Foglio Informativo

Hdi Cessione del Quinto Dello Stipendio e Delegazione di Pagamento

DATI E QUALIFICHE DEL SOGGETTO CHE ENTRA IN RAPPORTO CON IL CLIENTE

(Banca incaricata dell'offerta)

La Cassa Rurale – Adamello Giudicarie Valsabbia Paganella Società Cooperativa

Via 3 Novembre, 20 - 38079 - Tione di Trento (TN)

Tel.: 0465 896896 - Fax: 0465 896899 E-mail: info@lacassarurale.it - PEC: info@pec.lacassarurale.it

Sito internet: www.lacassarurale.it

Registro delle Imprese della CCIAA di. Trento n. 1908
Iscritta all'Albo della Banca d'Italia n. 4038.6.0 - cod. ABI 08078 Iscritta all'Albo delle società cooperative n. A157639

Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Cassa Centrale Banca – Credito Cooperativo Italiano S.p.A.

Aderente al Fondo di Garanzia dei Depositanti del Credito Cooperativo e al Fondo Nazionale di Garanzia

ONERI AGGIUNTIVI E COSTI DERIVANTI DALL'OFFERTA

La commercializzazione del prodotto da parte della Banca non comporta l'addebito di alcun onere e/o costo aggiuntivo.

LUOGO OVE AVVIENE L'OFFERTA

L'offerta del prodotto avviene nei locali della Banca.

Assicurazione Puro Rischio

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

Impresa: HDI Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: Temporanea per il caso morte in forma di rendita certa

Data di aggiornamento: 09/06/2025
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 collettiva temporanea caso morte in forma di rendita certa, di tipo obbligatorio, stipulata tra il Contraente (banca o intermediario finanziario) e la Società in virtù di una convenzione, con cui il Contraente ha la possibilità di tutelarsi dal mancato rimborso del finanziamento in caso di decesso dei propri clienti ai quali ha concesso un finanziamento rimborsabile tramite cessione di quote dello stipendio, ai sensi del D.P.R. 5 gennaio 1950, n. 180 e successive integrazioni. Il cliente del Contraente riveste la qualifica di Assicurato ed esprime il proprio consenso alla stipula di una copertura assicurativa sulla sua vita nel Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato.

Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

Il contratto prevede la seguente prestazione:

✓ **Prestazione in caso di decesso**
Per ciascuna posizione assicurata, la Società garantisce al Beneficiario il pagamento immediato, in rate mensili, della rendita annua pattuita a partire dalla rata immediatamente successiva al decesso fino a quella coincidente con la scadenza contrattuale. In luogo delle rate di rendita il Beneficiario avrà la facoltà di chiedere la liquidazione del debito residuo, al momento dell'evento, relativo al finanziamento contratto al netto di eventuali rate insolute alla stessa data. Il debito residuo è comunicato dal Contraente alla Società. La determinazione della prestazione avviene esclusivamente sulla base del piano di ammortamento del debito residuo rilasciato dal Contraente.

****
****
****
****
****
****
****
****
****
****

Che cosa NON è assicurato?

✗ Non sono assicurabili le persone che:
- non sono residenti o domiciliate nella Repubblica italiana o nella Repubblica di San Marino;
- hanno stipulato un finanziamento per un periodo non compreso tra 24 e 120 mesi;
- alla data di sottoscrizione del Modulo delle Dichiarazioni dell'Assicurato, hanno un'Età Assicurativa non compresa tra 18 e 73 anni e che, alla scadenza del contratto, è superiore i 75 anni. Per Età Assicurativa si intende l'età anagrafica, maggiorata di un anno se sono trascorsi più di 6 mesi dall'ultimo compleanno;
- non hanno una sana costituzione fisica;
- sono state in malattia per più di 30 giorni consecutivi negli ultimi 6 mesi;
- per un capitale assicurato fino a € 90.000,00, non abbiano compilato il questionario sanitario;
- per un capitale assicurato superiore a € 90.000,00, non abbiano presentato il questionario anamnestico.

Ci sono limiti di copertura?

! Non sono coperte dalla garanzia le eventuali rate insolute e le anticipazioni del finanziamento.

Dove vale la copertura?

✓ La copertura non prevede limiti territoriali.

Che obblighi ho?

Al momento della sottoscrizione del Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato, quest'ultimo deve compilare, in base all'importo da assicurare, il questionario sanitario (se il capitale assicurato è inferiore o uguale a 90.000,00 Euro) o il questionario anamnestico (se il capitale assicurato è superiore a 90.000,00 Euro). In entrambi i casi, la Società si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria per valutare le risposte fornite con il questionario sanitario ed il questionario anamnestico, e di decidere se accettare o rifiutare la copertura anche nel caso in cui abbia evidenza di dichiarazioni false e mendaci.

L'Assicurato ha il dovere di rilasciare dichiarazioni veritiere sul suo attuale stato di salute quando sottoscrive il Modulo delle Dichiarazioni dell'Assicurato, il questionario sanitario o il questionario anamnestico. Se lo stato di salute dell'Assicurato cambia tra la data della sottoscrizione del Modulo di Dichiarazioni dell'Assicurato e la data di stipula del finanziamento, l'Assicurato deve comunicarlo alla Società prima dell'erogazione in modo da ripetere nuovamente gli accertamenti sanitari previsti.

In caso di decesso dell'Assicurato, il Contraente deve comunicarlo tempestivamente per iscritto alla Società presentando la richiesta di pagamento insieme al certificato anagrafico di morte dell'Assicurato dal quale risulti la sua data di nascita. Se il decesso avviene entro 180 giorni dalla sottoscrizione del Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato, insieme al certificato anagrafico di morte dell'Assicurato, dovrà essere presentata alla Società copia della cartella clinica e la relazione del medico di famiglia.

Quando e come devo pagare?

