Assicurazione puro rischio

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi
(DIP Vita)
Impresa: HDI Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: Temporanea per il caso morte in forma di rendita certa

Data di aggiornamento: 09/06/2023. Il presente DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

Che tipo di assicurazione è?
È un'assicurazione collettiva temporanea caso morte che opera in applicazione di una convenzione stipulata tra il Contraente e la Società predisposta a garanzia della **delegazione di pagamento**.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

a) Prestazione in caso di decesso dell'l'Assicurato durante il periodo contrattuale: 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.

Il contratto, che prevede la prestazione sopra descritta, è predisposto a garanzia della delegazione di pagamento.
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta ed il premio pagato resterà acquisito dalla Società.

Il presente documento disciplina un'assicurazione temporanea caso morte in forma collettiva che opera in applicazione di una convenzione stipulata tra il Contraente e la Società.
La società erogante il finanziamento assume la qualifica giuridica del Contraente ed inserisce nella collettiva i propri clienti (Cedenti) che stipulano con essa un contratto di finanziamento personale rimborsabile tramite delegazione di pagamento. Tali soggetti rivestono la qualifica di Assicurati, ognuno con una propria posizione.

Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Il soggetto che ha stipulato un finanziamento per un periodo non compreso tra 24 e 120 mesi.
- ✗ Il soggetto che non sia una persona fisica residente o domiciliata nella Repubblica Italiana o nella Repubblica di San Marino.
- ✗ Il soggetto che, alla sottoscrizione del contratto, abbia un'età non compresa tra 18 e 73 anni.
- ✗ Il soggetto che a scadenza abbia più di 75 anni compiuti.

Ci sono limiti di copertura?

! Non sono previsti periodi di sospensione o limitazioni della garanzia.

Dove vale la copertura?

✓ La copertura non prevede limiti territoriali.

Che obblighi ho?

L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti nel Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato e con il questionario sanitario, per capitali assicurati fino ad € 90.000, 00, o anamnestico, per capitali assicurati superiori ad € 90.000,00 completi in ogni parte e firmati rispettivamente dall'Assicurato e dal medico di famiglia.
Società si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria atta a valutare le risposte fornite con il questionario sanitario e anamnestico.

Qualora il decesso avvenga entro 180 giorni dalla sottoscrizione del Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato, unitamente al certificato di morte dell'Assicurato, dovrà essere presentata copia della cartella clinica e relazione del medico di famiglia.
Qualora intervengano nuovi fattori inerenti allo stato di salute dell'Assicurato tra il momento della sottoscrizione del Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato e la data di stipula dell'atto di finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Società prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di previste.
La Società condiziona il pagamento delle prestazioni alla preventiva acquisizione della documentazione completa richiesta.

Quando e come devo pagare?

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. 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 assicurativo, comprensivo dei diritti, il cui onere economico è a carico del Contraente, è versato dallo stesso tramite bonifico alla Società entro dieci giorni dalla data di ricevimento di apposita appendice di regolazione mensile.
Non è previsto il frazionamento del premio. Non sono previsti sconti, rivalse, riscatti e riduzioni.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

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

Eventuali anticipazioni del finanziamento non sono coperte dalle garanzie.

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

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

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Le garanzie previste dal contratto non danno diritto alla prestazione ridotta e non ammettono il valore di riscatto.

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

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

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

Assicurazione puro rischio

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi

(DIP aggiuntivo Vita)

Impresa: HDI Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Temporanea per il caso morte in forma di rendita certa

Data di aggiornamento: 10/06/2024. Il presente Dip Aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

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

HDI Assicurazioni S.p.A. Capogruppo del Gruppo Assicurativo HDI Assicurazioni
Sede Legale
Piazza Guglielmo Marconi, n. 25 - Italia
Recapito Telefonico – Sito Internet – Indirizzo e-mail
+39 06 421 031- www.hdiassicurazioni.it; – hdi.assicurazioni@pec.hdia.it
Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni
Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M.I.C.A. n.19570 dell'8 giugno 1993 e iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicurative al n. 1.00022

