HDI ASSICURAZIONI

PRESTITO PLUS
(LAVORATORE AUTONOMO)
MODULO DI ADESIONE

Data ultimo aggiornamento del documento: 09/06/2025

POLIZZA COLLETTIVA N.___________ **Spazio riservato alla Banca ____________________**

IL SOTTOSCRITTO ………………………………………………………………………………………… nato il ……………… a ……………………………………… e residente a ………………………………………………………………… prov ………… CAP ……………………………………………………………………… Indirizzo ……………………………………………………………………………… n° … sesso ……… età ……………… Codice Fiscale …………………………………………… Tipo documento ………………… n° ……………… luogo di rilascio ……………………………………………………… prov ………… data ………………… professione ………………………………………………

in qualità di richiedente/titolare del finanziamento n. ___________________ importo richiesto/residuo ___________________________ Durata residua, in mesi, alla data di decorrenza della polizza ________________presso Banca ……………………………………………………… filiale cod. ______

PRESO ATTO CHE l'Istituto di credito (Contraente), __________ ha stipulato una polizza di assicurazione a premio unico a cui possono aderire facoltativamente i clienti persone fisiche che stipulano o hanno stipulato un contratto di finanziamento e che svolgono, al momento della sottoscrizione del presente modulo di adesione, l'attività di lavoratore autonomo o dipendente pubblico così come definiti nelle condizioni di assicurazione. Ai fini della presente polizza collettiva sono parificati ai lavoratori autonomi, quanti hanno un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato ed i dirigenti.

La polizza offre le seguenti garanzie che costituiscono un unico pacchetto:

A ***TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE***: In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al finanziamento contratto;

B ***INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DERIVANTE DA INFORTUNIO E MALATTIA***: Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale, dal quale derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale alla data dell'evento relativo al finanziamento contratto;

C ***INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA***: Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai quali derivi una inabilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere ad un'attività lavorativa generica per il periodo di inabilità e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali, la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento pari alle singole rate del finanziamento e non ancora scadute;

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE € ______________________________
(coincidente con l'importo erogato/residuo del finanziamento, comprensivo dell'eventuale premio finanziato)

Il premio unico, il cui onere economico è a carico dell'Assicurato, è dovuto dal Contraente tramite bonifico. Il premio può essere finanziato ed in tal caso lo stesso sarà aggiunto all'importo del finanziamento.

PREMIO UNICO FINANZIATO SI NO **IMPORTO TOTALE (*) € _________________________________ di cui:**

garanzia A € ___________________ , garanzia B € _________________e garanzia C €___________________

COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO € ________________________ di cui:

COSTI DI INTERMEDIAZIONE € ________________________COSTI PER RIMBORSO PREMIO € 15,00 (**)

DECORRENZA _____________________________ SCADENZA __________________ ____________DURATA (in mesi)_____________________

(*) Il premio è indipendente dall'età e dal sesso.

(**) In caso di collocamento con tecniche di vendita a distanza, l'esercizio del diritto di recesso comunicato entro i primi 30 giorni di decorrenza della polizza non prevede l'addebito dei costi di rimborso.

FAC SIMILE

BENEFICIARI PER LA GARANZIA A (*)

Avvertenze:

a) in caso di mancata identificazione del Beneficiario in forma nominativa, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario;

b) la modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Società.

_____Oppure ☐ Codice (**)_____

Nome e cognome o ragione sociale, Data e Luogo di nascita o Sede Legale, C.F. o P.IVA, recapiti anche di posta elettronica

REFERENTE TERZO (diverso dal beneficiario)

da contattare in caso di decesso dell'assicurato:

_____ _____

Nome e cognome, Data e Luogo di nascita, N. Documento, C.F., recapiti anche di posta elettronica

Luogo e data _____ Firma del Referente Terzo_____

(*) Qualora vi sia più di un Beneficiario in forma nominativa compilare l'"Appendice Beneficiari designati"

(**) Vedere "Tabella Codici Beneficiari" sul retro del presente Modulo di adesione

BENEFICIARIO PER LA GARANZIA B e C: L'ASSICURATO

INFORMAZIONI AL RICHIEDENTE

Si informa il richiedente che:
- ha il diritto di ricevere il set informativo;
- ha il diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso alle aree riservate;
- ha il diritto di recedere dal contratto assicurativo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza dandone comunicazione alla Società o al Contraente che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia, tramite lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata; in tal caso la Società provvederà a rimborsare all'Assicurato il premio secondo i termini e le modalità riportate all'art. 1.12 delle condizioni di assicurazione.

