

**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

Dati aggiornati al 26.05.2011

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

**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 31/12/2010 è pari a 140,95 milioni di euro di cui capitale sociale pari a 96,00 milioni di euro e riserve patrimoniali pari a 44,95 milioni di euro.

L'indice di solvibilità relativo alla gestione vita, alla medesima data, è pari a 115,0%. Tale indice è dato dal rapporto tra il margine di solvibilità disponibile ed il margine richiesto dalla normativa vigente.

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

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

La durata del contratto, ossia 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.

L'età dell'Assicurato/Cedente 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, che prevede la prestazione successivamente descritta, è predisposto 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 contratto, prevede 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**

\* C.F. e P.IVA 04349061004

# Nota informativa

nel modulo di adesione relative alla compilazione della dichiarazione di buono stato di salute.

## **Art. 4 Premi**

L'importo del premio dipende dalla durata, dal sesso, dall'età e dalla rendita assicurata.

Il contratto prevede la **corresponsione di un premio unico anticipato**. Il premio, il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, è dovuto alla Società dal Contraente. 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.

I costi a carico dell'Assicurato sono:

Spese fisse di emissione	€ 30
Caricamento percentuale	25 % 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*
80%	€ 59,38

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

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/Cedente.

Avvertenza: Al momento dell' anticipata estinzione la Società emette appendice di restituzione della parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria per il quale il rischio è cessato e il Contraente accredita all'Assicurato/Cedente l'importo da rimborsare, calcolato secondo i criteri previsti nelle condizioni di assicurazione.

In alternativa, su richiesta dell'Assicurato, purché contestuale alla richiesta di estinzione anticipata del finanziamento, la Società fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale a favore del nuovo beneficiario designato. Si rinvia all'art. 6 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

## **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**

Non previsti.

##### **Art. 6.1.2 Costi per riscatto**

Non previsti.

##### **Art. 6.1.3 Costi erogazione rendita**

Non previsti

### **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 del 19% dell'imposta sul reddito dichiarato ai fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

L'importo annuo complessivo sul quale calcolare la detrazione non può superare Euro 1291,14.

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

#### **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**

Non prevista.

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

Si rinvia all'art. 12 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.

Il Contraente deve prestare particolare attenzione ai termini di prescrizione. I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda secondo quanto stabilito dall'art. 2952 del Codice Civile. 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)

\* \* \*

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

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

*Per la risoluzione di liti transfrontaliere si può presentare reclamo all'Isvap 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/Cedente 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.

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

Dati aggiornati al 18.11.2010

## 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 Contraente è la Società erogante il finanziamento.

La polizza è rivolta esclusivamente ai clienti del Contraente che stipulano con lo stesso un finanziamento personale estinguibile tramite cessione di quote dello stipendio.

## Art. 2 Prestazione assicurata

In caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale 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 loro valore attuale, calcolato al tasso di interesse del 4% annuo composto posticipato.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato/Cedente 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/Cedente

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato/Cedente 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/Cedente, entro 3 mesi dal giorno in

cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, di voler impugnare il contratto per l'annullamento dello stesso;

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

b) quando non esiste dolo o colpa grave,

✓ di recedere dal contratto mediante dichiarazione da farsi all'assicurato entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

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

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

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

Qualora la Società intenda recedere dall'assicurazione, ne darà comunicazione al Contraente e all'Assicurato/Cedente tramite lettera raccomandata A/R e rimborserà all'Assicurato/Cedente, anche in nome e per conto del Contraente, il premio al netto delle imposte 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 della documentazione necessaria all'adesione e la data di stipula dell'atto di finanziamento, l'Assicurato/Cedente dovrà darne sollecita comunicazione alla Società prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le

# Condizioni di assicurazione

formalità di adesione previste.

## Art. 4 Limiti assuntivi

L'Assicurato/Cedente 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/Cedente.

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/Cedente 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/Cedente.

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 riceve la comunicazione dell'accettazione da parte della Società.

Le garanzie assicurate decorrono 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 assicurazione, 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

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. 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 dell'Assicurato/Cedente, è dovuto dal Contraente e versato 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 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. La parte di premio da restituire è calcolata in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della garanzia, come di seguito specificato:

$$R = ( P^n / N ) * K$$

dove:

R = rateo di premio da rimborsare;

$P^n$  = premio unico pagato al netto spese emissione;

N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (con approssimazione all'intero superiore);

K = durata residua del finanziamento espressa in mesi interi (con approssimazione all'intero superiore).

La Società trattiene dall'importo rimborsato le spese di emissione pari a 30,00 euro.