Il patrimonio netto al 31 dicembre 2023 ammonta a 663,87 milioni di Euro (di cui 224,16 milioni di Euro relativi al comparto Vita e 439,71 milioni di Euro al comparto Danni), ed è costituito da capitale sociale per 351,00 milioni di Euro (di cui 76,00 milioni di Euro vita e 275,00 milioni di Euro danni) e da riserve patrimoniali e dal risultato d'esercizio per 312,87 milioni di Euro (di cui 148,16 milioni di Euro vita e 164,72 milioni di Euro danni). La Compagnia ha determinato il Requisito Patrimoniale di Solvibilità ed il Requisito Patrimoniale Minimo al 31 dicembre 2023 secondo quanto previsto dalla vigente normativa Solvency II. Il Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 471,34 milioni di Euro ed i Fondi Propri Ammissibili a copertura dello stesso sono pari a 919,29 milioni di Euro. Si registra così una variazione di -72 milioni di Euro ed un Solvency Ratio pari al 195,00%. Il Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 212,11 milioni di Euro ed i Fondi Propri Ammissibili a copertura dello stesso sono pari a 726,04 milioni di Euro. Si registra così una diminuzione di -159,9 milioni di Euro ed un Ratio pari al 342,3%.
Per la relazione sulla solvibilità finanziaria e sulla condizione finanziaria (SFCR) si consulti il sito internet della Società al seguente link: https://www.hdiassicurazioni.it/assicurazioni-hdi-informativa-mercato#scrollmenu.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

La prestazione prevista dal contratto è la seguente:

a) **Prestazione in caso di decesso:** 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.

Il contratto, che prevede la prestazione sopra descritta, è predisposto a garanzia della delegazione di pagamento.
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta ed il premio pagato resterà acquisito dalla Società.

Il presente documento disciplina un'assicurazione temporanea caso morte in forma collettiva che opera in applicazione di una convenzione stipulata tra il Contraente e la Società.
La società erogante il finanziamento assume la qualifica giuridica del Contraente ed inserisce nella collettiva i propri clienti (Cedenti) che stipulano con essa un contratto di finanziamento personale rimborsabile tramite delegazione di pagamento. Tali soggetti rivestono la qualifica di Assicurati, ognuno con una propria posizione.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

Non sono previsti periodi di sospensione o limitazioni della garanzia.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?	***Denuncia di sinistro:*** Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
	Prescrizione: 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. 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, ai sensi di quanto previsto dalla legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive integrazioni e modificazioni.
	Liquidazione della prestazione: La liquidazione verrà effettuata entro 30 giorni dal ricevimento del certificato anagrafico di morte dell'Assicurato dal quale risulti la data di nascita. Decorsi i termini sopra indicati non sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	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 all'Assicurato e al Contraente 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.

Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono ulteriori informazioni rispetto al DIP Vita.
Rimborso	Il Contraente ha diritto di richiedere il rimborso in caso di estinzione anticipata totale e parziale del finanziamento da parte del singolo Assicurato che ha estinto il prestito. 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. La Società trattiene dall'importo restituito € 30.00 per le spese di emissione.
Sconti	Non previsti.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Sospensione	Non sono previsti periodi di sospensione.

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

Revoca	Il Contraente può revocare l'assicurazione per ogni singola posizione fino al giorno di erogazione del finanziamento dandone comunicazione alla Società.
Recesso	Non previsto.
Risoluzione	Non prevista.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐SI ☒NO

Valori di riscatto e riduzione	Non sono previsti riscatti e riduzioni
Richiesta di informazioni	Non applicabile.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto si rivolge a Clienti al dettaglio lavoratori, di età compresa tra 18 e 73 anni con residenza o domicilio nella Repubblica Italiana o nella Repubblica di San Marino, caratterizzati da una conoscenza ed esperienza bassa dei mercati e degli strumenti finanziari e da una bassa propensione al rischio, che devono proteggere le rate del finanziamento nel lungo periodo.

Quali costi devo sostenere?

- ***Costi gravanti sul premio***

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

Il costo dell'eventuale visita medica richiesta dall'Assicurato, per accertare l'effettivo stato di salute, è a carico dello stesso

- ***Costi per riscatto***

Non è previsto il riscatto.

- ***Costi per l'erogazione della rendita***

Non è prevista erogazione della rendita.

- ***Costi per l'esercizio delle opzioni***

Non previste

- ***Costi di intermediazione***

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Per eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, un servizio assicurativo ricevuto, il comportamento del tuo Agente (inclusi i suoi dipendenti e collaboratori), la gestione di un sinistro, si invita ad utilizzare il sito web della Compagnia: www.hdiassicurazioni.it nella sezione Assistenza / Reclami. In alternativa puoi contattarci mediante i seguenti canali: e-mail: reclami@hdia.it - posta: HDI ASSICURAZIONI S.p.A. "Reclami e Procedure Speciali", Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma. Qualora l'Intermediario non rivesta la qualifica di agente, il reclamo sul suo comportamento può essere inoltrato direttamente all'Intermediario stesso. La Società deve fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: **ivass@pec.ivass.it .** Info su: **www.ivass.it**
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it.** (Legge 9/8/2013, n. 98). Prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria è obbligatorio ricorrere alla mediazione, prevista dalla legge come condizione per le controversie in materia assicurativa.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Non sono previsti sistemi alternativi di risoluzione delle controversie. Per la risoluzione di liti transfrontaliere si può presentare reclamo all'IVASS o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura fin-net. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: **https://ec.europa.eu/commission/index_it**

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	I premi dei contratti di assicurazione sulla vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. 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.