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.

a-bis) La lettera a) non si applica nei casi in cui il soggetto esercita il diritto all'oblio oncologico.

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.

d) L'Assicurato che esercita il diritto all'oblio oncologico non è tenuto a sottoporsi ad accertamenti medici che forniscono indicazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

DICHIARA:

- **di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto;**
- di autorizzare il predetto Istituto a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;
- **di aver preso visione del set informativo Mod. PPBSITT Ed. 06/2025;**
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte delle Compagnie, sono veritiere, precise e complete;
- di accettare i requisiti e le modalità di adesione di cui all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- **di avere un'Età Assicurativa non superiore ai 74 anni;**
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del finanziamento richiesto o di mancato assenso da parte delle Società all'adesione le coperture richieste non saranno attivate;
- di accettare di sottoporsi a visita medica nei casi previsti all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- di aver ricevuto il questionario sanitario contestualmente al presente modulo di adesione e di averlo debitamente compilato e sottoscritto.

Luogo e data _____ Firma_____

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto il set informativo **Mod. PPBSITT Ed. 06/2025.**

Luogo e data, _____ Firma _____

L'Assicurato dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, identificato in forma nominativa, prima dell'evento. (**In caso di volontà contraria non sottoscrivere la presente Dichiarazione**)

Luogo e data, _____ Firma _____

FAC SIMILE

L'Assicurato delega irrevocabilmente (ex art. 1723, 2 c, c.c.) Società, ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 e anche specificamente per l'ipotesi di decesso dello stesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause del decesso, infortunio o malattia presso qualsiasi professionista o ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Luogo e data _____ **Firma**_____

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle condizioni di assicurazione: Art. 1.3 Dichiarazioni dell'assicurato; Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie; Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario della prestazione e pagamento degli indennizzi; Art. 1.10 Richiesta per la continuazione del contratto in caso di variazione nel rapporto di finanziamento; Art. 1.12 Recesso dell'Assicurato; Art. 1.13 Cambio di attività o professione; Art. 2.2 Rischio di morte; Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.4 Riscatto; Art. 3.1 Indennizzo; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.3 Rischio di guerra all'estero; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi; Art. 3.6 Invalidità derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.2 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.3 Esclusioni; Art. 4.5 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi.

Luogo e data _____ **Firma**_____

FAC SIMILE

Tabella Codici Beneficiari
A Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Assicurato pro quota in base alle regole successorie
B Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Assicurato in parti uguali
C Figli dell'Assicurato nati e nascituri in parti uguali

FAC SIMILE

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

PRESTITO PLUS
(LAVORATORE AUTONOMO)
MODULO DI ADESIONE

Data ultimo aggiornamento del documento: 09/06/2025

POLIZZA COLLETTIVA N.___________ **Spazio riservato alla Banca ____________________**

IL SOTTOSCRITTO ……………………………………………………………………………………………… nato il ………………… a ………………………………………… e residente a ………………………………………………………………… prov ……….. CAP ……………………………………………………………………………… Indirizzo ……………………………………………………………………………………… n° … sesso ……… età ……………… Codice Fiscale ……………………………………………… Tipo documento ……………… n° ……………… luogo di rilascio ……………………………………………………… prov ………… data ………………… professione ……………………………………………………

in qualità di richiedente/titolare del finanziamento n. ___________________ importo richiesto/residuo ___________________________ Durata residua, in mesi, alla data di decorrenza della polizza ________________presso Banca ……………………………………………………… filiale cod. ______

PRESO ATTO CHE l'Istituto di credito (Contraente), __________ ha stipulato una polizza di assicurazione a premio unico a cui possono aderire facoltativamente i clienti persone fisiche che stipulano o hanno stipulato un contratto di finanziamento e che svolgono, al momento della sottoscrizione del presente modulo di adesione, l'attività di lavoratore autonomo o dipendente pubblico così come definiti nelle condizioni di assicurazione. Ai fini della presente polizza collettiva sono parificati ai lavoratori autonomi, quanti hanno un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato ed i dirigenti.

