

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL  
CASO DI MORTE IN FORMA DI RENDITA CERTA A PREMIO UNICO**

**Il presente Fascicolo informativo, contenente:**

- a. Nota informativa**
- b. Condizioni di assicurazione**
- c. Glossario**
- d. Modulo di adesione**

**deve essere consegnato al Contraente e all'Assicurato prima della sottoscrizione del modulo di adesione.**

**Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.**



**HDI**  
Assicurazioni

**HDI Assicurazioni S.p.A.**

Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo

"HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

# PAGINA BIANCA

**HDI Assicurazioni S.p.A.**  
Via Abruzzi, 10-00187 Roma  
Tel. +39 06 421 031  
Fax +39 06 4210 3500  
hdi.assicurazioni@hdi.it  
www.hdiassicurazioni.it

# TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO MORTE IN FORMA DI RENDITA CERTA

## NOTA INFORMATIVA

Ultimo aggiornamento del documento 26/05/2014

**La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS (già Isvap), ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.**

**Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.**

Eventuali variazioni delle informazioni non derivanti da innovazioni normative contenute nel "Fascicolo informativo", successive alla conclusione del contratto, potranno essere consultate sul sito internet della Società ([www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it)).

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### **Art. 1 Informazioni generali**

**HDI Assicurazioni S.p.A.** – Società per Azioni Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015 con Direzione Generale e Sede Legale in Italia, Via Abruzzi n.10 (00187) Roma – autorizzata\* all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M.I.C.A. n.19570 dell'8 giugno 1993 e iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022 – tel. +39 06 421 031 – fax +39 06 4210 3500 – Sito Internet: [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it) – indirizzo e-mail: [hdi.assicurazioni@hdi.it](mailto:hdi.assicurazioni@hdi.it).

#### **Art. 2 Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa**

L'ammontare del patrimonio netto al 31/12/2013 è pari a 176,58 milioni di euro di cui capitale sociale pari a 96,00 milioni di euro e riserve patrimoniali pari a 80,58 milioni di euro.

L'indice di solvibilità relativo alla gestione vita, alla medesima data, è pari a 127,8%. Tale indice è dato dal rapporto tra il margine di solvibilità disponibile ed il margine richiesto dalla normativa vigente.

\* C.F. e P.IVA 04349061004

### B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

#### **Art. 3 Prestazioni assicurative e garanzie offerte**

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

Il contratto, che prevede la prestazione successivamente descritta, è predisposto 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 08/08/1996; 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.

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.

In riferimento a ciascuna posizione, la durata della singola garanzia, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, è pari alla

# Nota informativa

durata del rapporto di finanziamento e non potrà, comunque, essere inferiore a 24 mesi e superiore a 120 mesi.

L'età dell'Assicurato alla sottoscrizione del contratto non può essere inferiore ai 18 anni e in ogni caso non può risultare superiore ai 73 anni compiuti all'ingresso e superiore ai 75 anni compiuti a scadenza. Eventuali anticipazioni del finanziamento non sono coperte dalla garanzia.

Il contratto prevede, per ciascuna posizione, la **prestazione in caso di decesso**. Si rinvia all'art. 2 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza : non sono previsti periodi di sospensione né limitazioni della copertura assicurativa.

**L'Assicurato è tenuto a prestare particolare attenzione nel leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel modulo di adesione relative alla compilazione della dichiarazione di buono stato di salute.**

## Art. 4 Premi

Per ogni posizione è prevista la **corresponsione di un premio unico anticipato**. Il premio, il cui onere è completamente a carico del Contraente è dovuto dallo stesso alla Società.

L'importo del premio dipende dalla durata, dall'età dell'Assicurato, dalla rendita assicurata e non è differenziato in base al fattore sesso.

Il premio assicurativo, comprensivo dei diritti, verrà versato dal Contraente tramite bonifico alla Società entro tre giorni dalla data di ricevimento di apposita appendice di regolazione mensile. Non è prevista la possibilità di frazionare il premio.