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

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

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

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

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

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

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

TEMPORANEA PER IL CASO MORTE IN FORMA DI RENDITA CERTA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Ultimo aggiornamento del documento: 10/06/2024

Art. 1 Definizione

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

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

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

Art. 2 Prestazione assicurata

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

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

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

Art. 3 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

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

a) quando esiste dolo o colpa grave,

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

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

b) quando non esiste dolo o colpa grave,

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

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

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

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

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

Diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche
Il Contraente o l'Assicurato che ha avuto una malattia oncologica il cui trattamento attivo si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni (5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni), non è tenuto a fornire informazioni né a sottoporsi a visite mediche o altri accertamenti sanitari su tale malattia oncologica.
Sono previsti termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni.
La Società non può acquisire queste informazioni neanche da fonti diverse dal Contraente o dall'Assicurato e, se sono comunque già a sua disposizione, la Società non può usarle per determinare le condizioni contrattuali.

Se le informazioni sono state fornite in precedenza, una volta trascorso il termine di 10 anni (5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni) o i termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni, il Contraente o l'Assicurato invia, mediante raccomandata AR o PEC, la certificazione medica che attesta che la malattia oncologica si è conclusa nei termini indicati sopra.

Art. 4 Limiti assuntivi
L'Assicurato dovrà:
- essere una persona fisica residente o domiciliata nella Repubblica Italiana o nella Repubblica di San Marino;
- avere una età 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'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)

L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti con il Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato, completo in ogni parte e firmato dall'Assicurato.
Ogni operazione dovrà essere completata con la seguente documentazione:
- Per capitali uguali od inferiori ad Euro 90.000,00 compilazione del questionario sanitario presente nel Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato. Qualora non emergano fattori negativi di rilievo non saranno necessari ulteriori accertamenti sanitari.
- Per capitali superiori ad Euro 90.000,00 il questionario anamnestico completo e compilato dal medico di famiglia. I costi del questionario anamnestico, compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia sono a carico dell'Assicurato.

Società si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria atta a valutare le risposte fornite con il questionario sanitario ed il questionario anamnestico.
Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.
A richiesta della Società dovrà essere esibita una copia del contratto di prestito notificato.

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

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

Art. 6 Pagamento del premio
Per ogni posizione, la prestazione assicurata viene garantita dietro il pagamento di un premio unico anticipato. Il premio complessivo, è composto dal premio netto a cui si aggiungono i diritti per le attività collegate all'emissione dei contratti e alla valutazione dei rischi. Il premio netto si ottiene moltiplicando il tasso relativo all'età tariffaria ed alla durata del contratto per l'importo della

rendita annua. Il premio non è differenziato in base al fattore sesso.
L'importo delle spese di emissione è pari a 30,00 euro.
Il premio assicurativo, comprensivo dei diritti, il cui onere economico è a carico del Contraente è versato dallo stesso tramite bonifico alla Società entro dieci giorni dalla data di ricevimento di apposita appendice di regolazione mensile.

Art. 7 Anticipata estinzione del finanziamento

Estinzione anticipata totale del finanziamento

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

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

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

Estinzione anticipata parziale del finanziamento

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

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

Art. 8 Suicidio

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

Art. 9 Riduzione

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

Art. 10 Riscatto

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

Art. 11 Revoca del modulo di adesione

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

Art. 12 Beneficiari

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

Art. 13 Diritto proprio del Beneficiario

Ai sensi dell'art. 1920 del Codice Civile, il Beneficiario acquisisce, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Ciò significa, in particolare, che

le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Art. 14 Pagamenti della Società

La liquidazione verrà effettuata entro 30 giorni dal ricevimento del certificato anagrafico di morte dell'Assicurato dal quale risulti la data di nascita dello stesso.
Qualora il decesso avvenga entro 180 giorni dalla sottoscrizione del Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato, unitamente al certificato di morte dell'Assicurato, dovrà essere presentata copia della cartella clinica e relazione del medico di famiglia.
La Società condiziona il pagamento delle prestazioni alla preventiva acquisizione della documentazione completa richiesta.
Decorsi i termini sopra indicati non sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari.
La determinazione della prestazione avviene esclusivamente sulla base del piano di ammortamento del debito residuo rilasciato dal Contraente.