Il premio netto per ogni copertura assicurativa si ottiene moltiplicando il tasso relativo all'età tariffaria ed alla durata del contratto per l'importo della rendita annua. Il premio non è differenziato in base al fattore sesso. Per ogni posizione, la prestazione assicurata viene garantita dietro il pagamento di un premio unico anticipato. Il premio complessivo è composto dal premio netto a cui si aggiungono i diritti per le attività collegate all'emissione dei contratti e alla valutazione dei rischi.
Il premio, comprensivo dei diritti, il cui onere economico è a carico del Contraente, è versato dallo stesso tramite bonifico alla Società entro dieci giorni dalla data di ricevimento di apposita appendice di regolazione mensile.
Non è previsto il frazionamento del premio. Non sono previsti sconti, rivalse, riscatti e riduzioni.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto si intende perfezionato e concluso nel giorno in cui il Contraente sottoscrive la Convenzione firmata dalla Società.
In riferimento a ciascuna posizione, la singola garanzia assicurata decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che:

- sia stato corrisposto dal Contraente il premio contrattualmente previsto;
- sia pervenuta al Contraente l'accettazione da parte della Società.

La durata della singola posizione assicurata, cioè l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, è pari alla durata del finanziamento e non potrà, comunque, essere inferiore a 24 mesi e superiore a 120 mesi.

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

Il Contraente può revocare l'assicurazione per ogni singola posizione fino al giorno di erogazione del finanziamento dandone comunicazione alla Società.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

La garanzia prevista dal contratto non prevede valore di riduzione e di riscatto.

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

Assicurazione Puro Rischio

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

HDI ASSICURAZIONI

Prodotto Temporanea per il caso morte in forma di rendita certa

Data di aggiornamento: 26/01/2026. Il presente DIP aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

HDI Assicurazioni S.p.A. – Sede Legale e Direzione Generale: Piazza Guglielmo Marconi, n. 25 - 00144 Roma; tel. +39 06 421 031; sito internet: www.hdiassicurazioni.it; PEC: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it.
Capogruppo del Gruppo Assicurativo HDI Assicurazioni, iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicurative al n. 1.00022.
Il patrimonio netto al 31 dicembre 2024 ammonta a 638,0 milioni di Euro (di cui 227,2 milioni di Euro relativi al comparto Vita e 410,8 milioni di Euro al comparto Danni). Nel 2024 l'utile d'esercizio è stato pari a 28,4 milioni di Euro (di cui 3,0 milioni di Euro Vita e 25,4 milioni di Euro Danni). Con riferimento alla situazione di solvibilità, il valore dell'indice di solvibilità (Solvency Ratio) è pari al 206,5%. La relazione sulla solvibilità finanziaria e sulla condizione finanziaria (SFCR) è disponibile sul sito internet della Società al seguente link: https://www.hdiassicurazioni.it/it/comunicazioni-e-avvisi/assicurazioni-hdi-informativa-mercato.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

Non sono previsti periodi di sospensione o limitazioni della garanzia.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a banche o intermediari finanziari che concedono finanziamenti rimborsabili tramite cessione di quote di stipendio, ai sensi del D.P.R. 5 gennaio 1950, n. 180 e successive integrazioni, che intendono soddisfare un bisogno di protezione da rischio biometrico.

Quali costi devo sostenere?

- *Costi gravanti sul premio*

Di seguito i costi applicati ai premi versati.

Spese fisse di emissione	30,00 Euro
Costi di acquisizione (caricamento percentuale)	5% del premio versato al netto delle spese di emissione
Costi di gestione (caricamento percentuale)	5% del premio versato al netto delle spese di emissione

- *Costi di intermediazione*

Avuto riguardo ai costi di acquisizione e ai costi di gestione, la quota parte percepita in media dagli intermediari è pari a 0%.

- *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.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Per qualsiasi reclamo relativo alla polizza, a un servizio assicurativo, alla gestione di un sinistro o al comportamento del tuo Agente o dell'Intermediario assicurativo, puoi compilare il modulo che si trova nella sezione "Assistenza/Reclami" del sito web www.hdiassicurazioni.it. In alternativa, puoi contattarci mediante i seguenti canali: ▪ E-mail: reclami@hdia.it; ▪ Posta: HDI Assicurazioni S.p.A. – Gestione e Analisi Reclami – Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144, ROMA. Se l'Intermediario non è un Agente, puoi inviare il reclamo direttamente all'intermediario. La Società risponde al reclamo entro 45 giorni dal suo ricevimento oppure 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente, dei suoi dipendenti o collaboratori.
All'IVASS	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**
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. È obbligatorio tentare di risolvere la controversia tramite l'Arbitro Assicurativo o la mediazione prima di potersi rivolgere all'autorità giudiziaria.
Mediazione	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). È obbligatorio tentare di risolvere la controversia tramite l'Arbitro Assicurativo o la mediazione prima di potersi rivolgere all'autorità giudiziaria.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Non sono previsti sistemi alternativi di risoluzione delle controversie. 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.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	I premi dei contratti di assicurazione sulla vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Il trattamento fiscale può cambiare in base a future normative e dipende dalla situazione del Contraente e del Beneficiario.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di HDI al seguente link https://www.hdiassicurazioni.it/it/comunicazioni-e-avvisi/oblio-oncologico.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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

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

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

HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (IT) - Tel. +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500 - hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it - Capitale Sociale €351.000.000,00 i.v. - C.F., P. IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicurative al n. 1.00022 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

TEMPORANEA PER IL CASO MORTE IN FORMA DI RENDITA CERTA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Ultimo aggiornamento del documento: 09/06/2025

Art. 1 Definizione

La presente polizza collettiva è predisposta a garanzia della cessione di quote dello stipendio ai sensi del DPR 5 gennaio 1950 n 180 e del relativo Regolamento di esecuzione approvato con DPR 28.7.1950 n 895.

Il presente documento disciplina un'assicurazione temporanea caso morte in forma collettiva che opera in applicazione di una convenzione stipulata tra il Contraente e la Società.

