale e non sono emersi fattori di rischio rilevanti dal Questionario sanitario e sulle attività professionali/sportive, il contratto si considera concluso nel momento in cui avviene la sottoscrizione della proposta di assicurazione.
- **Modalità Standard:** nei casi in cui non si verifichino le condizioni per la conclusione del contratto con Modalità Semplificata, è richiesta l'accettazione dell'Impresa che invia al Contraente la polizza. Il contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente sottoscrive la polizza.

La copertura assicurativa ha efficacia:

- in caso di Modalità Semplificata, dalle ore 24 della data di sottoscrizione della proposta di assicurazione con contestuale pagamento del premio o, se successiva, dalla data di efficacia riportata nella proposta di assicurazione;
- in caso di Modalità Standard, dalla data riportata nella polizza, a condizione che il premio sia stato pagato.

Se il pagamento del premio è effettuato dopo tali date, il contratto diventa efficace alle ore 24 del giorno del pagamento.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Prima della conclusione del contratto con Modalità Standard, il Contraente può revocare per iscritto la proposta di assicurazione. Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

In caso di interruzione del pagamento dei premi, l'assicurazione è sospesa. Il Contraente ha diritto di riattivare l'assicurazione entro 24 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, corrispondendo le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali.

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale costante

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)

Impresa: HDI Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: TCM Soluzione Serena



Data di realizzazione: 27/06/2022. Il presente DIP aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

HDI Assicurazioni S.p.A. Capogruppo del Gruppo Assicurativo HDI Assicurazioni, Piazza Guglielmo Marconi, n. 25 - 00144 Roma; tel. +39 06 421 031; sito internet: www.hdiassicurazioni.it; PEC: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it

HDI Assicurazioni S.p.A. Capogruppo del Gruppo Assicurativo HDI Assicurazioni

Sede Legale

Piazza Guglielmo Marconi, n.25 – Italia

Recapito Telefonico – Sito Internet – Indirizzo e-mail

+39 06 421 031 – www.hdiassicurazioni.it – hdi.assicurazioni@pec.hdia.it

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

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 Assicuratrici al n. 1.00022

Il patrimonio netto al 31 dicembre 2021 ammonta a 662,35 milioni di Euro (di cui 204,65 milioni di Euro relativi al comparto Vita e 457,70 milioni di Euro al comparto Danni), ed è costituito da capitale sociale per 351,00 milioni di Euro (di cui 76,00 milioni di Euro vita e 275,00 milioni di Euro danni) e da riserve patrimoniali e dal risultato d'esercizio per 311,35 milioni di Euro (di cui 128,65 milioni di Euro vita e 182,70 milioni di Euro danni).

La Compagnia ha determinato il Requisito Patrimoniale di Solvibilità ed il Requisito Patrimoniale Minimo al 31 dicembre 2021 secondo quanto previsto dalla vigente normativa Solvency II.

Il Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 410,10 milioni di Euro ed i Fondi Propri Ammissibili a copertura dello stesso sono pari a 1.006,26 milioni di Euro. Si registra così una eccedenza di 596,16 milioni di Euro ed un Solvency Ratio pari al 245,37%. Il Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 184,55 milioni di Euro ed i Fondi Propri Ammissibili a copertura dello stesso sono pari a 838,12 milioni di Euro. Si registra così una eccedenza di 653,58 milioni di Euro ed un Ratio pari al 454,15%.

Per la relazione sulla solvibilità finanziaria e sulla condizione finanziaria (SFCR) si consulti il sito internet della Società al seguente link: <https://www.hdiassicurazioni.it/assicurazioni-hdi-informativa-mercato#scrollmenu>.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

Prestazione principale prevista dal contratto:

✓ Prestazione Temporanea Caso Morte

In caso di decesso dell'Assicurato, l'Impresa corrisponde al Beneficiario una prestazione pari al capitale assicurato riportato nella proposta di assicurazione o nella polizza (se prevista), sempreché non sia stata già corrisposta la prestazione in caso di Invalidità da Infortunio o Malattia. L'Impresa corrisponde la prestazione a condizione che il decesso non rientri in uno dei casi di esclusione.

I premi versati (unico o annui costanti) vengono utilizzati 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 dall'Impresa.