## Art. 5 Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Non previsti.

## C. INFORMAZIONE COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

### Art. 6 Costi

#### Art.6.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

##### Art. 6.1.1 Costi gravanti sul premio

Spese fisse di emissione	€ 30
Caricamento percentuale	10% del premio versato al netto delle spese di emissione.

La quota parte dei caricamenti percentuali percepita dall'intermediario è riportata nella tabella seguente.

Costi di Intermediazione	
Valore in percentuale	Importo medio*
50%	€ 14,56

\* Tale importo è calcolato sul premio medio al netto delle spese di emissione.

##### Art.6.1.2 Costi per riscatto

Non previsti.

##### Art.6.1.3 Costi erogazione rendita

Non previsti

### Art.6.2 Costi a carico dell'Assicurato

Avvertenza : nei casi in cui è prevista la presentazione del questionario anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia, e nel caso di visita medica i costi sono a carico dell'Assicurato.

### Art. 7 Sconti

Non previsti.

### Art. 8 Regime fiscale

#### Art.8.1 Regime fiscale dei premi

I premi dei contratti di assicurazione sulla vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni.

I premi corrisposti a fronte della copertura del rischio morte danno diritto ad una detrazione dell'imposta sul reddito dichiarato ai fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

#### Art.8.2 Regime fiscale delle somme corrisposte

Le somme corrisposte in caso di morte sono esenti dall'IRPEF. Le somme corrisposte in caso di morte sono anche esenti dall'imposta sulle successioni.

## D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

### Art. 9 Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'art. 4 delle Condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e per la decorrenza del contratto.

### Art. 10 Risoluzione del contratto per sospensione pagamento premi

Non prevista.

### Art. 11 Riscatto e riduzione

Non previsti.

### Art. 12 Revoca del modulo di adesione

Il Contraente può revocare il modulo di adesione fino al giorno di erogazione del finanziamento dandone comunicazione alla Società.

### Art. 13 Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

Si rinvia all'art. 14 delle condizioni di assicurazione per la documentazione che il Contraente o il beneficiario devono consegnare alla Società per la liquidazione della prestazione da parte della Società.

Al verificarsi del decesso dell'Assicurato, la liquidazione verrà effettuata entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

# Nota informativa

Il Contraente deve prestare particolare attenzione ai termini di prescrizione. I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda secondo quanto stabilito dall'art. 2952 del Codice Civile. In caso di omessa richiesta entro tale termine gli importi dovuti vengono automaticamente devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie costituito presso il ministero dell'Economia e delle Finanze, secondo quanto disciplinato dalla Legge 266/2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

## **Art. 14 Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire l'applicazione di una diversa legislazione, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative del diritto italiano.

## **Art. 15 Lingua in cui è redatto il contratto**

Il contratto, ogni documento ad esso allegato, e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire una diversa lingua di redazione.

## **Art. 16 Reclami**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio Reclami e Procedure Speciali, come di seguito specificato:

HDI Assicurazioni S.p.A.  
- RECLAMI E PROCEDURE SPECIALI -  
Via Abruzzi, 10 – 00187 ROMA  
Fax: +39 06 4210 3583 – [E-mail: reclami@hdia.it](mailto:reclami@hdia.it)

***Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono +39 06 421 331, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In relazione alle controversie***

\* \* \*

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

*inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.*

*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 : <http://ec.europa.eu/internalmarket/fincervices-retail/finnet/index.en.htm>*

## **Art. 17 Informativa in corso di contratto**

Non prevista.

## **Art. 18 Comunicazioni del Contraente alla Società**

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

## **Art. 19 Conflitto di interessi**

Il presente prodotto non presenta situazioni in conflitto di interessi.