La polizza offre le seguenti garanzie che costituiscono un unico pacchetto:

A ***TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE***: In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al finanziamento contratto;

B ***INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DERIVANTE DA INFORTUNIO E MALATTIA***: Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale, dal quale derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale alla data dell'evento relativo al finanziamento contratto;

C ***INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA:*** Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai quali derivi una inabilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere ad un'attività lavorativa generica per il periodo di inabilità e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali, la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento pari alle singole rate del finanziamento e non ancora scadute;

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE € ______________________________
(coincidente con l'importo erogato/residuo del finanziamento, comprensivo dell'eventuale premio finanziato)

Il premio unico, il cui onere economico è a carico dell'Assicurato, è dovuto dal Contraente tramite bonifico. Il premio può essere finanziato ed in tal caso lo stesso sarà aggiunto all'importo del finanziamento.

PREMIO UNICO FINANZIATO SI NO **IMPORTO TOTALE (*) € _________________________________ di cui:**

garanzia A € ___________________ , garanzia B € _________________e garanzia C €___________________

COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO € ________________________ di cui:

COSTI DI INTERMEDIAZIONE € ________________________COSTI PER RIMBORSO PREMIO € 15,00 (**)

DECORRENZA ______________________________ SCADENZA __________________ ____________DURATA (in mesi)_____________________

(*) Il premio è indipendente dall'età e dal sesso.

(**) In caso di collocamento con tecniche di vendita a distanza, l'esercizio del diritto di recesso comunicato entro i primi 30 giorni di decorrenza della polizza non prevede l'addebito dei costi di rimborso.

FAC SIMILE

BENEFICIARI PER LA GARANZIA A (*)

Avvertenze:

a) in caso di mancata identificazione del Beneficiario in forma nominativa, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario;

b) la modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Società.

_____Oppure ☐ Codice (**)_____

Nome e cognome o ragione sociale, Data e Luogo di nascita o Sede Legale, C.F. o P.IVA, recapiti anche di posta elettronica

REFERENTE TERZO (diverso dal beneficiario)

da contattare in caso di decesso dell'assicurato:

_____ _____

Nome e cognome, Data e Luogo di nascita, N. Documento, C.F., recapiti anche di posta elettronica

Luogo e data _____ Firma del Referente Terzo_____

(*) Qualora vi sia più di un Beneficiario in forma nominativa compilare l'"Appendice Beneficiari designati"

(**) Vedere "Tabella Codici Beneficiari" sul retro del presente Modulo di adesione

BENEFICIARIO PER LA GARANZIA B e C: L'ASSICURATO

INFORMAZIONI AL RICHIEDENTE

Si informa il richiedente che:
- ha il diritto di ricevere il set informativo;
- ha il diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso alle aree riservate;
- ha il diritto di recedere dal contratto assicurativo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza dandone comunicazione alla Società o al Contraente che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia, tramite lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata; in tal caso la Società provvederà a rimborsare all'Assicurato il premio secondo i termini e le modalità riportate all'art. 1.12 delle condizioni di assicurazione.

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.

a-bis) La lettera a) non si applica nei casi in cui il soggetto esercita il diritto all'oblio oncologico.

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.

d) L'Assicurato che esercita il diritto all'oblio oncologico non è tenuto a sottoporsi ad accertamenti medici che forniscono indicazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

DICHIARA:

- **di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto;**
- di autorizzare il predetto Istituto a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;
- **di aver preso visione del set informativo Mod. PPBSITT Ed. 06/2025;**
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte delle Compagnie, sono veritiere, precise e complete;
- di accettare i requisiti e le modalità di adesione di cui all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- **di avere un'Età Assicurativa non superiore ai 74 anni;**
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del finanziamento richiesto o di mancato assenso da parte delle Società all'adesione le coperture richieste non saranno attivate;
- di accettare di sottoporsi a visita medica nei casi previsti all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- di aver ricevuto il questionario sanitario contestualmente al presente modulo di adesione e di averlo debitamente compilato e sottoscritto.