Prestazioni facoltative attivabili a scelta del Contraente in caso di pagamento di un premio annuo:

▪ Prestazione Morte da Infortunio (solo per capitali assicurati fino a € 150.000,00)

In caso di decesso dell'Assicurato causato da infortunio, oltre alla prestazione prevista per la prestazione Temporanea Caso Morte, l'Impresa corrisponde al Beneficiario una prestazione aggiuntiva pari al capitale assicurato, con il limite massimo di € 150.000,00, sempreché non sia stata già corrisposta la prestazione in caso di Invalidità da Infortunio o Malattia.

Se il decesso avviene per infortunio causato da incidente stradale, la prestazione aggiuntiva sopra indicata è pari al doppio del capitale assicurato. L'Impresa corrisponde la prestazione aggiuntiva a condizione che:

- l'infortunio sia la causa diretta ed esclusiva del decesso e non abbiano influito condizioni fisiche o patologiche preesistenti;
- l'infortunio si verifichi nel periodo di validità del contratto ed il decesso avvenga entro due anni dall'infortunio;
- il decesso non rientri in uno dei casi di esclusione.

▪ Prestazione Invalidità da Infortunio o Malattia

In caso di Invalidità da Infortunio o Malattia riconosciuta all'Assicurato, l'Impresa corrisponde all'Assicurato una prestazione

pari al capitale assicurato. L'Impresa corrisponde la somma assicurata per questa prestazione a condizione che:

- l'infortunio o la malattia siano la causa diretta ed esclusiva dell'invalidità e non abbiano influito condizioni fisiche o patologiche preesistenti;
- l'infortunio o la malattia si verifichino nel periodo di validità del contratto;
- l'invalidità non rientri in uno dei casi di esclusione;

Il pagamento della prestazione determina la cessazione del contratto e nulla sarà dovuto dall'Impresa in caso di decesso dell'Assicurato.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

Per la prestazione Temporanea Caso Morte è escluso il decesso causato direttamente o indirettamente da:

- dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- 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;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- 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;
- 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;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti ed intossicazione farmacologica;
- alcolismo acuto e cronico;
- stato di ubriachezza/ebbrezza;
- malattie e conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già diagnosticate all'Assicurato prima della data di sottoscrizione della proposta di assicurazione o recidive delle stesse.

Per la prestazione Morte da infortunio sono esclusi:

- gli infortuni derivanti dalla guida di veicoli natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, dall'uso e guida di mezzi subacquei, nonché gli infortuni subiti dall'Assicurato 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, come membro dell'equipaggio;
- l'esercizio delle seguenti attività sportive: scalata di roccia e accesso a ghiacciai oltre il 3° grado – Scala U.I.A.A., pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guido slitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo, polo, caccia a cavallo, pesca subacquea, sci alpinismo, bob e sport aerei in genere;
- la partecipazione a corse o gare e relative prove o allenamenti, salvo che si tratti di raduni automobilistici e gare di regolarità pura; altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore; regate veliche o raduni cicloturistici;
- gli infortuni dovuti a stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti per legittima difesa o stato di necessità;
- gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizioni a radiazioni ionizzanti.

Per la prestazione Invalidità da Infortunio o Malattia è esclusa l'invalidità causata direttamente o indirettamente da:

- dolo dell'Assicurato;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- infermità mentali, ad esempio sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei;
- applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia del contratto;
- paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, sport aerei in genere;
- partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e

nelle relative prove;

- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia i requisiti per il rinnovo al momento del sinistro;
- calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica e fenomeni connessi.

