

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

## CESSIONE DEL QUINTO DELLA PENSIONE MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento: 09/06/2025

### CONTRAENTE (ISTITUTO CHE EROGA IL FINANZIAMENTO)

Denominazione/Ragione Sociale \_\_\_\_\_

CF / Partita IVA \_\_\_\_\_ Sede Legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Sede Secondaria in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

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

### ASSICURATO (CEDENTE)

Cognome e nome ..... nato il .....

a ..... e residente a ..... prov .....

CAP ..... indirizzo ..... n° .....

domiciliato in ..... prov ..... CAP .....

indirizzo ..... n° ..... sesso .....

codice fiscale ..... tipo documento ..... n° .....

luogo di rilascio ..... prov ..... data di rilascio ...../...../.....

data di scadenza ...../...../..... Fondo di previdenza .....

### CARATTERISTICHE DEL FINANZIAMENTO

Pratica N. \_\_\_\_\_ Importo del Finanziamento: Euro \_\_\_\_\_

Durata (in mesi): \_\_\_\_\_ Importo rata: Euro \_\_\_\_\_

### CARATTERISTICHE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

#### PRESTAZIONE

La Prestazione che HDI paga per ogni Assicurato corrisponde ad una rendita annua, in rate mensili, a partire dalla rata immediatamente successiva al decesso dell'Assicurato e fino alla scadenza della Copertura Assicurativa. L'importo della rendita annua è stabilito moltiplicando la rata del Finanziamento per dodici mesi.

Al posto delle rate di rendita, il Contraente/Beneficiario ha la facoltà di chiedere il pagamento del cumulo delle rate residue della rendita, che coincide con il Debito Residuo del Finanziamento calcolato al momento del decesso, al netto di eventuali rate insolte con scadenza precedente alla data del decesso dell'Assicurato. Il Debito Residuo è comunicato dal Contraente ad HDI.

La Copertura Assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno di erogazione del Finanziamento, a condizione che il Contraente abbia pagato il Premio a seguito dell'emissione della relativa appendice di regolazione mensile, e ha **durata pari a quella del Finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 120 mesi.**

#### BENEFICIARIO

Beneficiario della Prestazione è il Contraente, senza possibilità per quest'ultimo di designare soggetti terzi quali Beneficiari.

### INFORMAZIONI ALL'ASSICURATO

Si informa l'Assicurato che:

- ha il diritto di richiedere ad HDI le Condizioni di assicurazione. Le stesse sono consultabili sul sito internet: [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it);
- ha il diritto di richiedere ad HDI le credenziali per l'accesso all'area riservata.

## AVVERTENZE

- a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione della Copertura Assicurativa 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, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.
- c) Anche nei casi non espressamente previsti dal Contratto, 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.

## INFORMAZIONI SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO: OBLIO ONCOLOGICO

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.

HDI non può acquisire queste informazioni neanche da fonti diverse dal Contraente o dall'Assicurato e, se sono comunque già a sua disposizione, HDI 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 nel Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute, l'Assicurato invia ad HDI, mediante raccomandata AR o PEC, la certificazione medica che attesta che la malattia oncologica si è conclusa nei termini indicati sopra.

### QUESTIONARIO SANITARIO

1. Dichiaro di soffrire o di aver sofferto negli ultimi 10 anni di: attacco ischemico transitorio, cardiopatia ischemica, ictus, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, infarto miocardio, tumori maligni, epatite, cirrosi epatica, diabete, infezione da HIV?

SI  NO

Se Sì, indicare la patologia: \_\_\_\_\_

2. Dichiaro di soffrire o di aver sofferto negli ultimi 10 anni di altre malattie croniche di diversa entità, quali ad esempio ipertensione cronica, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o dell'apparato muscoloscheletrico?

SI  NO

Se Sì, indicare la patologia: \_\_\_\_\_

3. Dichiaro di essere in attesa di ricovero, di essere sottoposto a terapia continuativa e/o di avere malattie in atto, escluse quelle stagionali?