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

## **Art. 20 Informativa sull'attivazione dell'area web riservata**

E' possibile consultare online le informazioni relative al presente contratto accedendo all' Area Clienti dalla home page del sito internet [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it). Le credenziali per l' accesso saranno rilasciate dalla Società previa richiesta dell'Assicurato e/o del Contraente. Tale richiesta può essere effettuata utilizzando l'apposito modulo di cui all' allegato A del presente fascicolo informativo ed inviandolo, tramite posta elettronica, unitamente ad una copia di un documento valido di identità, al seguente indirizzo e mail: [assistenza@sitocliente.hdia.it](mailto:assistenza@sitocliente.hdia.it).

HDI Assicurazioni S.p.A.  
Il Rappresentante Legale  
(Alfonso Scarpa)



PAGINA BIANCA

# TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO MORTE IN FORMA DI RENDITA CERTA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Ultimo aggiornamento del documento 12.12.2012

## 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 08/08/1996; 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 fascicolo 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.

## 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 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

# Condizioni di assicurazione

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 della documentazione necessaria all'adesione 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.

## Art. 4 Limiti assuntivi

L'Assicurato dovrà:

- avere una età compresa tra i 18 ed i 73 anni compiuti;
- avere un'età a scadenza che non deve superare i 75 anni compiuti;
- 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 di adesione, 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 della dichiarazione di buono stato di salute. Qualora l'Assicurato non possa sottoscrivere la predetta dichiarazione dovrà presentare il questionario anamnestico compilato dal medico di famiglia;
- per capitali superiori ad Euro 90.000,00 questionario anamnestico compilato dal medico di famiglia.

Le operazioni che non rientrano nei predetti limiti assuntivi dovranno essere sottoposte all'attenzione della direzione HDI e da questa autorizzate. Di volta in volta la Società si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria.

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

Nei casi in cui è prevista la presentazione del questionario anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia, e nel caso di visita medica i costi sono a carico dell'Assicurato.

L'età anagrafica si arrotonda all'unità per eccesso se la frazione di anno è superiore ai sei mesi, per difetto se inferiore.

- (Es.: 5 anni e 10 mesi = 6 anni  
5 anni e 5 mesi = 5 anni)

## 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;
- 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 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 tre giorni dalla data di ricevimento di apposita appendice di regolazione mensile.

## Art. 7 Anticipata estinzione del finanziamento

In caso di estinzione anticipata 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 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:



# Condizioni di assicurazione

$$R = [(P * 0.90) / N] * T$$

Dove:

R è l'ammontare da rimborsare;

P è il premio unico al netto delle spese di emissione ;

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.

Se l'anticipata estinzione del rapporto avviene per rinnovo del finanziamento e **sempreché anche per il nuovo finanziamento avvenga una nuova adesione alla presente polizza collettiva, l'ammontare del rimborso sarà determinato applicando la suddetta formula sostituendo 1 al valore 0,90. Tale importo sarà decurtato da quanto dovuto dal Contraente quale premio della nuova adesione.**

Le spese di emissione sono pari a 30,00 euro.

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.

## 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 il modulo di adesione 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 di adesione, 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.

Qualora il decesso avvenga entro 180 giorni dalla sottoscrizione del modulo di adesione, 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. 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.

PAGINA BIANCA

**ALLEGATO A****RICHIESTA DI CREDENZIALI PER L' ACCESSO ALL'AREA WEB RISERVATA AI CLIENTI  
(Provvedimento IVASS n. 7/2013)**

Finanziaria: .....

Tipo Persona:

 Fisica Giuridica

Il/La sottoscritto/a (in caso di Persona Giuridica inserire i dati del Legale Rappresentante)

\_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Comune e Pr. di nascita \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Comune e Pr. di residenza \_\_\_\_\_

Toponimo (via/strada/etc.) \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

n. civ. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

(Da compilare esclusivamente in caso di Persona Giuridica)

Denominazione e ragione sociale \_\_\_\_\_

Toponimo (via/strada/etc.) \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ n. civ. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ Pubblica Amministrazione  SI  NO

in qualità di Cliente di HDI Assicurazioni S.p.A.