Per tutte le prestazioni, sono inoltre esclusi i sinistri sul territorio mondiale che siano avvenuti in uno dei Paesi indicati come Paesi a rischio per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.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.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?	Denuncia di sinistro: la richiesta di pagamento, corredata della documentazione necessaria riportata nel DIP Vita, dovrà essere inviata all'Impresa con una delle seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none">▪ 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 a portafoglio.vita@hdia.it o per PEC a hdia.assicurazioni@pec.hdia.it;▪ per il tramite dell'Intermediario che gestisce il contratto.
	Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in: <ul style="list-style-type: none">▪ dieci anni per le prestazioni Temporanea Caso Morte e Morte da Infortunio;▪ due anni per la prestazione Invalidità da Infortunio o Malattia. Il termine di prescrizione decorre da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto stesso. In caso di omessa richiesta di liquidazione entro tale termine, gli importi dovuti ai beneficiari sono obbligatoriamente devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi di quanto previsto dalla legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive integrazioni e modificazioni.
	Liquidazione della prestazione: l'Impresa esegue i pagamenti entro 30 giorni dalla ricezione di tutta la documentazione o dell'eventuale ulteriore documentazione che risulti necessaria per particolari esigenze istruttorie relative a specifici casi. Decorsi i termini sopra indicati sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Il Contraente e l'Assicurato devono fornire all'Impresa tutte le informazioni che questa richiede per valutare il rischio. L'Impresa, 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: <ul style="list-style-type: none">▪ 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 l'Impresa avesse conosciuto il vero stato delle cose.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono ulteriori informazioni rispetto al DIP Vita.
Rimborso	Il Contraente ha diritto al rimborso del premio: <ul style="list-style-type: none">▪ nel caso in cui eserciti il diritto di revoca;▪ nel caso in cui eserciti il diritto di recesso.
Sconti	L'Impresa o l'Intermediario possono applicare sconti di premio. Ulteriori informazioni sono disponibili presso l'Intermediario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Sospensione	In caso di mancato pagamento del premio entro 30 giorni dalla scadenza della rata, il contratto è sospeso e l'eventuale sinistro che dovesse verificarsi durante la sospensione non sarà indennizzato.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca	La comunicazione di revoca della proposta di assicurazione dovrà essere inviata all'Impresa con una delle seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none">▪ 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 hdia.assicurazioni@pec.hdia.it;▪ per il tramite dell'Intermediario che gestisce il contratto. L'Impresa, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di revoca, rimborsa al Contraente l'eventuale premio già pagato.
---------------	---

Recesso	<p>La comunicazione di recesso dal contratto dovrà essere inviata all'Impresa con una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 hdia.assicurazioni@pec.hdia.it; ▪ per il tramite dell'Intermediario che gestisce il contratto. <p>L'Impresa, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio pagato, al netto delle eventuali imposte.</p> <p>Se è stato nominato un Beneficiario irrevocabile, per l'esercizio del diritto di recesso è necessario l'assenso scritto del Beneficiario.</p>
Risoluzione	Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il contratto si risolve automaticamente e i premi pagati restano acquisiti dall'Impresa.

 Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Valori di riscatto e riduzione	<p>Non sono previsti riscatti o riduzioni.</p> <p>In caso di interruzione del pagamento dei premi, l'assicurazione è sospesa. Il Contraente ha diritto di riattivare l'assicurazione 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 dall'Impresa, 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.</p> <p>L'Impresa non corrisponderà la prestazione qualora l'evento assicurato si dovesse verificare nel periodo di sospensione della copertura assicurativa.</p>
Richiesta di informazioni	Non applicabile.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Il prodotto è rivolto a coloro che intendono soddisfare un bisogno di protezione da rischio biometrico. Sono assicurabili le persone fisiche residenti o domiciliate in Italia che, alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, abbiano un'età assicurativa compresa tra 18 e 74 anni (in caso di premio annuo) oppure tra 18 e 72 anni (in caso di premio unico) e, alla data di scadenza del contratto, abbiano un'età inferiore a 75 anni oppure a 70 anni se sono state selezionate le garanzie facoltative.</p> <p>Inoltre, il prodotto è orientato a quei clienti che intendano sottoscrivere un contratto con una durata compresa tra 1 e 30 anni (in caso di premio annuo) oppure tra 3 e 30 anni (in caso di premio unico).</p>	

 Quali costi devo sostenere?					
Si riportano di seguito tutti i costi a carico del Contraente.					
Costi gravanti sul premio					
Caricamenti per acquisizione e gestione del contratto	Costi fissi	€ 20,00 in caso di premio annuo			
		€ 50,00 in caso di premio unico			
	Costi in percentuale	15% del premio annuo o unico (al netto dei costi fissi)			
Costi di frazionamento (applicati all'importo del premio netto in base alla periodicità di pagamento)	Periodicità di pagamento del premio				
	Semestrale	Quadrimestrale	Trimestrale	Bimestrale	Mensile
	1,50%	2,00%	2,50%	3,00%	3,50%
Altri costi					
Costi per visita medica e accertamenti sanitari	Eventuali accertamenti sanitari sono totalmente a carico dell'Assicurato. Questi costi non sono quantificabili a priori e dipendono dalle tariffe applicate dalla struttura medica liberamente scelta dall'Assicurato.				
Costi di intermediazione					
Di seguito è riportata la quota parte di premio retrocessa agli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale del prodotto.					
Premio annuo	10% del prodotto tra il premio netto e la durata del contratto (col massimo di 10 anni).				
Premio unico	10% del premio netto				