La società erogante il finanziamento assume la qualifica giuridica del Contraente ed inserisce nella collettiva i propri clienti (Cedenti) che stipulano con essa un contratto di finanziamento personale rimborsabile tramite cessione di quote dello stipendio. Tali soggetti rivestono la qualifica di Assicurati, ognuno con una propria posizione ed esprimono i propri consensi, tra cui quello necessario per prestare il consenso alla stipula contratto sulla sua vita da parte del Contraente, nel Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato.

Art. 2 Prestazione assicurata

Per ogni posizione assicurata in caso di morte entro la durata della garanzia, la Società garantisce, al Beneficiario, il pagamento immediato, in rate mensili, della rendita annua pattuita a partire dalla rata immediatamente successiva al decesso fino a quella coincidente con la scadenza contrattuale.

In luogo delle rate di rendita il Beneficiario avrà la facoltà di chiedere la liquidazione del debito residuo, al momento dell'evento, relativo al finanziamento contratto al netto di eventuali rate insolute alla stessa data. Il debito residuo è comunicato dal Contraente alla Società.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta ed il premio pagato resterà acquisito dalla Società.

Art. 3 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società.

La Società, in caso di dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze tali che non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, ha diritto:

a) quando esiste dolo o colpa grave,

√ di dichiarare al Contraente e all'Assicurato entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, di voler impugnare il contratto per l'annullamento dello stesso;

√ in caso di sinistro, di rifiutare qualsiasi pagamento, qualora l'evento si sia verificato prima del decorso del termine di 3 mesi dall'avvenuta conoscenza dell'inesattezza della dichiarazione o della reticenza;

b) quando non esiste dolo o colpa grave,

√ di recedere dal contratto mediante dichiarazione da farsi al Contraente e all'Assicurato entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

√ in caso di sinistro, di ridurre le somme assicurate in relazione al maggior rischio accertato, nel caso in cui il sinistro si verifichi prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società o prima che quest'ultima abbia dichiarato di recedere dal contratto.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica in base all'età reale delle somme dovute.

Qualora la Società intenda recedere dall'assicurazione, ne darà comunicazione al Contraente e all'Assicurato tramite lettera raccomandata A/R e rimborserà al Contraente, il premio corrisposto al netto delle imposte, delle spese di emissione e della parte di premio relativa al periodo di assicurazione intercorso tra la data di erogazione del finanziamento ed il giorno in cui la Società è venuta a conoscenza delle dichiarazioni inesatte o reticenti.

Pertanto qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato tra il

momento della sottoscrizione e la data di stipula dell'atto di finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Società prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

Diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche

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 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, 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. 4 Limiti assuntivi

L'Assicurato dovrà:

- essere una persona fisica residente o domiciliata nella Repubblica Italiana o nella Repubblica di San Marino;
- avere un'Età Assicurativa compresa tra i 18 ed i 73 anni;
- avere un'Età Assicurativa a scadenza che non deve superare i 75 anni;
- avere sana costituzione fisica.

non dovrà:

- essere stato in malattia per più di 30 giorni consecutivi negli ultimi 6 mesi.

L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti con il Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato, completo in ogni parte e firmato dall'Assicurato.

Ogni operazione dovrà essere completata con la seguente documentazione:

- Per capitali uguali od inferiori ad Euro 90.000,00 compilazione del questionario sanitario presente nel Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato.
- Per capitali superiori ad Euro 90.000,00 il questionario anamnestico completo e compilato dal medico di famiglia. I costi del questionario anamnestico completo e compilato sono a carico dell'Assicurato.

In entrambi i casi, la Società si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria atta a valutare le risposte fornite con il questionario sanitario ed il questionario anamnestico, e di decidere se accettare o rifiutare la copertura anche nel caso in cui abbia evidenza di dichiarazioni false e mendaci.

Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

A richiesta della Società dovrà essere esibita una copia del contratto di prestito notificato.

Art. 5 Modalità di perfezionamento, decorrenza e durata del contratto

Il contratto si intende perfezionato e concluso nel giorno in cui il Contraente sottoscrive la Convenzione firmata dalla Società.

In riferimento a ciascuna posizione, la singola garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che:

- il premio contrattualmente previsto sia stato corrisposto dal Contraente;
- sia pervenuta al Contraente l'accettazione da parte della Società.

La durata della singola garanzia, cioè l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, è pari alla durata del rapporto di finanziamento e non potrà, comunque, essere inferiore a 24 mesi e superiore a 120 mesi.

Eventuali anticipazioni del finanziamento non sono coperte dalle garanzie.

Art. 6 Pagamento del premio

Per ogni posizione, la prestazione assicurata viene garantita dietro il pagamento di un premio unico anticipato. Il premio complessivo è composto dal premio netto a cui si aggiungono i diritti per le attività collegate all'emissione dei contratti e alla valutazione dei rischi. Il premio netto si ottiene moltiplicando il tasso relativo all'Età Assicurativa tariffaria ed alla durata del contratto per l'importo della rendita annua.

Il premio assicurativo, comprensivo dei diritti, il cui onere economico è a carico del Contraente è versato dallo stesso tramite bonifico alla Società entro tre giorni dalla data di ricevimento di apposita appendice di regolazione mensile

Art. 7 Anticipata estinzione del finanziamento

Estinzione anticipata totale del finanziamento

In caso di estinzione anticipata totale del finanziamento, per qualunque causa, la copertura assicurativa relativa alla posizione del singolo Assicurato che ha estinto il finanziamento si scioglie e la Società emette appendice di restituzione della parte di premio pagato relativo al periodo residuo per il quale il rischio è cessato.
L'importo da rimborsare è determinato in relazione al numero delle mensilità originariamente previste dal finanziamento e al numero intero delle mensilità residue alla data di estinzione anticipata totale del finanziamento stesso, dedotte le spese quantificate - esclusivamente per l'operazione suddetta - in via forfettaria nella misura del 10% dello stesso premio secondo la seguente formula:
R = [(P * 0.90) /N] * T

Dove:
R è l'ammontare da rimborsare;
P è il premio unico pagato, al netto delle spese di emissione (pari a 30,00 euro);
T è il numero delle rate residue del finanziamento alla data dell'anticipata estinzione;
N è il numero totale di rate in cui è stato previsto il rimborso del finanziamento.