**RICHIEDE**

Il rilascio delle credenziali di accesso (username e password) all'area web riservata ai Clienti al fine di poter consultare on-line la propria posizione assicurativa, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

Che le credenziali di accesso siano inviate via e-mail al seguente indirizzo e-mail:

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- Di essere consapevole che in qualità di assegnatario delle credenziali è responsabile della conservazione e custodia delle stesse impegnandosi a custodirle con la massima diligenza;
- Di essere a conoscenza che le credenziali sono strettamente personali, riservate e non cedibili a terzi;
- Di impegnarsi a dare comunicazione alla Compagnia in caso di smarrimento, furto o appropriazione indebita delle credenziali;
- Di autorizzare la Compagnia ad inoltrare le comunicazioni previste dalla normativa Ivass in corso di contratto alla suddetta area riservata in sostituzione del formato cartaceo.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Cliente \_\_\_\_\_

Le ricordiamo che qualora voglia ricevere le comunicazioni previste dalla normativa IVASS in corso di contratto in formato cartaceo potrà revocare l'autorizzazione ad inoltrarle nell'area web in qualsiasi istante attraverso lettera raccomandata da inviare a HDI Assicurazioni via Abruzzi 10 00187 Roma – Direzione Marketing.

# PAGINA BIANCA



HDI Assicurazioni S.p.A.  
Sede Legale e Direzione Generale:  
Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I)  
Telefono +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500  
[www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it)

Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v.  
C.F. e P. IVA 04349061004  
Registro Imprese di Roma 7122/92  
R.E.A. di Roma 757172/92  
Società con unico azionista

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

# GLOSSARIO

Data ultimo aggiornamento del documento 02/12/2013

**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 delegazione, cede quote dello stipendio (Cedente).

**Contraente/Beneficiario:** Persona giuridica, 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 (Beneficiario).

**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.

**Fascicolo informativo:** Insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

1. nota informativa;
2. condizioni di assicurazione;
3. glossario;
4. modulo di adesione.

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

**Modulo di adesione:** Documento dal quale derivano tutte le garanzie assicurative che il cliente firma all'atto della sottoscrizione del Contratto di finanziamento.

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

**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, 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.

PAGINA BIANCA

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

### **1) FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

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

1.2) HDI Assicurazioni S.p.A. tratterà i suoi dati, previo suo consenso, per rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della Clientela, per effettuare ricerche di mercato ed indagini statistiche, nonché per svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti della Compagnia.

### **2) CONSEGUENZE DEL RIFIUTO AL CONFERIMENTO DEI DATI**

HDI Assicurazioni S.p.A., senza i Suoi dati, di cui al punto 1.1 non potrà fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi.

### **3) MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

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

3.2) I dati sono trattati da tutti i dipendenti/collaboratori di HDI che svolgono compiti di natura tecnica-organizzativa, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle finalità di cui al precedente punto 1.1) ed eventuale 1.2).

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

- a) per le finalità di cui al punto 1.1) (a mero titolo esemplificativo a: coassicuratori, riassicuratori, agenti e loro collaboratori, avvocati, medici, periti, e organismi associativi di settore etc.);
- b) per ottemperare ad obblighi di legge (a mero titolo esemplificativo a: IVASS, CONSAP, COVIP, UIC, MOTORIZZAZIONE, AUTORITA' GIUDIZIARIA, ANIA etc.).

Inoltre i dati trattati da HDI Assicurazioni S.p.A. potranno essere comunicati ad altri intermediari finanziari appartenenti al medesimo Gruppo ove le operazioni poste in essere dall'interessato siano ritenute sospette ai sensi dell'art. 41 comma 1 del D.Lgs 231/07

### **4) DIRITTI DELL'INTERESSATO**

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

### **5) TITOLARE E RESPONSABILE/I DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

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

5.2) Il titolare ha designato più Responsabili, tra i quali l'ufficio Supporto Legale ai Rami sito nella Repubblica Italiana - 00187 Roma - Via Abruzzi n. 10; presso il medesimo ufficio è consultabile l'elenco aggiornato dei Responsabili .