Luogo e data _____ Firma_____

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto il set informativo **Mod. PPBSITT Ed. 06/2025.**

Luogo e data, _____ Firma _____

L'Assicurato dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, identificato in forma nominativa, prima dell'evento. (**In caso di volontà contraria non sottoscrivere la presente Dichiarazione**)

Luogo e data, _____ Firma _____

FAC SIMILE

L'Assicurato delega irrevocabilmente (ex art. 1723, 2 c, c.c.) Società, ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 e anche specificamente per l'ipotesi di decesso dello stesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause del decesso, infortunio o malattia presso qualsiasi professionista o ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Luogo e data _____ **Firma**_____

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle condizioni di assicurazione: Art. 1.3 Dichiarazioni dell'assicurato; Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie; Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario della prestazione e pagamento degli indennizzi; Art. 1.10 Richiesta per la continuazione del contratto in caso di variazione nel rapporto di finanziamento; Art. 1.12 Recesso dell'Assicurato; Art. 1.13 Cambio di attività o professione; Art. 2.2 Rischio di morte; Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.4 Riscatto; Art. 3.1 Indennizzo; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.3 Rischio di guerra all'estero; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi; Art. 3.6 Invalidità derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.2 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.3 Esclusioni; Art. 4.5 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi.

Luogo e data _____ **Firma**_____

FAC SIMILE

Tabella Codici Beneficiari
A Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Assicurato pro quota in base alle regole successorie
B Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Assicurato in parti uguali
C Figli dell'Assicurato nati e nascituri in parti uguali

FAC SIMILE

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

PRESTITO PLUS
(LAVORATORE AUTONOMO)
MODULO DI ADESIONE

Data ultimo aggiornamento del documento: 09/06/2025

POLIZZA COLLETTIVA N.__________ **Spazio riservato alla Banca ___________________**

IL SOTTOSCRITTO …. nato il … … … … … … a … … … … … … … … … … … … … … … … … ….. e residente a …. prov … … … … …. CAP … Indirizzo …….. n° … sesso … … …. età … … … … … … … …. Codice Fiscale … … … … … … … … … … … … … … … … ….. Tipo documento … … … … … ….. n° … … … … … … … luogo di rilascio …. prov …. … … … …. data … … …. … … … ….. professione …

in qualità di richiedente/titolare del finanziamento n. __________________ importo richiesto/residuo __________________________ Durata residua, in mesi, alla data di decorrenza della polizza ________________presso Banca …. filiale cod. ______

PRESO ATTO CHE l'Istituto di credito (Contraente), _________ ha stipulato una polizza di assicurazione a premio unico a cui possono aderire facoltativamente i clienti persone fisiche che stipulano o hanno stipulato un contratto di finanziamento e che svolgono, al momento della sottoscrizione del presente modulo di adesione, l'attività di lavoratore autonomo o dipendente pubblico così come definiti nelle condizioni di assicurazione. Ai fini della presente polizza collettiva sono parificati ai lavoratori autonomi, quanti hanno un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato ed i dirigenti.

La polizza offre le seguenti garanzie che costituiscono un unico pacchetto:

A ***TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE***: In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale al momento dell'evento relativo al finanziamento contratto;

B ***INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DERIVANTE DA INFORTUNIO E MALATTIA***: Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale, dal quale derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale alla data dell'evento relativo al finanziamento contratto;

C ***INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA***: Ove l'Assicurato subisca un infortunio o una malattia nel periodo contrattuale dai quali derivi una inabilità temporanea in misura totale della capacità ad attendere ad un'attività lavorativa generica per il periodo di inabilità e comunque entro i limiti stabiliti dalle condizioni contrattuali, la corresponsione di una somma mensile o di diverso frazionamento pari alle singole rate del finanziamento e non ancora scadute;

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE € ______________________________
(coincidente con l'importo erogato/residuo del finanziamento, comprensivo dell'eventuale premio finanziato)

Il premio unico, il cui onere economico è a carico dell'Assicurato, è dovuto dal Contraente tramite bonifico. Il premio può essere finanziato ed in tal caso lo stesso sarà aggiunto all'importo del finanziamento.

PREMIO UNICO FINANZIATO SI NO **IMPORTO TOTALE (*) € ________________________________ di cui:**

garanzia A € __________________ , garanzia B € _________________e garanzia C €___________________

COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO € _______________________ di cui:

COSTI DI INTERMEDIAZIONE € ________________________COSTI PER RIMBORSO PREMIO € 15,00 (**)

DECORRENZA _____________________________ SCADENZA _________________ ____________DURATA (in mesi)_____________________

(*) Il premio è indipendente dall'età e dal sesso.