La Società provvederà, entro 60 giorni di calendario successivi alla comunicazione dell'estinzione anticipata, a rimborsare al Contraente la quota di premio attraverso le appendici di regolazione mensili.

Estinzione anticipata parziale del finanziamento

In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento, per qualunque causa, la copertura assicurativa relativa alla posizione del singolo Assicurato che ha estinto il finanziamento si riduce in modo proporzionale e la Società emette appendice di restituzione della parte di premio pagato relativo al periodo residuo per il quale il rischio si è ridotto.
L'importo da rimborsare è determinato in relazione al numero delle mensilità originariamente previste dal finanziamento e al numero intero delle mensilità residue alla data di estinzione anticipata parziale del finanziamento stesso, dedotte le spese quantificate - esclusivamente per l'operazione suddetta - in via forfettaria nella misura del 10% dello stesso premio secondo la seguente formula:
R = (P*0,90)*(E/M)*(N-T)/N

dove:
R = ammontare da rimborsare;
P = premio unico pagato, al netto delle spese di emissione (pari a 30,00 euro);
E = importo dell'estinzione parziale;
M = capitale assicurato iniziale;
T = numero di rate pagate del finanziamento alla data dell'estinzione anticipata parziale;
N = numero totale di rate in cui è stato previsto il rimborso del finanziamento.
La Società provvederà, entro 60 giorni di calendario successivi alla comunicazione dell'estinzione anticipata, a rimborsare al Contraente la quota di premio attraverso le appendici di regolazione mensili.
In caso di eventuali precedenti estinzioni parziali anticipate, il valore del premio puro sul quale si calcola l'ammontare da rimborsare al Contraente si intende riproporzionato della misura corrispondente alla quota già estinta di debito residuo.

Art. 8 Suicidio

La copertura del rischio derivante dal decesso per suicidio non è sottoposta a limitazioni.

Art. 9 Riduzione

La garanzia prevista dal presente contratto non dà diritto alla prestazione ridotta.

Art. 10 Riscatto

La garanzia prevista dal presente contratto non ammette il valore di riscatto.

Art. 11 Revoca dell'assicurazione

Il Contraente può revocare l'assicurazione per ogni singola posizione fino al giorno di erogazione del finanziamento dandone comunicazione alla Società

Art. 12 Beneficiari

Beneficiario delle prestazioni è il Contraente.
Poiché la garanzia viene stipulata sulla vita di un terzo, ciascun Assicurando deve rilasciare, ai fini dell'art. 1919 C.C., una dichiarazione, contenuta nel Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato, che autorizza il Contraente a stipulare un'assicurazione sulla di lui vita.

Art. 13 Diritto proprio del Beneficiario

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

Art. 14 Pagamenti della Società

La liquidazione verrà effettuata entro 30 giorni dal ricevimento del certificato anagrafico di morte dell'Assicurato dal quale risulti la data di nascita dello stesso.
Qualora il decesso avvenga entro 180 giorni dalla

sottoscrizione del Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato, unitamente al certificato di morte dell'Assicurato, dovrà essere presentata copia della cartella clinica e relazione del medico di famiglia.

La Società condiziona il pagamento delle prestazioni alla preventiva acquisizione della documentazione completa richiesta.
Decorsi i termini sopra indicati non sono dovuti gli interessi moratori a favore del Beneficiario.

La determinazione della prestazione avviene esclusivamente sulla base del piano di ammortamento del debito residuo rilasciato dal Contraente.

Art. 15 Tasse e imposte

Le tasse e le imposte relative al contratto sono dovute dal Contraente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

Art. 16 Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto la sede del Foro competente è quella della sede del Contraente.

Art. 17 Legge applicabile

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

Art. 18 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.

GLOSSARIO

Assicurato: Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto: le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita. L'Assicurato, nel presente contratto, è colui che, nel contratto di cessione, cede quote della pensione (Cedente).

Beneficiario: il Contraente.

Contraente: Persona giuridica con sede legale o sede secondaria nella Repubblica Italiana o nella Repubblica di San Marino, che stipula il contratto di assicurazione (Convenzione) e si impegna al versamento dei premi alla Società ed esercita i diritti derivanti dalla polizza. Nel presente contratto è la Società erogante il finanziamento e coincide con il soggetto che riceverà la prestazione economica prevista al verificarsi dell'evento assicurato

Decorrenza: Momento dal quale il contratto di assicurazione diviene valido ed efficace

Durata: Periodo, compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza dell'assicurazione, durante il quale il contratto è efficace.

Età Assicurativa: l'età convenzionalmente utilizzata ai fini del presente Contratto, espressa in anni interi. Se sono trascorsi meno di 6 mesi dall'ultimo compleanno, l'Età Assicurativa coincide con l'età anagrafica, invece se sono trascorsi più di 6 mesi dall'ultimo compleanno, l'Età Assicurativa corrisponde all'età anagrafica maggiorata di un anno (ad es. se l'Assicurato ha compiuto 30 anni il giorno 01/03/2025, la sua Età Assicurativa dal 01/09/2025 è di 31 anni).

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

Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato: documento contenente le dichiarazioni dell'Assicurato tra cui il consenso alla conclusione di un contratto sulla propria vita da parte del Contraente.

Premio: Importo che il Contraente è tenuto a pagare per ottenere la prestazione prevista dal contratto.