5.3) L'ufficio Supporto Legale ai Rami è stato altresì designato quale Responsabile per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D.L.gvo 196/'03.

# PAGINA BIANCA



HDI Assicurazioni S.p.A.  
Sede Legale e Direzione Generale:  
Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I)  
Telefono +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500  
[www.hdia.it](http://www.hdia.it)

Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v.  
C.F. e P. IVA 04349061004  
Registro Imprese di Roma 7122/92  
R.E.A. di Roma 757172/92  
Società con unico azionista

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



Modello MACD aggiornato al 26/05/2014

MODULO DI ADESIONE

Assicurazione abbinata a prestiti personali rimborsabili tramite:

**CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO**

Fascicolo Informativo Mod. CSQSB- Ed. 05/2014

**DELEGAZIONE DI PAGAMENTO**

Fascicolo Informativo Mod. DEL- Ed. 05/2014

**Contraente**

Denominazione \_\_\_\_\_ Ragione sociale \_\_\_\_\_  
CF/ Partita IVA \_\_\_\_\_ Sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**Costi a carico del Contraente**

Premio unico\* € \_\_\_\_\_ Costi gravanti sul Premio € \_\_\_\_\_ di cui:

Spese di Emissione € 30,00 Costi di intermediazione € \_\_\_\_\_

**Avvertenza: l'Istituto erogante il finanziamento non percepisce alcun compenso provvigionale. Il premio viene pagato dal Contraente tramite bonifico bancario. \* Il premio è indipendente dal sesso.**

**ASSICURANDO**

Cognome e nome ..... nato il .....  
a ..... e residente a ..... CAP .....  
indirizzo ..... n° ..... sesso ..... Codice Fiscale .....  
..... Tipo documento ..... luogo di rilascio .....  
..... Prov ..... data ..... amministrazione da cui dipende .....

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI DELL'INGROSSO FINANZIAMENTO ASSICURATO**

**PRESTAZIONE:**

La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla scadenza delle rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste inolute, con scadenze successive a quella della prima rata. 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 delle rate inolute e della prima rata.

**DURATA E DECORRENZA:**

La garanzia **decorre** dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento e ha **durata** pari a quella del rapporto di finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 240 mesi.

**AVVERTENZA: Nei casi in cui è prevista la prescrizione del questionario anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia, e nel caso di visita medica i costi sono a carico dell'Assicurato.**

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO**

1. Il sottoscritto, avendo richiesto un finanziamento a..... **presta il proprio consenso, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1919 c.c. alla conclusione del presente contratto sulla sua vita**, nel quale l'Ente erogante il finanziamento rivestirà la qualifica di Contraente/beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
2. Il Sottoscritto, inoltre, dichiara:
  - di avere preso visione dei seguenti documenti - e di accettarli come parte integrante del contratto - contenuti nel relativo fascicolo informativo sopra indicato: nota informativa, condizioni di assicurazione, glossario e presente modulo di adesione .
  - che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società , sono veritiere, precise e complete;
  - di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
  - di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni.

Data.....

Firma.....

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** Il/Il Sottoscritto/i Assicurando/i, in qualità di interessato/i, dichiara/no di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N.196/03. Pertanto, apponendo la firma di seguito, si esprime il consenso per il trattamento dei dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi della nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualità di danneggiato. Il consenso espresso di seguito si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

Data.....

Firma.....

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Qualora l'Assicurato non sia in grado di sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere trasmesso il Questionario Anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e ove richiesto, fornire ulteriore documentazione sanitaria.