(**) In caso di collocamento con tecniche di vendita a distanza, l'esercizio del diritto di recesso comunicato entro i primi 30 giorni di decorrenza della polizza non prevede l'addebito dei costi di rimborso.

FAC SIMILE

BENEFICIARI PER LA GARANZIA A (*)

Avvertenze:

a) in caso di mancata identificazione del Beneficiario in forma nominativa, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario;

b) la modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Società.

_____Oppure ☐ Codice (**)_____

Nome e cognome o ragione sociale, Data e Luogo di nascita o Sede Legale, C.F. o P.IVA, recapiti anche di posta elettronica

REFERENTE TERZO (diverso dal beneficiario)

da contattare in caso di decesso dell'assicurato:

_____ _____

Nome e cognome, Data e Luogo di nascita, N. Documento, C.F., recapiti anche di posta elettronica

Luogo e data _____ Firma del Referente Terzo_____

(*) Qualora vi sia più di un Beneficiario in forma nominativa compilare l'"Appendice Beneficiari designati"

(**) Vedere "Tabella Codici Beneficiari" sul retro del presente Modulo di adesione

BENEFICIARIO PER LA GARANZIA B e C: L'ASSICURATO

INFORMAZIONI AL RICHIEDENTE

Si informa il richiedente che:
- ha il diritto di ricevere il set informativo;
- ha il diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso alle aree riservate;
- ha il diritto di recedere dal contratto assicurativo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza dandone comunicazione alla Società o al Contraente che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia, tramite lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata; in tal caso la Società provvederà a rimborsare all'Assicurato il premio secondo i termini e le modalità riportate all'art. 1.12 delle condizioni di assicurazione.

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.

a-bis) La lettera a) non si applica nei casi in cui il soggetto esercita il diritto all'oblio oncologico.

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.

d) L'Assicurato che esercita il diritto all'oblio oncologico non è tenuto a sottoporsi ad accertamenti medici che forniscono indicazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

DICHIARA:

- **di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C. C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto;**
- di autorizzare il predetto Istituto a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;
- **di aver preso visione del set informativo Mod. PPBSITT Ed. 06/2025;**
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte delle Compagnie, sono veritiere, precise e complete;
- di accettare i requisiti e le modalità di adesione di cui all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- **di avere un'Età Assicurativa non superiore ai 74 anni;**
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del finanziamento richiesto o di mancato assenso da parte delle Società all'adesione le coperture richieste non saranno attivate;
- di accettare di sottoporsi a visita medica nei casi previsti all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- di aver ricevuto il questionario sanitario contestualmente al presente modulo di adesione e di averlo debitamente compilato e sottoscritto.

Luogo e data _____ Firma_____

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto il set informativo **Mod. PPBSITT Ed. 06/2025.**

Luogo e data, _____ Firma _____

L'Assicurato dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, identificato in forma nominativa, prima dell'evento. (**In caso di volontà contraria non sottoscrivere la presente Dichiarazione**)

Luogo e data, _____ Firma _____

FAC SIMILE

L'Assicurato delega irrevocabilmente (ex art. 1723, 2 c, c.c.) Società, ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 e anche specificamente per l'ipotesi di decesso dello stesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause del decesso, infortunio o malattia presso qualsiasi professionista o ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Luogo e data _____ **Firma**_____

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle condizioni di assicurazione: Art. 1.3 Dichiarazioni dell'assicurato; Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.6 Risoluzione delle garanzie; Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.8 Beneficiario della prestazione e pagamento degli indennizzi; Art. 1.10 Richiesta per la continuazione del contratto in caso di variazione nel rapporto di finanziamento; Art. 1.12 Recesso dell'Assicurato; Art. 1.13 Cambio di attività o professione; Art. 2.2 Rischio di morte; Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni; Art. 2.4 Riscatto; Art. 3.1 Indennizzo; Art. 3.2 Esclusioni; Art. 3.3 Rischio di guerra all'estero; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi; Art. 3.6 Invalidità derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.1 Indennizzo; Art. 4.2 Inabilità temporanea totale derivante da malattia durante il periodo di carenza; Art. 4.3 Esclusioni; Art. 4.5 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi.

Luogo e data _____ **Firma**_____

FAC SIMILE

Tabella Codici Beneficiari
A Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Assicurato pro quota in base alle regole successorie
B Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Assicurato in parti uguali
C Figli dell'Assicurato nati e nascituri in parti uguali

FAC SIMILE

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