Prestazione: Somma – pagabile in un'unica soluzione (capitale) o in via ricorrente (rendite) – che viene garantita dalla Società al verificarsi dell'evento per il quale è stata chiesta la copertura assicurativa.

Scheda: Documento emesso dalla Società e consegnato al Contraente per ogni posizione in cui sono riportate le generalità, l'Età Assicurativa, la durata, la prestazione ed il relativo premio.

Società: HDI Assicurazioni S.p.A., Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, con la quale il contraente stipula il contratto di assicurazione.

Assicurazione Puro Rischio

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

Impresa: HDI Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: Temporanea per il caso morte in forma di rendita certa

Data di aggiornamento: 09/06/2025
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 collettiva temporanea caso morte in forma di rendita certa, di tipo obbligatorio, stipulata tra il Contraente (banca o intermediario finanziario) e la Società in virtù di una convenzione, con cui il Contraente ha la possibilità di tutelarsi dal mancato rimborso del finanziamento in caso di decesso dei propri clienti ai quali ha concesso un finanziamento sotto forma di delegazione di pagamento, ai sensi del D.P.R. 5 gennaio 1950, n. 180 e successive integrazioni. Il cliente del Contraente riveste la qualifica di Assicurato ed esprime il proprio consenso alla stipula di una copertura assicurativa sulla sua vita nel Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato.

Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

Il contratto prevede la seguente prestazione:

✓ **Prestazione in caso di decesso**
Per ciascuna posizione assicurata, la Società garantisce al Beneficiario il pagamento immediato, in rate mensili, della rendita annua pattuita a partire dalla rata immediatamente successiva al decesso fino a quella coincidente con la scadenza contrattuale. In luogo delle rate di rendita il Beneficiario avrà la facoltà di chiedere la liquidazione del debito residuo, al momento dell'evento, relativo al finanziamento contratto al netto di eventuali rate insolute alla stessa data. Il debito residuo è comunicato dal Contraente alla Società. La determinazione della prestazione avviene esclusivamente sulla base del piano di ammortamento del debito residuo rilasciato dal Contraente.

****
****
****
****
****
****
****
****
****
****
****

Che cosa NON è assicurato?

✘ Non sono assicurabili le persone che:
- non sono residenti o domiciliate nella Repubblica italiana o nella Repubblica di San Marino;
- hanno stipulato un finanziamento per un periodo non compreso tra 24 e 120 mesi;
- alla data di sottoscrizione del Modulo delle Dichiarazioni dell'Assicurato, hanno un'Età Assicurativa non compresa tra 18 e 73 anni e che, alla scadenza del contratto, è superiore i 75 anni. Per Età Assicurativa si intende l'età anagrafica, maggiorata di un anno se sono trascorsi più di 6 mesi dall'ultimo compleanno;
- non hanno una sana costituzione fisica;
- sono state in malattia per più di 30 giorni consecutivi negli ultimi 6 mesi;
- per un capitale assicurato fino a € 90.000,00, non abbiano compilato il questionario sanitario;
- per un capitale assicurato superiore a € 90.000,00, non abbiano presentato il questionario anamnestico.

Ci sono limiti di copertura?

! Non sono coperte dalla garanzia le eventuali rate insolute e le anticipazioni del finanziamento.

Dove vale la copertura?

✓ La copertura non prevede limiti territoriali.

Che obblighi ho?

Al momento della sottoscrizione del Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato, quest'ultimo deve compilare, in base all'importo da assicurare, il questionario sanitario (se il capitale assicurato è inferiore o uguale a 90.000,00 Euro) o il questionario anamnestico (se il capitale assicurato è superiore a 90.000,00 Euro). In entrambi i casi, la Società si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria per valutare le risposte fornite con il questionario sanitario ed il questionario anamnestico, e di decidere se accettare o rifiutare la copertura anche nel caso in cui abbia evidenza di dichiarazioni false e mendaci.

L'Assicurato ha il dovere di rilasciare dichiarazioni veritiere sul suo attuale stato di salute quando sottoscrive il Modulo delle Dichiarazioni dell'Assicurato, il questionario sanitario o il questionario anamnestico. Se lo stato di salute dell'Assicurato cambia tra la data della sottoscrizione del Modulo di Dichiarazioni dell'Assicurato e la data di stipula del finanziamento, l'Assicurato deve comunicarlo alla Società prima dell'erogazione in modo da ripetere nuovamente gli accertamenti sanitari previsti.

In caso di decesso dell'Assicurato, il Contraente deve comunicarlo tempestivamente per iscritto alla Società presentando la richiesta di pagamento insieme al certificato anagrafico di morte dell'Assicurato dal quale risulti la sua data di nascita. Se il decesso avviene entro 180 giorni dalla sottoscrizione del Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato, insieme al certificato di anagrafico di morte dell'Assicurato, dovrà essere presentata alla Società copia della cartella clinica e la relazione del medico di famiglia.

Quando e come devo pagare?

Il premio netto per ogni copertura assicurativa si ottiene moltiplicando il tasso relativo all'età tariffaria ed alla durata del contratto per l'importo della rendita annua. Il premio non è differenziato in base al fattore sesso. Per ogni posizione, la prestazione assicurata viene garantita dietro il pagamento di un premio unico anticipato. Il premio complessivo è composto dal premio netto a cui si aggiungono i diritti per le attività collegate all'emissione dei contratti e alla valutazione dei rischi.
Il premio, comprensivo dei diritti, il cui onere economico è a carico del Contraente, è versato dallo stesso tramite bonifico alla Società entro dieci giorni dalla data di ricevimento di apposita appendice di regolazione mensile.
Non è previsto il frazionamento del premio. Non sono previsti sconti, rivalse, riscatti e riduzioni.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto si intende perfezionato e concluso nel giorno in cui il Contraente sottoscrive la Convenzione firmata dalla Società.
In riferimento a ciascuna posizione, la singola garanzia assicurata decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che:

- sia stato corrisposto dal Contraente il premio contrattualmente previsto;
- sia pervenuta al Contraente l'accettazione da parte della Società.