Art. 15 Tasse e imposte

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

Art. 16 Foro competente

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

Art. 17 Legge applicabile

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

Art. 18 Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art.1923 del Codice Civile, le somme dovute in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili, né sequestrabili.

GLOSSARIO

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

Beneficiario: il Contraente.

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

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

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

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

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

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

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

Scheda: Documento emesso dalla Società e consegnato al Contraente per ogni posizione in cui sono riportate le generalità, l'età, 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.

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

POLIZZA COLLETTIVA N. _____________

MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento: 10/06/2024

Assicurazione abbinata ai prestiti personali rimborsabili tramite:	
☐ CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. CSQSB Ed. 06/2024	☐ DELEGAZIONE DI PAGAMENTO Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. DELB Ed. 06/2024

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 …………………………………………………………………………………

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI DELLA SINGOLA POSIZIONE ASSICURATA

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 insolute, con scadenza successiva all'evento. 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.

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 120 mesi.

BENEFICIARIO
Beneficiario delle prestazioni è il Contraente.

INFORMAZIONI ALL'ASSICURANDO

Si informa l'Assicurando che:

- ha il diritto di richiedere le Condizioni di assicurazione alla Società. Le stesse sono consultabili sul sito internet: www.hdiassicurazioni.it;
- ha il diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso alle aree riservate.

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

AVVERTENZE:

a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
b) Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui alla lettera a) verifica l´esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso.
c) l´Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare l´effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

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 da parte del Contraente,** 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:
   - che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto ed in tutti i documenti, necessari alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
   - di fornire, nei casi espressamente previsti, il questionario anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia secondo quanto indicato all'art. 4 delle condizioni di assicurazione;
   - di essere a conoscenza che in caso di mancato assenso da parte delle Società la copertura non sarà attivata;
   - di delegare irrevocabilmente la Società (ex art. 1723, 2 c., c.c.), ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 e anche specificamente per l'ipotesi di proprio decesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause della sua morte presso qualsiasi professionista o Ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Data…… **Firma**……

QUESTIONARIO SANITARIO

1. Dichiara di essere in buono stato di salute e di non soffrire o di non aver sofferto di: attacco ischemico transitorio, cardiopatia ischemica, ictus, infarto miocardio, tumori**(*)**, ipertensione cronica, epatite, cirrosi epatica, diabete, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o neurologiche o croniche dell'apparato muscoloschetrico, infezione da HIV? SI ☐ NO ☐

   (*) *Le chiediamo di non fornire informazioni se il trattamento attivo di una malattia oncologica si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni o da più di 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni, ai sensi della legge n. 193 del 7 dicembre 2023. Sono previsti termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni.*

2. Dichiara di non essere o di non essere stato titolare di pensione di invalidità, di pensione di inabilità, di rendita INAIL?

   SI ☐ NO ☐

3. Dichiara 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? SI ☐ NO ☐

Data …….. **Firma**……

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

POLIZZA COLLETTIVA N. ____________

MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento: 10/06/2024

Assicurazione abbinata ai prestiti personali rimborsabili tramite:	
☐ CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. CSQSB Ed. 06/2024	☐ DELEGAZIONE DI PAGAMENTO Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. DELB Ed. 06/2024

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 ………………………………………………………………………………………..

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI DELLA SINGOLA POSIZIONE ASSICURATA

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 insolute, con scadenza successiva all'evento. 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.

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 120 mesi.

BENEFICIARIO
Beneficiario delle prestazioni è il Contraente.

INFORMAZIONI ALL'ASSICURANDO

Si informa l'Assicurando che:

- ha il diritto di richiedere le Condizioni di assicurazione alla Società. Le stesse sono consultabili sul sito internet: www.hdiassicurazioni.it;
- ha il diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso alle aree riservate.