Al momento dell'anticipata estinzione il Contraente accredita all'Assicurato l'importo da rimborsare. 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.

L'Assicurato/Cedente ha altresì la facoltà, purché contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata del finanziamento, di chiedere che la garanzia rimanga in vigore.



## Condizioni di assicurazione

Se l'anticipata estinzione del rapporto avviene per rinnovo del finanziamento e **sempreché anche per il nuovo finanziamento l'Assicurato/Cedente chiedi di aderire alla presente polizza collettiva tale importo sarà decurtato da quanto dovuto dal Contraente quale premio della nuova adesione.**

### **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 Beneficiari**

Beneficiario delle prestazioni è il Contraente.

Per le somme che eccedono il debito residuo in caso di morte dell'Assicurato/Cedente, sono beneficiari gli eredi legittimi o testamentari dello stesso.

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.

In caso di anticipata estinzione del finanziamento e **sempreché l'Assicurato/Cedente abbia chiesto la prosecuzione della copertura assicurativa, l'Assicurato/Cedente assumerà anche la qualifica di Contraente ed avrà la facoltà di designare il nuovo Beneficiario.** In mancanza di tale designazione saranno automaticamente considerati Beneficiari gli eredi legittimi dell'Assicurato/Cedente.

### **Art. 12 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/Cedente non rientrano nell'asse ereditario.

### **Art. 13 Pagamenti della Società**

In caso di morte dell'Assicurato/Cedente prima della scadenza del previsto periodo di assicurazione verrà liquidata la relativa prestazione assicurata al Contraente/Beneficiario. La liquidazione verrà effettuata entro 30 giorni dal ricevimento del certificato anagrafico di morte dell'Assicurato/Cedente

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/Cedente, 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.

### **Art. 14 Tasse e imposte**

Le tasse e le imposte relative al contratto, il cui onere economico è completamente a carico dell'Assicurato, sono dovute del Contraente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

### **Art. 15 Foro competente**

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

### **Art. 16 Legge applicabile**

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

### **Art. 17 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

# GLOSSARIO

Dati aggiornati al 18.11.2010

**Assicurato/Cedente:** 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 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.

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

**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**

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

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

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

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

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

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

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

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

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. 3; l'elenco aggiornato dei Responsabili è consultabile presso il sito internet: [www.hdia.it](http://www.hdia.it).

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



**MODULO DI ADESIONE**

Modello MACD aggiornato al 26.05.2011

<b>Assicurazione abbinata a prestiti personali rimborsabili tramite:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO</b> Fascicolo Informativo Mod. CSQS- Ed. 05/2011	<input type="checkbox"/> <b>DELEGAZIONE DI PAGAMENTO</b> Fascicolo Informativo Mod. DEL- Ed. 05/2011

**POLIZZA COLLETTIVA N. \_\_\_\_\_**

**ASSICURANDO**

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

**PRESTAZIONE**

La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla morte dell'Assicurato, le rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste insolte, con scadenza successiva all'evento. La prestazione è erogata in una unica soluzione ed è pari al valore attuale, alla data del decesso, delle rate di rendita con scadenza successiva all'evento, rimaste insolte e scontate al tasso del 4,0%.

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI**

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 120 mesi.

Premio unico € \_\_\_\_\_ Costi a carico dell'Assicurando € \_\_\_\_\_ di cui:

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

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO**

1. Il Sottoscritto, avendo chiesto un finanziamento a ....., presta sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla vita, nel quale l'Ente erogante rivestirà la qualifica di Contraente/Beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
2. Il Sottoscritto autorizza all'uopo l'Ente erogante il finanziamento a richiedere ad HDI Assicurazioni S.p.A., in suo nome e per suo conto, il contratto di assicurazione suddetto.
3. 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.
4. **Tutela Privacy:** la Società si impegna a trattare i dati esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del rapporto assicurativo posto in essere con il presente contratto, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante. L'Assicurato dichiara inoltre nella Sua qualità di interessato, di aver ricevuto mediante apposito modulo "Tutela Privacy", l'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003.

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



**MODULO DI ADESIONE**

Modello MACD aggiornato al 26.05.2011

<b>Assicurazione abbinata a prestiti personali rimborsabili tramite:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO</b> Fascicolo Informativo Mod. CSQB- ED. 05/2011	<input type="checkbox"/> <b>DELEGAZIONE DI PAGAMENTO</b> Fascicolo Informativo Mod. DEL- ED. 05/2011

**POLIZZA COLLETTIVA N. \_\_\_\_\_**

**ASSICURANDO**

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

**PRESTAZIONE**

La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla morte dell'Assicurato, le rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste insolte, con scadenza successiva all'evento. La prestazione è erogata in una unica soluzione ed è pari al valore attuale, alla data del decesso, delle rate di rendita con scadenza successiva all'evento, rimaste insolte e scontate al tasso del 4,0%.