La durata della singola posizione assicurata, cioè l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, è pari alla durata del finanziamento e non potrà, comunque, essere inferiore a 24 mesi e superiore a 120 mesi.

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

Il Contraente può revocare l'assicurazione per ogni singola posizione fino al giorno di erogazione del finanziamento dandone comunicazione alla Società.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

La garanzia prevista dal contratto non prevede valore di riduzione e di riscatto.

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

Assicurazione Puro Rischio

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

HDI ASSICURAZIONI

Prodotto Temporanea per il caso morte in forma di rendita certa

Data di aggiornamento: 26/01/2026. Il presente DIP aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

HDI Assicurazioni S.p.A. – Sede Legale e Direzione Generale: Piazza Guglielmo Marconi, n. 25 - 00144 Roma; tel. +39 06 421 031; sito internet: www.hdiassicurazioni.it; PEC: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it.
Capogruppo del Gruppo Assicurativo HDI Assicurazioni, iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicurative al n. 1.00022.
Il patrimonio netto al 31 dicembre 2024 ammonta a 638,0 milioni di Euro (di cui 227,2 milioni di Euro relativi al comparto Vita e 410,8 milioni di Euro al comparto Danni). Nel 2024 l'utile d'esercizio è stato pari a 28,4 milioni di Euro (di cui 3,0 milioni di Euro Vita e 25,4 milioni di Euro Danni). Con riferimento alla situazione di solvibilità, il valore dell'indice di solvibilità (Solvency Ratio) è pari al 206,5%. La relazione sulla solvibilità finanziaria e sulla condizione finanziaria (SFCR) è disponibile sul sito internet della Società al seguente link: https://www.hdiassicurazioni.it/it/comunicazioni-e-avvisi/assicurazioni-hdi-informativa-mercato.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

Non sono previsti periodi di sospensione o limitazioni della garanzia.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a banche o intermediari finanziari che concedono finanziamenti rimborsabili tramite delegazione di pagamento, ai sensi del D.P.R. 5 gennaio 1950, n. 180 e successive integrazioni, che intendono soddisfare un bisogno di protezione da rischio biometrico.

Quali costi devo sostenere?

- *Costi gravanti sul premio*

Di seguito i costi applicati ai premi versati

Spese fisse di emissione	30,00 Euro
Costi di acquisizione (caricamento percentuale)	5% del premio versato al netto delle spese di emissione
Costi di gestione (caricamento percentuale)	5% del premio versato al netto delle spese di emissione

- *Costi di intermediazione*

Avuto riguardo ai costi di acquisizione e ai costi di gestione, la quota parte percepita in media dagli intermediari è pari a 0%.

- *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.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Per qualsiasi reclamo relativo alla polizza, a un servizio assicurativo, alla gestione di un sinistro o al comportamento del tuo Agente o dell'Intermediario assicurativo, puoi compilare il modulo che si trova nella sezione "Assistenza/Reclami" del sito web www.hdiassicurazioni.it. In alternativa, puoi contattarci mediante i seguenti canali: ▪ E-mail: reclami@hdia.it; ▪ Posta: HDI Assicurazioni S.p.A. – Gestione e Analisi Reclami – Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144, ROMA. Se l'Intermediario non è un Agente, puoi inviare il reclamo direttamente all'intermediario. La Società risponde al reclamo entro 45 giorni dal suo ricevimento oppure 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente, dei suoi dipendenti o collaboratori.
All'IVASS	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**
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. È obbligatorio tentare di risolvere la controversia tramite l'Arbitro Assicurativo o la mediazione prima di potersi rivolgere all'autorità giudiziaria.
Mediazione	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). È obbligatorio tentare di risolvere la controversia tramite l'Arbitro Assicurativo o la mediazione prima di potersi rivolgere all'autorità giudiziaria.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Non sono previsti sistemi alternativi di risoluzione delle controversie. 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.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	I premi dei contratti di assicurazione sulla vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Il trattamento fiscale può cambiare in base a future normative e dipende dalla situazione del Contraente e del Beneficiario.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di HDI al seguente link https://www.hdiassicurazioni.it/it/comunicazioni-e-avvisi/oblio-oncologico.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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

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

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

HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (IT) - Tel. +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500 - hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it - Capitale Sociale € 351.000.000,00 i.v. - C.F., P. IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicurative al n. 1.00022 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

TEMPORANEA PER IL CASO MORTE IN FORMA DI RENDITA CERTA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Ultimo aggiornamento del documento: 09/06/2025

Art. 1 Definizione

La presente polizza collettiva è predisposta a garanzia della delegazione di pagamento ai sensi del DPR 5 gennaio 1950 n 180 e del relativo Regolamento di esecuzione approvato con DPR 28.7.1950 n 895; circolari emanate dal Ministero del Tesoro – Rag. Generale dello Stato n. 46 del 08/08/1995; n. 63 del 16/10/1996; n. 29 del 11/03/1998 e successive, per quanto applicabili anche in via analogica, nonché il Capo VI del Titolo I Libro IV del Codice Civile agli artt.1268 e ss.

Il presente documento disciplina un'assicurazione temporanea caso morte in forma collettiva che opera in applicazione di una convenzione stipulata tra il Contraente e la Società.

La società erogante il finanziamento assume la qualifica giuridica del Contraente ed inserisce nella collettiva i propri clienti (Cedenti) che stipulano con essa un contratto di finanziamento personale rimborsabile tramite delegazione di pagamento. Tali soggetti rivestono la qualifica di Assicurati, ognuno con una propria posizione ed esprimono i propri consensi, tra cui quello necessario per prestare il consenso alla stipula contratto sulla sua vita da parte del Contraente, nel Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato.