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Per eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, un servizio assicurativo ricevuto, il comportamento del tuo Agente (inclusi i suoi dipendenti o collaboratori), la gestione di un sinistro, si invita ad utilizzare il sito web della Società www.hdiassicurazioni.it nella sezione Assistenza/Reclami. In alternativa puoi contattarci mediante i seguenti canali:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ E-mail: reclami@hdi.it▪ Posta: HDI Assicurazioni S.p.A. – Reclami e Procedure Speciali – Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144, ROMA <p>Qualora l'Intermediario non rivesta la qualifica di Agente, il reclamo sul suo comportamento può essere inoltrato direttamente all'Intermediario stesso. L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria per le controversie relative ai contratti assicurativi.</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Fermo restando il diritto di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, in caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, le parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se e in quale misura siano applicabili le condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza dei voti e sono vincolanti per le parti.</p> <p>Per la risoluzione di liti transfrontaliere si può presentare reclamo all'IVASS o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: https://ec.europa.eu/commission/index_it.</p>

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Imposta sui premi I premi dei contratti di assicurazione sulla vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Invece, i premi delle prestazioni facoltative Morte da Infortunio e Invalidità da Infortunio o Malattia sono soggetti all'imposta del 2,50%.</p> <p>Detraibilità fiscale dei premi I premi corrisposti a fronte della copertura del rischio morte e invalidità permanente superiore al 5%, a condizione che la persona dell'Assicurato sia la stessa del Contraente o persona fiscalmente a suo carico, danno diritto ad una detrazione di 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 dell'Impresa.</p> <p>Tassazione delle somme corrisposte Le somme corrisposte in caso di morte sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni. Il trattamento fiscale può variare per modifiche future della normativa di riferimento e dipende dalla situazione del Contraente o del Beneficiario.</p>
---	--

L'IMPRESA HA L'OBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



**Giugno
2022**



[TCM Soluzione Serena]

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

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

talánx.

PAGINA BIANCA

TCM SOLUZIONE SERENA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data ultimo aggiornamento del documento 27/06/2022

INDICE

SEZIONE I – CARATTERISTICHE DELL’ASSICURAZIONE	3
Art. 1 – Definizioni.....	3
Art. 2 – Oggetto dell’Assicurazione.....	4
Art. 3 – Contraente e soggetti Assicurati.....	4
Art. 4 – Valutazione del rischio.....	4
Art. 5 – Conclusione del Contratto.....	4
Art. 6 – Efficacia e durata del Contratto.....	5
Art. 7 – Periodo di Carenza.....	5
Art. 8 – Revoca della Proposta.....	6
Art. 9 – Recesso dal Contratto.....	6
Art. 10 – Dichiarazioni e obblighi di comunicazione.....	7
Art. 10.1 – Dichiarazioni del Contraente e dell’Assicurato.....	7
Art. 10.2 – Stato di fumatore / non fumatore.....	7
Art. 10.3 – Obblighi di comunicazione in corso di Contratto.....	7
Art. 11 – Premio assicurativo.....	7
Art. 11.1 – Caratteristiche del Premio.....	7
Art. 11.2 – Modalità di pagamento del Premio.....	8
Art. 11.3 – Sospensione, Riattivazione e risoluzione del Contratto per mancato pagamento del Premio.....	8
Art. 12 – Beneficiari.....	9
Art. 12.1 – Nomina, revoca e modifica dei Beneficiari.....	9
Art. 12.2 – Beneficiario irrevocabile.....	9
Art. 12.3 - Diritto proprio del Beneficiario.....	9
Art. 13 – Cessione, pegno e vincolo.....	9
Art. 14 – Oneri fiscali.....	9
Art. 15 – Legge applicabile.....	10
SEZIONE II – GARANZIE E PRESTAZIONI ASSICURATE	10
Art. 16 – Garanzia Temporanea Caso Morte.....	10
Art. 16.1 – Oggetto della garanzia.....	10
Art. 16.2 – Esclusioni.....	10
Art. 17 – Garanzia facoltativa Morte da Infortunio.....	10
Art. 17.1 – Oggetto della garanzia.....	10
Art. 17.2 – Esclusioni.....	11
Art. 18 – Garanzia facoltativa Invalidità da Infortunio o Malattia.....	12
Art. 18.1 – Oggetto della garanzia.....	12
Art. 18.2 – Criteri per la determinazione del grado di invalidità.....	12
Art. 18.3 – Esclusioni.....	13
SEZIONE III – DENUNCIA DI SINISTRO E PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ	13
Art. 19 – Richieste di pagamento.....	13