**AVVERTENZE:** le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione della dichiarazione del Questionario anamnestico lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

Il sottoscritto dichiara:

1. di essere in buon stato di salute;
2. di non essere afflitto da stati patologici occasionali o cronici di qualsiasi natura, tali da renderlo inidoneo al regolare svolgimento della propria attività lavorativa;
3. di non essersi assentato dal proprio posto di lavoro per più di trenta giorni consecutivi negli ultimi sei mesi per malattie, infortuni o altre cause e di non essere stato soggetto nello stesso periodo a sospensione temporanea o riduzione dello stipendio o salario.

Data.....

Firma.....

PAGINA BIANCA  
FAC-SIMILE

Modello MACD aggiornato al 26/05/2014

MODULO DI ADESIONE

Assicurazione abbinata a prestiti personali rimborsabili tramite:

**CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO**

Fascicolo Informativo Mod. CSQSB- Ed. 05/2014

**DELEGAZIONE DI PAGAMENTO**

Fascicolo Informativo Mod. DEL- Ed. 05/2014

**Contraente**

Denominazione \_\_\_\_\_ Ragione sociale \_\_\_\_\_  
CF/ Partita IVA \_\_\_\_\_ Sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**Costi a carico del Contraente**

Premio unico\* € \_\_\_\_\_ Costi gravanti sul Premio € \_\_\_\_\_ di cui:

Spese di Emissione € 30,00 Costi di intermediazione € \_\_\_\_\_

**Avvertenza: l'Istituto erogante il finanziamento non percepisce alcun compenso provvigionale. Il premio viene pagato dal Contraente tramite bonifico bancario. \* Il premio è indipendente dal sesso.**

**ASSICURANDO**

Cognome e nome ..... nato il .....  
a ..... e residente a ..... CAP .....  
indirizzo ..... n° ..... sesso ..... Codice Fiscale .....  
..... Tipo documento ..... luogo di rilascio .....  
..... Prov ..... data ..... amministrazione da cui dipende .....

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI DELL'INGROSSO FINANZIAMENTO ASSICURATO**

**PRESTAZIONE:**

La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla scadenza delle rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste inolute, con scadenze successive a quelle delle rate di rendita. 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 delle rate inolute e dei costi di gestione.

**DURATA E DECORRENZA:**

La garanzia **decorre** dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento e ha **durata** pari a quella del rapporto di finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 24 mesi.

**AVVERTENZA: Nei casi in cui è prevista la visita medica, la prescrizione del questionario anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia, e nel caso di visita medica i costi sono a carico dell'Assicurato.**

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO**

- Il sottoscritto, avendo richiesto un finanziamento a..... **presta il proprio consenso, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1919 c.c. alla conclusione del presente contratto sulla sua vita**, nel quale l'Ente erogante il finanziamento rivestirà la qualifica di Contraente/beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
- Il Sottoscritto, inoltre, dichiara:
  - di avere preso visione dei seguenti documenti - e di accettarli come parte integrante del contratto - contenuti nel relativo fascicolo informativo sopra indicato: nota informativa, condizioni di assicurazione, glossario e presente modulo di adesione .
  - che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società , sono veritiere, precise e complete;
  - di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
  - di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni.

Data.....

Firma.....

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** Il/Il Sottoscritto/i Assicurando/i, in qualità di interessato/i, dichiara/no di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N.196/03. Pertanto, apponendo la firma di seguito, si esprime il consenso per il trattamento dei dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi della nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualità di danneggiato. Il consenso espresso di seguito si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

Data.....

Firma.....

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Qualora l'Assicurato non sia in grado di sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere trasmesso il Questionario Anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e ove richiesto, fornire ulteriore documentazione sanitaria.