Art. 2 Prestazione assicurata

Per ogni posizione assicurata in caso di morte entro la durata della garanzia, la Società garantisce, ai Beneficiari designati, il pagamento immediato, in rate mensili, della rendita annua pattuita a partire dalla rata immediatamente successiva al decesso fino a quella coincidente con la scadenza contrattuale.

In luogo delle rate di rendita il Beneficiario avrà la facoltà di chiedere la liquidazione del debito residuo, al momento dell'evento, relativo al finanziamento contratto al netto di eventuali rate insolute alla stessa data. Il debito residuo è comunicato dal Contraente alla Società.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta ed il premio pagato resterà acquisito dalla Società.

Art. 3 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società.

La Società, in caso di dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze tali che non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, ha diritto:

a) quando esiste dolo o colpa grave,

√ di dichiarare al Contraente e all'Assicurato entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, di voler impugnare il contratto per l'annullamento dello stesso;

√ in caso di sinistro, di rifiutare qualsiasi pagamento, qualora l'evento si sia verificato prima del decorso del termine di 3 mesi dall'avvenuta conoscenza dell'inesattezza della dichiarazione o della reticenza;

b) quando non esiste dolo o colpa grave,

√ di recedere dal contratto mediante dichiarazione da farsi al contraente e all'Assicurato entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

√ in caso di sinistro, di ridurre le somme assicurate in relazione al maggior rischio accertato, nel caso in cui il sinistro si verifichi prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società o prima che quest'ultima abbia dichiarato di recedere dal contratto.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica in base all'età reale delle somme dovute.

Qualora la Società intenda recedere dall'assicurazione, ne darà comunicazione al Contraente e all'Assicurato tramite lettera raccomandata A/R e rimborserà al Contraente, il premio corrisposto al netto delle imposte, delle spese di emissione e della parte di premio relativa al periodo di assicurazione intercorso tra la data di erogazione del finanziamento ed il giorno in cui la Società è venuta a conoscenza delle dichiarazioni

inesatte o reticenti.
Pertanto qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato tra il momento della sottoscrizione del Modulo delle dichiarazione dell'Assicurato e la data di stipula dell'atto di finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Società prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

Diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche
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 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, 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. 4 Limiti assuntivi
L'Assicurato dovrà:
- essere una persona fisica residente o domiciliata nella Repubblica Italiana o nella Repubblica di San Marino;
- avere una Età Assicurativa compresa tra i 18 ed i 73 anni;
- avere un'Età Assicurativa a scadenza che non deve superare i 75 anni;
- avere sana costituzione fisica.

non dovrà:
- essere stato in malattia per più di 30 giorni consecutivi negli ultimi 6 mesi.

L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti con il Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato, completo in ogni parte e firmato dall'Assicurato.
Ogni operazione dovrà essere completata con la seguente documentazione:

- Per capitali uguali od inferiori ad Euro 90.000,00 compilazione del questionario sanitario presente nel Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato.
- Per capitali superiori ad Euro 90.000,00 il questionario anamnestico completo e compilato dal medico di famiglia. I costi del questionario anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia sono a carico dell'Assicurato.

In entrambi i casi, la Società si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria atta a valutare le risposte fornite con il questionario sanitario ed il questionario anamnestico, e di decidere se accettare o rifiutare la copertura anche nel caso in cui abbia evidenza di dichiarazioni false e mendaci.
Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.
A richiesta della Società dovrà essere esibita una copia del contratto di prestito notificato.

Art. 5 Modalità di perfezionamento, decorrenza e durata del contratto
Il contratto si intende perfezionato e concluso nel giorno in cui il Contraente sottoscrive la Convenzione firmata dalla Società.
In riferimento a ciascuna posizione, la singola garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che:
- il premio contrattualmente previsto sia stato corrisposto dal Contraente;
- sia pervenuta al Contraente l'accettazione da parte della Società.

La durata della singola garanzia, cioè l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, è pari alla durata del rapporto di finanziamento e non potrà, comunque, essere inferiore a 24 mesi e superiore a 120 mesi.
Eventuali anticipazioni del finanziamento non sono coperte dalle garanzie.

Art. 6 Pagamento del premio
Per ogni posizione, la prestazione assicurata viene garantita dietro il pagamento di un premio unico anticipato. Il premio complessivo, è composto dal premio netto a cui si aggiungono i diritti per le attività collegate all'emissione dei contratti e alla valutazione dei rischi. Il premio netto si ottiene moltiplicando il tasso relativo all'Età Assicurativa tariffaria ed alla durata del contratto per l'importo della rendita annua. Il premio non è differenziato in base al fattore sesso.
L'importo delle spese di emissione è pari a 30,00 euro.
Il premio assicurativo, comprensivo dei diritti, il cui onere economico è a carico del Contraente è

versato dallo stesso tramite bonifico alla Società entro dieci giorni dalla data di ricevimento di apposita appendice di regolazione mensile.

Art. 7 Anticipata estinzione del finanziamento

Estinzione anticipata totale del finanziamento

In caso di estinzione anticipata totale del finanziamento, per qualunque causa, la copertura assicurativa relativa alla posizione del singolo Assicurato che ha estinto il finanziamento si scioglie e la Società emette appendice di restituzione della parte di premio pagato relativo al periodo residuo per il quale il rischio è cessato.
L'importo da rimborsare è determinato in relazione al numero delle mensilità originariamente previste dal finanziamento e al numero intero delle mensilità residue alla data di estinzione anticipata totale del finanziamento stesso, dedotte le spese quantificate - esclusivamente per l'operazione suddetta - in via forfettaria nella misura del 10% dello stesso premio secondo la seguente formula:
R = [(P * 0.90) /N] * T

Dove:
R è l'ammontare da rimborsare;
P è il premio unico pagato, al netto delle spese di emissione (pari a 30,00 euro);
T è il numero delle rate residue del finanziamento alla data dell'anticipata estinzione;
N è il numero totale di rate in cui è stato previsto il rimborso del finanziamento.