Art. 20 – Documentazione richiesta	14
Art. 21 – Controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro.....	15
Art. 22 – Termini di pagamento della Società.....	15
Art. 23 – Non pignorabilità e non sequestrabilità	15
ALLEGATO 1: ACCERTAMENTI SANITARI	16

SEZIONE I – CARATTERISTICHE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 – Definizioni

Assicurato: la persona fisica esposta al rischio (morte o, se prevista, invalidità) 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: l'importo – costante per tutta la durata del Contratto – scelto dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta, che la Società pagherà al verificarsi del decesso dell'Assicurato e in caso di invalidità, fino ad un massimo di Euro 3.500.000,00 (tremilionicinquecento mila/00).

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, 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).

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).

Incidente stradale: si intende l'Infortunio:

- causato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, nonché su aree private, in cui l'Assicurato rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero;
- occorso all'Assicurato come passeggero di qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto pubblico terrestre, marittimo o aereo;
- occorso all'Assicurato come personale di servizio dei mezzi di trasporto ferroviari.

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.

Invalidità da Infortunio o Malattia: l'invalidità – derivante da Infortunio o Malattia – che comporti la perdita totale e permanente *in misura pari o superiore al 60%*, della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di una qualsiasi professione o mestiere.

Malattia: ogni alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da Infortunio.

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”).

Solo in caso di Premio annuo, al momento della sottoscrizione del Contratto, il Contraente può integrare la garanzia Temporanea Caso Morte con una o più delle seguenti garanzie facoltative:

- a) Morte da Infortunio, **solo per Capitali Assicurati fino a Euro 150.000,00** (centocinquantamila/00); in tal caso, la Prestazione viene corrisposta ai Beneficiari;
- b) Invalidità da Infortunio e Malattia; in tal caso, la Prestazione viene corrisposta all'Assicurato.

Nel caso in cui l'evento assicurato 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.



Le garanzie facoltative prevedono il pagamento di un Premio che si aggiunge a quello della Garanzia Temporanea Caso Morte **e sono efficaci solo se espressamente richiamate nella Proposta o nella Polizza (se prevista).**

Le coperture assicurative di cui al presente Contratto sono efficaci senza limiti territoriali, **fatte salve specifiche esclusioni previste per le singole garanzie** (Temporanea Caso Morte, Morte da Infortunio o Invalidità da Infortunio e Malattia).

Art. 3 – Contraente e soggetti Assicurati

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 in Italia che, alla data di sottoscrizione della Proposta, abbiano un'Età Assicurativa compresa:

- tra 18 e 74 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, oppure a 70 anni se sono state selezionate le garanzie facoltative.**

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 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 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 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 delle garanzie Temporanea Caso Morte e Invalidità da Infortunio o Malattia 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 1 anno e un massimo di 30 anni, per la forma a Premio annuo;
- un minimo di 3 e un massimo di 30 anni, per la forma a Premio unico.

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

In caso di morte o di invalidità con conseguente pagamento della Prestazione da parte di Società, il Contratto cessa e non è dovuta alcuna restituzione di Premio.

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 relativa alle garanzie Temporanea Caso Morte e Invalidità da Infortunio o Malattia 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.

I periodi di Carenza disciplinati dal presente articolo non si applicano alla garanzia Morte da Infortunio.

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.

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 – Obblighi di comunicazione 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 hdia.assicurazioni@pec.hdia.it;
- per il tramite dell'Intermediario che gestisce il Contratto.

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, alla durata del Contratto, alle garanzie previste, 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 l'intera durata del Contratto e comunque non oltre la morte dell'Assicurato. L'importo minimo del Premio annuo è di Euro 100,00 (cento/00).

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:

- 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;
- bonifico bancario 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.");
- bollettino di conto corrente postale;
- bancomat o carta di debito senza oneri a carico dei clienti;
- carta HDI;
- carta di credito;
- trattenuta sulla retribuzione effettuata dal datore di lavoro (solo nel caso di apposita convenzione);
- addebito su conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla Banca di effettuare il versamento dei Premi con addebito diretto SEPA – SDD sul proprio conto corrente. In caso di modifica o chiusura del conto corrente bancario, al fine di garantire la continuità dei versamenti, **il Contraente è tenuto a comunicare alla Società, la variazione delle coordinate bancarie (codice IBAN) almeno 45 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 le modalità a), b), d), e), e f) sopra indicate.