**AVVERTENZE:** le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione della dichiarazione del Questionario anamnestico lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

Il sottoscritto dichiara:

- di essere in buon stato di salute;
- di non essere afflitto da stati patologici occasionali o cronici di qualsiasi natura, tali da renderlo inidoneo al regolare svolgimento della propria attività lavorativa;
- di non essersi assentato dal proprio posto di lavoro per più di trenta giorni consecutivi negli ultimi sei mesi per malattie, infortuni o altre cause e di non essere stato soggetto nello stesso periodo a sospensione temporanea o riduzione dello stipendio o salario.

Data.....

Firma.....

PAGINA 2 DI 2  
FAC-SIMILE

Modello MACD aggiornato al 26/05/2014

MODULO DI ADESIONE

Assicurazione abbinata a prestiti personali rimborsabili tramite:

**CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO**

Fascicolo Informativo Mod. CSQSB- Ed. 05/2014

**DELEGAZIONE DI PAGAMENTO**

Fascicolo Informativo Mod. DEL- Ed. 05/2014

**Contraente**

Denominazione \_\_\_\_\_ Ragione sociale \_\_\_\_\_  
CF/ Partita IVA \_\_\_\_\_ Sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**Costi a carico del Contraente**

Premio unico\* € \_\_\_\_\_ Costi gravanti sul Premio € \_\_\_\_\_ di cui:

Spese di Emissione € 30,00 Costi di intermediazione € \_\_\_\_\_

**Avvertenza: l'Istituto erogante il finanziamento non percepisce alcun compenso provvigionale. Il premio viene pagato dal Contraente tramite bonifico bancario. \* Il premio è indipendente dal sesso.**

**ASSICURANDO**

Cognome e nome ..... nato il .....  
a ..... e residente a ..... CAP .....  
indirizzo ..... n° ..... sesso ..... Codice Fiscale .....  
..... Tipo documento ..... luogo di rilascio .....  
..... Prov ..... data ..... amministrazione da cui dipende .....

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI DELL'INTEGRAZIONE FINANZIARIA ASSICURATA**

**PRESTAZIONE:**

La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla scadenza delle rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste inolute, con scadenze successive a quella della prima rata. 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 delle eventuali rate inolute e dei costi di gestione.

**DURATA E DECORRENZA:**

La garanzia **decorre** dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento e ha **durata** pari a quella del rapporto di finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 240 mesi.

**AVVERTENZA: Nei casi in cui è prevista la prescrizione del questionario anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia, e nel caso di visita medica i costi sono a carico dell'Assicurato.**

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO**

- Il sottoscritto, avendo richiesto un finanziamento a ..... **presta il proprio consenso, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1919 c.c. alla conclusione del presente contratto sulla sua vita**, nel quale l'Ente erogante il finanziamento rivestirà la qualifica di Contraente/beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
- Il Sottoscritto, inoltre, dichiara:
  - di avere preso visione dei seguenti documenti - e di accettarli come parte integrante del contratto - contenuti nel relativo fascicolo informativo sopra indicato: nota informativa, condizioni di assicurazione, glossario e presente modulo di adesione .
  - che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società , sono veritiere, precise e complete;
  - di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
  - di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni.

Data .....

Firma .....

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** Il/Il Sottoscritto/i Assicurando/i, in qualità di interessato/i, dichiara/no di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N.196/03. Pertanto, apponendo la firma di seguito, si esprime il consenso per il trattamento dei dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi della nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualità di danneggiato. Il consenso espresso di seguito si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

Data .....

Firma .....

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Qualora l'Assicurato non sia in grado di sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere trasmesso il Questionario Anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e ove richiesto, fornire ulteriore documentazione sanitaria.

**AVVERTENZE:** le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione della dichiarazione del Questionario anamnestico lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

Il sottoscritto dichiara:

- di essere in buon stato di salute;
- di non essere afflitto da stati patologici occasionali o cronici di qualsiasi natura, tali da renderlo inidoneo al regolare svolgimento della propria attività lavorativa;
- di non essersi assentato dal proprio posto di lavoro per più di trenta giorni consecutivi negli ultimi sei mesi per malattie, infortuni o altre cause e di non essere stato soggetto nello stesso periodo a sospensione temporanea o riduzione dello stipendio o salario.