La Società provvederà, entro 60 giorni di calendario successivi alla comunicazione dell'estinzione anticipata, a rimborsare al Contraente la quota di premio attraverso le appendici di regolazione mensili.

Estinzione anticipata parziale del finanziamento

In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento, per qualunque causa, la copertura assicurativa relativa alla posizione del singolo Assicurato che ha estinto il finanziamento si riduce in modo proporzionale e la Società emette appendice di restituzione della parte di premio pagato relativo al periodo residuo per il quale il rischio si è ridotto.
L'importo da rimborsare è determinato in relazione al numero delle mensilità originariamente previste dal finanziamento e al numero intero delle mensilità residue alla data di estinzione anticipata parziale del finanziamento stesso, dedotte le spese quantificate - esclusivamente per l'operazione suddetta - in via forfettaria nella misura del 10% dello stesso premio secondo la seguente formula:
R = (P*0,90)*(E/M)*(N-T)/N

dove:
R = ammontare da rimborsare;
P = premio unico pagato, al netto delle spese di emissione (pari a 30,00 euro);
E = importo dell'estinzione parziale;
M = capitale assicurato iniziale;
T = numero di rate pagate del finanziamento alla data dell'estinzione anticipata parziale;
N = numero totale di rate in cui è stato previsto il rimborso del finanziamento.
La Società provvederà, entro 60 giorni di calendario successivi alla comunicazione dell'estinzione anticipata, a rimborsare al Contraente la quota di premio attraverso le appendici di regolazione mensili.
In caso di eventuali precedenti estinzioni parziali anticipate, il valore del premio puro sul quale si calcola l'ammontare da rimborsare al Contraente si intende riproporzionato della misura corrispondente alla quota già estinta di debito residuo.

Art. 8 Suicidio

La copertura del rischio derivante dal decesso per suicidio non è sottoposta a limitazioni.

Art. 9 Riduzione

La garanzia prevista dal presente contratto non dà diritto alla prestazione ridotta.

Art. 10 Riscatto

La garanzia prevista dal presente contratto non ammette il valore di riscatto.

Art. 11 Revoca del modulo di adesione

Il Contraente può revocare l'assicurazione per ogni singola posizione fino al giorno di erogazione del finanziamento dandone comunicazione alla Società.

Art. 12 Beneficiari

Beneficiario delle prestazioni è il Contraente.
Poiché la garanzia viene stipulata sulla vita di un terzo, ciascun Assicurando deve rilasciare, ai fini dell'art. 1919 C.C., una dichiarazione, contenuta nel Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato, che autorizza il Contraente a stipulare un'assicurazione sulla di lui vita.

Art. 13 Diritto proprio del Beneficiario

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

Art. 14 Pagamenti della Società

La liquidazione verrà effettuata entro 30 giorni dal ricevimento del certificato anagrafico di morte

dell'Assicurato dal quale risulti la data di nascita dello stesso.
Qualora il decesso avvenga entro 180 giorni dalla sottoscrizione del Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato, unitamente al certificato di morte dell'Assicurato, dovrà essere presentata copia della cartella clinica e relazione del medico di famiglia.
La Società condiziona il pagamento delle prestazioni alla preventiva acquisizione della documentazione completa richiesta.
Decorsi i termini sopra indicati non sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari.
La determinazione della prestazione avviene esclusivamente sulla base del piano di ammortamento del debito residuo rilasciato dal Contraente.

Art. 15 Tasse e imposte

Le tasse e le imposte relative al contratto sono dovute dal Contraente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

Art. 16 Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto la sede del Foro competente è quella della sede del Contraente.

Art. 17Legge applicabile

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

Art. 18 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.

GLOSSARIO

Assicurato: Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto: le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita. L'Assicurato, nel presente contratto, è colui che, nel contratto di cessione, cede quote della pensione (Cedente).

Beneficiario: il Contraente.

Contraente: Persona giuridica con sede legale o sede secondaria nella Repubblica Italiana o nella Repubblica di San Marino, che stipula il contratto di assicurazione (Convenzione) e si impegna al versamento dei premi alla Società ed esercita i diritti derivanti dalla polizza. Nel presente contratto è la Società erogante il finanziamento e coincide con il soggetto che riceverà la prestazione economica prevista al verificarsi dell'evento assicurato.

Decorrenza: Momento dal quale il contratto di assicurazione diviene valido ed efficace.

Durata: Periodo, compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza dell'assicurazione, durante il quale il contratto è efficace.

Età Assicurativa: l'età convenzionalmente utilizzata ai fini del presente Contratto, espressa in anni interi. Se sono trascorsi meno di 6 mesi dall'ultimo compleanno, l'Età Assicurativa coincide con l'età anagrafica, invece se sono trascorsi più di 6 mesi dall'ultimo compleanno, l'Età Assicurativa corrisponde all'età anagrafica maggiorata di un anno (ad es. se l'Assicurato ha compiuto 30 anni il giorno 01/03/2025, la sua Età Assicurativa dal 01/09/2025 è di 31 anni).

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

Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato: documento contenente le dichiarazioni dell'Assicurato tra cui il consenso alla conclusione di un contratto sulla propria vita da parte del Contraente.

Premio: Importo che il Contraente è tenuto a pagare per ottenere la prestazione prevista dal contratto.

Prestazione: Somma – pagabile in un'unica soluzione (capitale) o in via ricorrente (rendite) – che viene garantita dalla Società al verificarsi dell'evento per il quale è stata chiesta la copertura assicurativa.

Scheda: Documento emesso dalla Società e consegnato al Contraente per ogni posizione in cui sono riportate le generalità, l'Età Assicurativa, la durata, la prestazione ed il relativo premio.

Società: HDI Assicurazioni S.p.A., Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, con la quale il contraente stipula il contratto di assicurazione.