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 riportato nella Proposta o nella Polizza (se prevista), sempreché non sia stata già corrisposta la Prestazione in caso di Invalidità da Infortunio o Malattia.

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/ebbrezza;
- 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.viaggiasesicuri.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.

Art. 17 – Garanzia facoltativa Morte da Infortunio

Art. 17.1 – Oggetto della garanzia



Questa garanzia può essere selezionata in caso di Premio annuo e Capitale Assicurato **fino a Euro 150.000,00 (centocinquantomila/00)** ed è valida solo se espressamente richiamata nella Proposta o nella Polizza (se prevista).

In caso di decesso dell'Assicurato causato da Infortunio, oltre alla Prestazione prevista per la garanzia Temporanea Caso Morte, la Società corrisponde al Beneficiario una Prestazione aggiuntiva pari al Capitale

Assicurato, **con il limite massimo di Euro 150.000,00 (centocinquantamila/00)**, sempreché non sia stata già corrisposta la Prestazione in caso di Infortunio da Infortunio o Malattia.

Se il decesso avviene per Infortunio causato da Incidente Stradale, la Prestazione aggiuntiva sopra indicata è pari al doppio del Capitale Assicurato.

La Prestazione aggiuntiva è corrisposta a condizione che:

- l'Infortunio sia la causa diretta ed esclusiva del decesso e non abbiano influito condizioni fisiche o patologiche preesistenti;
- l'Infortunio si verifichi nel periodo di efficacia del Contratto ed il decesso avvenga entro 2 anni dall'Infortunio.

Esempi

Gli esempi sono formulati considerando un Contratto con Capitale Assicurato pari a Euro 100.000,00, al quale è stata aggiunta la garanzia facoltativa Morte da Infortunio.



CASO A: se si verifica il decesso dell'Assicurato a causa diretta ed esclusiva di un Infortunio, la Società corrisponde al Beneficiario una Prestazione pari a Euro 200.000,00 (Euro 100.000,00 per la garanzia Temporanea Caso Morte + Euro 100.000,00 per la garanzia facoltativa Morte da Infortunio).

CASO B: se si verifica il decesso dell'Assicurato a causa diretta ed esclusiva di un Infortunio causato da Incidente stradale, la Società corrisponde al Beneficiario una Prestazione pari a Euro 300.000,00 (Euro 100.000,00 per la garanzia Temporanea Caso Morte + Euro 200.000,00 per la garanzia facoltativa Morte da Infortunio pari al doppio del Capitale Assicurato).

Sono considerati come Infortuni anche:

- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- l'avvelenamento, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di qualsiasi sostanza, salvo quanto previsto dall'art. 17.2;
- i morsi, le punture e le ustioni di animali e vegetali, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termine delle presenti condizioni particolari;
- l'affogamento;
- le lesioni (esclusi gli infarti e le ernie) determinate da sforzi;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da Infortunio;
- gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- gli Infortuni sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- gli Infortuni conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli Infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico sociale o sindacale cui l'Assicurato non abbia preso parte.

La Società rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile.



La Società corrisponde la Prestazione **a condizione che il decesso non rientri in uno dei casi di Esclusione.**

Art. 17.2 – Esclusioni

La garanzia è sospesa durante l'arruolamento volontario non sostitutivo del servizio di leva, il richiamo per mobilitazioni o per motivi di carattere eccezionale e torna efficace non appena cessa la causa di sospensione.

Sono esclusi dalla garanzia:

- gli infortuni derivanti dalla guida di veicoli natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, dall'uso e guida di mezzi subacquei, nonché gli infortuni subiti dall'Assicurato 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, come membro dell'equipaggio;
- l'esercizio delle seguenti attività sportive: scalata di roccia e accesso a ghiacciai oltre il 3° grado – Scala U.I.A.A., pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guido slitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con

autorespiratore, speleologia, paracadutismo, polo, caccia a cavallo, pesca subacquea, sci alpinismo, bob e sport aerei in genere;

- la partecipazione a corse o gare e relative prove o allenamenti, salvo che si tratti di raduni automobilistici e gare di regolarità pura; altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore; regate veliche o raduni cicloturistici;
- gli infortuni dovuti a stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti per legittima difesa o stato di necessità;
- gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizioni a radiazioni ionizzanti.