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

AVVERTENZE:

a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
b) Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui alla lettera a) verifica l´esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso.
c) l´Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare l´effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

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 da parte del Contraente,** 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:
   - che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto ed in tutti i documenti, necessari alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
   - di fornire, nei casi espressamente previsti, il questionario anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia secondo quanto indicato all'art. 4 delle condizioni di assicurazione;
   - di essere a conoscenza che in caso di mancato assenso da parte delle Società la copertura non sarà attivata;
   - di delegare irrevocabilmente la Società (ex art. 1723, 2 c., c.c.), ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 e anche specificamente per l'ipotesi di proprio decesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause della sua morte presso qualsiasi professionista o Ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Data…… **Firma**……

QUESTIONARIO SANITARIO

1. Dichiara di essere in buono stato di salute e di non soffrire o di non aver sofferto di: attacco ischemico transitorio, cardiopatia ischemica, ictus, infarto miocardio, tumori**(*)**, ipertensione cronica, epatite, cirrosi epatica, diabete, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o neurologiche o croniche dell'apparato muscoloschetrico, infezione da HIV? SI ☐ NO ☐

   (*) *Le chiediamo di non fornire informazioni se il trattamento attivo di una malattia oncologica si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni o da più di 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni, ai sensi della legge n. 193 del 7 dicembre 2023. Sono previsti termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni.*

2. Dichiara di non essere o di non essere stato titolare di pensione di invalidità, di pensione di inabilità, di rendita INAIL? SI ☐ NO ☐

3. Dichiara 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? SI ☐ NO ☐

Data …….. **Firma**……

POLIZZA COLLETTIVA N. ____________

MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento: 10/06/2024

Assicurazione abbinata ai prestiti personali rimborsabili tramite:	
☐ CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. CSQSB Ed. 06/2024	☐ DELEGAZIONE DI PAGAMENTO Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. DELB Ed. 06/2024

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 ………………………………………………………………………………

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI DELLA SINGOLA POSIZIONE ASSICURATA

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 insolute, con scadenza successiva all'evento. 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.

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 120 mesi.

BENEFICIARIO
Beneficiario delle prestazioni è il Contraente.

INFORMAZIONI ALL'ASSICURANDO

Si informa l'Assicurando che:

- ha il diritto di richiedere le Condizioni di assicurazione alla Società. Le stesse sono consultabili sul sito internet: www.hdiassicurazioni.it;
- ha il diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso alle aree riservate.

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

AVVERTENZE:

a) **Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**
b) **Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui alla lettera a) verifica l´esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso.**
c) **l´Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare l´effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

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 da parte del Contraente,** 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:
   - che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto ed in tutti i documenti, necessari alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
   - di fornire, nei casi espressamente previsti, il questionario anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia secondo quanto indicato all'art. 4 delle condizioni di assicurazione;
   - di essere a conoscenza che in caso di mancato assenso da parte delle Società la copertura non sarà attivata;
   - di delegare irrevocabilmente la Società (ex art. 1723, 2 c., c.c.), ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 e anche specificamente per l'ipotesi di proprio decesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause della sua morte presso qualsiasi professionista o Ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Data…… **Firma**……

QUESTIONARIO SANITARIO

1. Dichiara di essere in buono stato di salute e di non soffrire o di non aver sofferto di: attacco ischemico transitorio, cardiopatia ischemica, ictus, infarto miocardio, tumori**(*)**, ipertensione cronica, epatite, cirrosi epatica, diabete, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o neurologiche o croniche dell'apparato muscoloschetrico, infezione da HIV? SI ☐ NO ☐

   (*) *Le chiediamo di non fornire informazioni se il trattamento attivo di una malattia oncologica si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni o da più di 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni, ai sensi della legge n. 193 del 7 dicembre 2023. Sono previsti termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni.*

2. Dichiara di non essere o di non essere stato titolare di pensione di invalidità, di pensione di inabilità, di rendita INAIL?

   SI ☐ NO ☐

3. Dichiara 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? SI ☐ NO ☐

Data …….. **Firma**……

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

POLIZZA COLLETTIVA N. ____________

MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento: 10/06/2024

Assicurazione abbinata ai prestiti personali rimborsabili tramite:	
☐ CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. CSQSB Ed. 06/2024	☐ DELEGAZIONE DI PAGAMENTO Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. DELB Ed. 06/2024

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 ………………………………………………………………………………………

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI DELLA SINGOLA POSIZIONE ASSICURATA

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 insolute, con scadenza successiva all'evento. 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.

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 120 mesi.

BENEFICIARIO
Beneficiario delle prestazioni è il Contraente.

INFORMAZIONI ALL'ASSICURANDO

Si informa l'Assicurando che:

- ha il diritto di richiedere le Condizioni di assicurazione alla Società. Le stesse sono consultabili sul sito internet: www.hdiassicurazioni.it;
- ha il diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso alle aree riservate.