Data .....

Firma .....

PAGINA BIANCA  
FAC-SIMILE

Modello MACD aggiornato al 26/05/2014

MODULO DI ADESIONE

Assicurazione abbinata a prestiti personali rimborsabili tramite:

**CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO**

Fascicolo Informativo Mod. CSQSB- Ed. 05/2014

**DELEGAZIONE DI PAGAMENTO**

Fascicolo Informativo Mod. DEL- Ed. 05/2014

**Contraente**

Denominazione \_\_\_\_\_ Ragione sociale \_\_\_\_\_  
CF/ Partita IVA \_\_\_\_\_ Sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**Costi a carico del Contraente**

Premio unico\* € \_\_\_\_\_ Costi gravanti sul Premio € \_\_\_\_\_ di cui:

Spese di Emissione € 30,00 Costi di intermediazione € \_\_\_\_\_

**Avvertenza: l'Istituto erogante il finanziamento non percepisce alcun compenso provvigionale. Il premio viene pagato dal Contraente tramite bonifico bancario. \* Il premio è indipendente dal sesso.**

**ASSICURANDO**

Cognome e nome ..... nato il .....  
a ..... e residente a ..... CAP.....  
indirizzo ..... n° ..... sesso ..... Codice Fiscale .....  
..... Tipo documento ..... luogo di rilascio .....  
..... Prov ..... data ..... amministrazione da cui dipende .....

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI DELL'INGROSSO FINANZIAMENTO ASSICURATO**

**PRESTAZIONE:**

La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla scadenza delle rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste inolute, con scadenze successive a ..... 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 delle eventuali rate inolute e di ..... data.

**DURATA E DECORRENZA:**

La garanzia **decorre** dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento e ha **durata** pari a quella del rapporto di finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 24 mesi.

**AVVERTENZA : Nei casi in cui è prevista la prescrizione del questionario anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia, e nel caso di visita medica i costi sono a carico dell'Assicurato.**

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO**

- Il sottoscritto, avendo richiesto un finanziamento a..... **presta il proprio consenso, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1919 c.c. alla conclusione del presente contratto sulla sua vita**, nel quale l'Ente erogante il finanziamento rivestirà la qualifica di Contraente/beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
- Il Sottoscritto, inoltre, dichiara:
  - di avere preso visione dei seguenti documenti - e di accettarli come parte integrante del contratto - contenuti nel relativo fascicolo informativo sopra indicato: nota informativa, condizioni di assicurazione, glossario e presente modulo di adesione .
  - che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società , sono veritiere, precise e complete;
  - di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
  - di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni.

Data.....

Firma.....

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili.** Il/Il Sottoscritto/i Assicurando/i, in qualità di interessato/i, dichiara/no di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N.196/03. Pertanto, apponendo la firma di seguito, si esprime il consenso per il trattamento dei dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi della nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualità di danneggiato. Il consenso espresso di seguito si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

Data.....

Firma.....

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Qualora l'Assicurato non sia in grado di sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere trasmesso il Questionario Anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e ove richiesto, fornire ulteriore documentazione sanitaria.

**AVVERTENZE:** le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione della dichiarazione del Questionario anamnestico lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

Il sottoscritto dichiara:

- di essere in buon stato di salute;
- di non essere afflitto da stati patologici occasionali o cronici di qualsiasi natura, tali da renderlo inidoneo al regolare svolgimento della propria attività lavorativa;
- di non essersi assentato dal proprio posto di lavoro per più di trenta giorni consecutivi negli ultimi sei mesi per malattie, infortuni o altre cause e di non essere stato soggetto nello stesso periodo a sospensione temporanea o riduzione dello stipendio o salario.

Data.....

Firma.....

PAGINA BIANCA  
FAC-SIMILE