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 sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.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.

Art. 18 – Garanzia facoltativa Invalidità da Infortunio o Malattia

Art. 18.1 – Oggetto della garanzia



Questa garanzia può essere selezionata in caso di Premio annuo **ed è valida solo se espressamente richiamata nella Proposta o nella Polizza (se prevista).**

In caso di Invalidità da Infortunio o Malattia riconosciuta all'Assicurato, la Società corrisponde all'Assicurato una Prestazione pari al Capitale Assicurato. Il pagamento della Prestazione determina la cessazione del Contratto e nulla sarà dovuto dalla Società in caso di decesso dell'Assicurato.

La Prestazione è corrisposta a condizione che:

- l'Infortunio o la Malattia siano la causa diretta ed esclusiva dell'invalidità e non abbiano influito condizioni fisiche o patologiche preesistenti;
- l'Infortunio o la Malattia si verifichino nel periodo di efficacia del Contratto.

Se l'Assicurato muore dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali relativi all'invalidità ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'indennizzo in favore dell'Assicurato, ed il decesso non sia indennizzabile a termini di Contratto, la Società corrisponde agli eredi:

- l'importo già concordato con l'Assicurato oppure, in mancanza,
- l'importo già offerto all'Assicurato oppure, in mancanza,
- l'importo oggettivamente determinabile secondo le risultanze degli accertamenti medico-legali svolti.

Se invece l'Assicurato muore prima che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali relativi all'invalidità, ed il decesso non sia indennizzabile a termini di Contratto, la Società liquida agli eredi l'importo oggettivamente determinabile sulla base di documentazione sanitaria (ad esempio, certificazione INAIL, certificazione INPS, certificazione ospedaliera, relazione medica di parte), prodotta dagli eredi, idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Art. 18.2 – Criteri per la determinazione del grado di invalidità

La Società corrisponde la Prestazione per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio o della Malattia indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti alla sottoscrizione della Proposta.

Pertanto, se al momento dell'Infortunio o della diagnosi della Malattia, l'Assicurato era affetto da menomazioni preesistenti, saranno indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio o la Malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti.

Il grado di invalidità viene determinato secondo i criteri e le percentuali previste dalla Tabella di cui all'Allegato 1 del D.P.R. n° 1124 del 30/6/65 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro - Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute fino alla stipula dell'assicurazione e dovrà essere certificato dalla Commissione medica di verifica e non dovrà essere soggetto a termini di rivedibilità.

Art. 18.3 – Esclusioni



La Società corrisponde la Prestazione **a condizione che l'Invalidità da Infortunio o Malattia non rientri in uno dei casi di limitazione o Esclusione.**

È esclusa dalla garanzia l'Invalidità da Infortunio o Malattia causata direttamente o indirettamente da:

- dolo dell'Assicurato;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- infermità mentali, ad esempio sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia del Contratto;
- paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, sport aerei in genere;
- partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia i requisiti per il rinnovo al momento del sinistro;
- calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica e fenomeni connessi.

È inoltre esclusa l'invalidità causata da Infortunio o Malattia che siano avvenuti, sul territorio mondiale, 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.viaggiareassicuri.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. 19 – 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. 20, 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 hdia.assicurazioni@pec.hdia.it;
- per il tramite dell'Intermediario che gestisce il Contratto.

Art. 20 – 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.

Per le richieste di pagamento in caso di decesso dell'Assicurato, sono inoltre richiesti i seguenti documenti:

- 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 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.

Per le richieste di pagamento in caso di Invalidità da Infortunio o Malattia dell'Assicurato, sono inoltre richiesti i seguenti documenti:

- verbale dell'autorità eventualmente intervenuta al momento del verificarsi dell'Infortunio (qualora il Sinistro sia conseguenza di un Infortunio);

- certificato della Commissione medica delle ASL per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità (ai sensi dell'art 20 della legge 3 agosto 2009 n 102), che non deve presentare termini di rivedibilità;
- documentazione sanitaria, con la finalità di consentire la verifica della presenza dei presupposti per la liquidazione dell'indennizzo (ad esempio, cartelle cliniche, verbale di pronto soccorso).

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

Art. 21 – Controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro

Fermo restando il diritto di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, in caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro, le parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se e in quale misura siano applicabili le condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 22 – 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. 20.*** 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. 23 – 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 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.