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

AVVERTENZE:

a) **Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**
b) **Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui alla lettera a) verifica l´esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso.**
c) **l´Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare l´effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

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 da parte del Contraente,** 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:
   - che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto ed in tutti i documenti, necessari alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
   - di fornire, nei casi espressamente previsti, il questionario anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia secondo quanto indicato all'art. 4 delle condizioni di assicurazione;
   - di essere a conoscenza che in caso di mancato assenso da parte delle Società la copertura non sarà attivata;
   - di delegare irrevocabilmente la Società (ex art. 1723, 2 c., c.c.), ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 e anche specificamente per l'ipotesi di proprio decesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause della sua morte presso qualsiasi professionista o Ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Data…… **Firma**……

QUESTIONARIO SANITARIO

1. Dichiara di essere in buono stato di salute e di non soffrire o di non aver sofferto di: attacco ischemico transitorio, cardiopatia ischemica, ictus, infarto miocardio, tumori**(*)**, ipertensione cronica, epatite, cirrosi epatica, diabete, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o neurologiche o croniche dell'apparato muscoloschetrico, infezione da HIV? SI ☐ NO ☐

   (*) *Le chiediamo di non fornire informazioni se il trattamento attivo di una malattia oncologica si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni o da più di 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni, ai sensi della legge n. 193 del 7 dicembre 2023. Sono previsti termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni.*

2. Dichiara di non essere o di non essere stato titolare di pensione di invalidità, di pensione di inabilità, di rendita INAIL?

   SI ☐ NO ☐

3. Dichiara 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? SI ☐ NO ☐

Data …….. **Firma**……

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 E RELATIVO CONSENSO

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo /2016/679 in materia di Protezione dei Dati Personali ("**Regolamento**"), HDI Assicurazioni S.p.A., Titolare del trattamento ("**HDI**" o "**Società**"), la informa di quanto segue

TIPOLOGIA E FONTE DEI DATI

I dati personali trattati da HDI, a seconda della tipologia di polizza da Lei sottoscritta, sono i dati personali Suoi, dei Suoi familiari, degli assicurati e di terzi beneficiari (ove applicabile) o aventi titolo sui beni assicurati, da Lei forniti nel corso del rapporto con la Società (sia nella fase di valutazione del rischio, sia nella successiva fase liquidativa) e/o raccolti anche per tramite degli intermediari assicurativi o da terzi, ivi inclusi terzi contraenti di polizze assicurative con altra compagnia, testimoni, coobbligati, altri operatori assicurativi, organismi associativi e consortili del settore assicurativo (es. banca dati ANIA), autorità di controllo (es. banca dati IVASS), fornitori e professionisti che collaborano con la Società.
Tali dati personali potranno includere, a titolo esemplificativo, dati identificativi, anagrafici e professionali, stato civile, informazioni finanziarie (inclusi i premi), dati bancari e reddituali, dati relativi a documenti personali) e a qualsiasi altro beneficiario, nonché eventualmente dati giudiziari, quali dati idonei a rivelare provvedimenti giudiziari a Suo carico ovvero sanzioni dipendenti da reato o la sua qualità di imputato o indagato in processi penali. Ove previsto in relazione ai prodotti assicurativi HDI, la Società potrà raccogliere informazioni sulla localizzazione del veicolo.
Il mancato conferimento di tali dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/dei contratto/i di assicurazione.
Può accadere inoltre che nel corso della durata del/dei contratto/i di assicurazione che Lei intende sottoscrivere in data odierna ovvero di altri eventuali ulteriori contratti di assicurazione che dovesse sottoscrivere in seguito, nel ramo Vita ovvero nel ramo Danni (di seguito anche il "**Contratto/i**") e al fine di esecuzione di specifiche operazioni o servizi da Lei richiesti, anche in tempi e con modalità diverse la Società venga in possesso di categorie particolari di dati (quali, ad esempio, dati idonei a rivelare l'originale razziale o etnica, lo stato di salute). Per il trattamento di tali dati la legge richiede il Suo consenso da manifestarsi in modo specifico e per iscritto. Il mancato conferimento del consenso per le categorie particolari di dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/dei Contratto/i.