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI**

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 120 mesi.

Premio unico € \_\_\_\_\_ Costi a carico dell'Assicurando € \_\_\_\_\_ di cui:  
 Spese di Emissione € 30,00 Costi di intermediazione € \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO**

1. Il Sottoscritto, avendo chiesto un finanziamento a ....., presta sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla vita, nel quale l'Ente erogante rivestirà la qualifica di Contraente/Beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
2. Il Sottoscritto autorizza all'uopo l'Ente erogante il finanziamento a richiedere ad HDI Assicurazioni S.p.A., in suo nome e per suo conto, il contratto di assicurazione suddetto.
3. 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.
4. **Tutela Privacy:** la Società si impegna a trattare i dati esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del rapporto assicurativo posto in essere con il presente contratto, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante. L'Assicurato dichiara inoltre nella Sua qualità di interessato, di aver ricevuto mediante apposito modulo "Tutela Privacy", l'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003.

**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



## MODULO DI ADESIONE

Modello MACD aggiornato al 26.05.2011

<b>Assicurazione abbinata a prestiti personali rimborsabili tramite:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO</b> Fascicolo Informativo Mod. CSQB- ED. 05/2011	<input type="checkbox"/> <b>DELEGAZIONE DI PAGAMENTO</b> Fascicolo Informativo Mod. DEL- ED. 05/2011

**POLIZZA COLLETTIVA N. \_\_\_\_\_**

### ASSICURANDO

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

### PRESTAZIONE

La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla morte dell'Assicurato, le rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste insolte, con scadenza successiva all'evento. La prestazione è erogata in una unica soluzione ed è pari al valore attuale, alla data del decesso, delle rate di rendita con scadenza successiva all'evento, rimaste insolte e scontate al tasso del 4,0%.

### CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

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 120 mesi.

Premio unico € \_\_\_\_\_ Costi a carico dell'Assicurando € \_\_\_\_\_ di cui:

Spese di Emissione € 30,00

Costi di intermediazione € \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

- Il Sottoscritto, avendo chiesto un finanziamento a ....., presta sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla vita, nel quale l'Ente erogante rivestirà la qualifica di Contraente/Beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
- Il Sottoscritto autorizza all'uopo l'Ente erogante il finanziamento a richiedere ad HDI Assicurazioni S.p.A., in suo nome e per suo conto, il contratto di assicurazione suddetto.
- 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.
- Tutela Privacy:** la Società si impegna a trattare i dati esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del rapporto assicurativo posto in essere con il presente contratto, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante. L'Assicurato dichiara inoltre nella Sua qualità di interessato, di aver ricevuto mediante apposito modulo "Tutela Privacy", l'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003.

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



**MODULO DI ADESIONE**

Modello MACD aggiornato al 26.05.2011

Assicurazione abbinata a prestiti personali rimborsabili tramite:	
<input type="checkbox"/> <b>CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO</b> Fascicolo Informativo Mod. CSQB- ED. 05/2011	<input type="checkbox"/> <b>DELEGAZIONE DI PAGAMENTO</b> Fascicolo Informativo Mod. DEL- ED. 05/2011

POLIZZA COLLETTIVA N. \_\_\_\_\_

**ASSICURANDO**

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

**PRESTAZIONE**

La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla morte dell'Assicurato, le rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste insolte, con scadenza successiva all'evento. La prestazione è erogata in una unica soluzione ed è pari al valore attuale, alla data del decesso, delle rate di rendita con scadenza successiva all'evento, rimaste insolte e scontate al tasso del 4,0%.

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI**

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 120 mesi.

Premio unico € \_\_\_\_\_ Costi a carico dell'Assicurando € \_\_\_\_\_ di cui:  
 Spese di Emissione € 30,00 Costi di intermediazione € \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO**

- Il Sottoscritto, avendo chiesto un finanziamento a ....., presta sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla vita, nel quale l'Ente erogante rivestirà la qualifica di Contraente/Beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
- Il Sottoscritto autorizza all'uopo l'Ente erogante il finanziamento a richiedere ad HDI Assicurazioni S.p.A., in suo nome e per suo conto, il contratto di assicurazione suddetto.
- 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.
- Tutela Privacy:** la Società si impegna a trattare i dati esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del rapporto assicurativo posto in essere con il presente contratto, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante. L'Assicurato dichiara inoltre nella Sua qualità di interessato, di aver ricevuto mediante apposito modulo "Tutela Privacy", l'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003.

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