FINALITA' E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO DEI DATI

HDI tratterà i dati personali, ivi ricomprese categorie particolari di dati e dati giudiziari per le seguenti principali finalità:

(i) finalità connesse all'emissione del Contratto/i (inclusa la fase pre-contrattuale), finalità connesse all'esecuzione degli obblighi derivanti dal Contratto/i assunti dalla Società (ad esempio gestione amministrativa del rapporto, esecuzione e gestione del rischio e della strategia di investimento, esecuzione delle richieste di riscatto, gestione dei sinistri, liquidazione delle somme assicurate, gestione dei premi e di eventuali richieste di indennizzo, invio di comunicazioni informative/newsletter non aventi carattere promozionale o pubblicitario, gestione del rapporto in relazione alle connesse attività di intermediazione e riassicurazione) e finalità connesse all'assistenza prestata dalla Società (ad esempio erogazione dei servizi accessori, tutela legale, soccorso stradale, ecc.) in relazione ai servizi da Lei richiesti. La base giuridica di tali attività di trattamento si rinviene nella necessità di dare esecuzione e gestire il Contratto di cui Lei è parte o le misure precontrattuali adottate su Sua richiesta; per le sole categorie particolari di dati la base giuridica si individua nel Suo consenso.
(ii) finalità connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi (es. normativa Antiriciclaggio, prevenzione del finanziamento del terrorismo), da regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da Organi di Vigilanza e Controllo. La base giuridica del trattamento è individuata nella necessità di adempiere un obbligo legale a cui la Società è soggetta.
(iii) finalità di prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali ovvero difendere in fase stragiudiziale e giudiziale i diritti della Società. La base giuridica si individua nel perseguimento del legittimo interesse

della Società alla prevenzione dei fenomeni di frode in materia assicurativa e nella tutela dei diritti della Società derivanti dalla legge o dai contratti di cui è parte.
Il conferimento dei dati personali ed il trattamento degli stessi da parte della Società per le finalità dei punti precedenti è necessario e in mancanza la Società non potrà dar seguito alla conclusione del Contratto o all'esecuzione di attività connesse alla sua esecuzione, ivi inclusa l'eventuale liquidazione di sinistri.

Inoltre, la Società tratterà i dati personali, ad esclusione delle categorie particolari di dati e dei dati giudiziari:

(iv) previo consenso specifico, anche per finalità di marketing, realizzate sia con modalità automatizzate (es. email, sms, fax etc.) sia con modalità non automatizzate (es. posta ordinaria, telefono con operatore etc.*),* quali a mero titolo esemplificativo, ricerche di mercato, indagini statistiche, anche intese a rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela, invio di comunicazioni personalizzate su prodotti e servizi della Società o di società appartenenti allo stesso gruppo, anche sulla base delle Sue abitudini e dei Suoi interessi. Il mancato conferimento dei dati per tali finalità, ove fosse richiesto il conferimento di dati necessari a tali finalità (come Le sarà indicato in occasione della raccolta dei dati relativi) è del tutto facoltativo; analogamente il conferimento del consenso per le finalità di marketing non inficerà l'esecuzione del rapporto con la Società, precludendoLe solo la possibilità di ricevere materiale commerciale e promozionale. La base giuridica del trattamento si individua nel Suo consenso espresso.

MODALITÀ DI TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE DEI DATI

I Suoi dati personali saranno trattati anche con strumenti elettronici e, ove necessario, in formato cartaceo e archiviati sui nostri sistemi o su sistemi dei nostri fornitori che operano nel rispetto delle istruzioni fornite dalla Società, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti mediante l'adozione di idonee misure tecniche ed organizzative per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio.

I Suoi dati personali saranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello strettamente necessario ad erogare i servizi assicurativi da Lei richiesti ed a consentire alla Società di ottemperare agli ulteriori adempimenti previsti dalla vigente normativa (e, in ogni caso non superiore a 11 anni, 21 anni nei Rami Vita). I dati personali raccolti per le finalità di cui al punto iv) saranno conservati fino a revoca del Suo consenso.

DESTINATARI DEI DATI

I dati raccolti sono trattati dai dipendenti/collaboratori di HDI, che siano stati autorizzati e opportunamente istruiti, che svolgono compiti di natura tecnica-organizzativa, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute. I Suoi dati potranno essere trattati anche da soggetti che operano in qualità di Responsabili del trattamento, per conto e su istruzioni di HDI, tra i quali, a titolo esemplificativo, fornitori di servizi informatici, le società di recupero credito, gli agenti e subagenti, liquidatori di sinistri, società di archiviazione e di postalizzazione, società di call center, fornitori di servizi amministrativi e contabili (anche eventualmente appartenenti al Gruppo).

I dati personali potranno essere comunicati, ove necessario, a soggetti facenti parte della c.d. "catena assicurativa" e che operano in qualità di titolari del trattamento (*in particolare, canali di acquisizione di contratti di assicurazione e loro collaboratori, assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati, medici, periti, ed altri consulenti, strutture sanitarie, autofficine, centri di demolizione autoveicoli, agenzie investigative, servizi di spedizione, etc.*), banche e organismi associativi e consortili del settore assicurativo (ANIA e conseguentemente le imprese di assicurazione ad essa associate), IVASS, COVIP, UIF, Motorizzazione Civile, Autorità Giudiziaria ed altre autorità pubbliche nonchè persone, società, associazioni che svolgono servizi di assistenza e/o consulenza a favore di HDI (es. in materia contabile, amministrativa, finanziaria, etc.); società o soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalla Società.
In caso di operazioni poste in essere dall'interessato che siano ritenute rilevanti dalla Società ai sensi dell'art. 41 comma 1 del D.Lgs. 231/07 e s.m.i. i dati potranno essere comunicati anche ad altri intermediari finanziari appartenenti al medesimo Gruppo.
L'elenco dei soggetti a cui i dati potranno essere comunicati o che agiscono in qualità di Responsabili del trattamento è disponibile, su richiesta, all'indirizzo privacy@hdia.it ovvero presso la Società

I dati non sono generalmente trasferiti fuori dall'Unione Europea; tuttavia, ove per specifiche esigenze connesse alla sede dei servizi resi dai fornitori, fosse necessario trasferire i dati verso paesi situati fuori dallo Spazio Economico Europeo, anche in Paesi che non offrono protezione adeguata, HDI si impegna a garantire livelli di tutela e salvaguardia anche di carattere contrattuale adeguati secondo le norme applicabili, ivi inclusa la stipulazione di clausole contrattuali tipo (si potrà richiedere al DPO/Responsabile per la protezione dei Dati Personali -all'indirizzo privacy@hdia.it ovvero con lettera raccomandata presso la sede della Società - copia degli impegni assunti dai terzi nel contesto di tali clausole nonché l'elenco dei Paesi situati fuori dallo Spazio Economico Europeo dove sono trasferiti i dati).

DIRITTI DELL'INTERESSATO

Ai sensi degli artt. 15 ss Regolamento Lei potrà esercitare specifici diritti, tra i quali a titolo esemplificativo quello di ottenere, in ogni momento, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei Suoi dati e chiederne la cancellazione ove il trattamento dei dati non sia più necessario, o di chiedere la limitazione del trattamento dei dati, di opporsi, anche parzialmente in relazione alle modalità di trattamento, anche di profilazione e all'utilizzo dei Suoi dati per finalità di marketing. Potrà inoltre ricevere copia dei Suoi dati in formato elettronico e chiedere che siano trasmessi ad altro titolare del trattamento nei casi di dati personali da Lei forniti alla Società e il cui trattamento è effettuato dalla Società con il Suo consenso o per dare esecuzione degli obblighi contrattuali. Tali diritti potranno essere sempre esercitati, in modo agevole e gratuito rivolgendosi al Titolare o al Responsabile per la Protezione dei dati personali (DPO) come di seguito indicati.

In qualunque momento può inoltre proporre reclamo all'Autorità di controllo in caso di violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali.

TITOLARE E RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Titolare del trattamento è HDI Assicurazioni S.p.A. con sede legale e Direzione Generale nella Repubblica Italiana - 00187 Roma - Via Abruzzi n. 10 - telefono +3906421031, telefax +390642103500. Il Responsabile per la Protezione dei Dati Personali ("DPO") può essere contatto all'indirizzo email privacy@hdia.it

*****

FORMULA PER PERSONA FISICA

Il/La sottoscritto/a ... nato/a ... il ... e-mail ... nella sua qualità di interessato, letta e compresa l'informativa privacy che precede:

A) Per il trattamento dei Suoi dati di natura particolare (es. dati relativi allo stato di salute), per le finalità e con le modalità sopra illustrate, consapevole che il trattamento di tali dati è necessario per dare esecuzione ad alcune attività del rapporto contrattuale (ad esempio, valutazione del rischio in fase di sottoscrizione di polizze per il ramo vita o gestione dei sinistri)

☐ presta il consenso

B) Consapevole che il mancato conferimento dei seguenti consensi non inficerà i rapporti contrattuali intercorrenti con la Società :

In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing da parte di HDI, anche in forma personalizzata sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad esempio, ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti di HDI Assicurazioni S.p.A. e di altre società del Gruppo e eventualmente di propri partner commerciali con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.

☐ presta il consenso ☐ nega il consenso

Luogo e Data Firma

_____ _____