SI  NO

Se Sì, indicare quali: \_\_\_\_\_

4. È portatore di invalidità di qualsiasi grado, entità o genere oppure è titolare di una pensione o assegno di invalidità o ha fatto domanda per ottenerla presso un ente preposto?

SI  NO

5. Dichiaro di essere o di essere stato esente da ticket sanitario per alcuna patologia?

SI  NO

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

1. **Il sottoscritto presta il proprio consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1919 c.c.**
2. Il sottoscritto, inoltre, dichiara:
  - che tutte le dichiarazioni contenute nel Modulo delle Dichiarazioni dell'Assicurato e nel Questionario Anamnestico sono veritiere, precise e complete;
  - di fornire, nei casi espressamente previsti, il Questionario Anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e, inoltre, letto e approvato dall'Assicurato stesso, secondo quanto indicato all'art 5 delle Condizioni di assicurazione;
  - di essere a conoscenza che in caso di mancata accettazione da parte di HDI, la copertura non sarà attivata;
  - di delegare irrevocabilmente (ex art. 1723, 2 c., c.c.) HDI, 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 del decesso presso qualsiasi professionista o Ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

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

## CESSIONE DEL QUINTO DELLA PENSIONE MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento: 09/06/2025

### CONTRAENTE (ISTITUTO CHE EROGA IL FINANZIAMENTO)

Denominazione/Ragione Sociale \_\_\_\_\_

CF / Partita IVA \_\_\_\_\_ Sede Legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Sede Secondaria in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

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

### ASSICURATO (CEDENTE)

Cognome e nome ..... nato il .....

a ..... e residente a ..... prov .....

CAP ..... indirizzo ..... n° .....

domiciliato in ..... prov ..... CAP .....

indirizzo ..... n° ..... sesso .....

codice fiscale ..... tipo documento ..... n° .....

luogo di rilascio ..... prov ..... data di rilascio ...../...../.....

data di scadenza ...../...../..... Fondo di previdenza .....

### CARATTERISTICHE DEL FINANZIAMENTO

Pratica N. \_\_\_\_\_ Importo del Finanziamento: Euro \_\_\_\_\_

Durata (in mesi): \_\_\_\_\_ Importo rata: Euro \_\_\_\_\_

### CARATTERISTICHE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

#### PRESTAZIONE

La Prestazione che HDI paga per ogni Assicurato corrisponde ad una rendita annua, in rate mensili, a partire dalla rata immediatamente successiva al decesso dell'Assicurato e fino alla scadenza della Copertura Assicurativa. L'importo della rendita annua è stabilito moltiplicando la rata del Finanziamento per dodici mesi.

Al posto delle rate di rendita, il Contraente/Beneficiario ha la facoltà di chiedere il pagamento del cumulo delle rate residue della rendita, che coincide con il Debito Residuo del Finanziamento calcolato al momento del decesso, al netto di eventuali rate insolte con scadenza precedente alla data del decesso dell'Assicurato. Il Debito Residuo è comunicato dal Contraente ad HDI.

La Copertura Assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno di erogazione del Finanziamento, a condizione che il Contraente abbia pagato il Premio a seguito dell'emissione della relativa appendice di regolazione mensile, e ha **durata pari a quella del Finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 120 mesi.**

#### BENEFICIARIO

Beneficiario della Prestazione è il Contraente, senza possibilità per quest'ultimo di designare soggetti terzi quali Beneficiari.

### INFORMAZIONI ALL'ASSICURATO

Si informa l'Assicurato che:

- ha il diritto di richiedere ad HDI le Condizioni di assicurazione. Le stesse sono consultabili sul sito internet: [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it);
- ha il diritto di richiedere ad HDI le credenziali per l'accesso all'area riservata.

## AVVERTENZE

- a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione della Copertura Assicurativa 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, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.
- c) Anche nei casi non espressamente previsti dal Contratto, 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.

## INFORMAZIONI SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO: OBLIO ONCOLOGICO

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.

HDI non può acquisire queste informazioni neanche da fonti diverse dal Contraente o dall'Assicurato e, se sono comunque già a sua disposizione, HDI 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 nel Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute, l'Assicurato invia ad HDI, mediante raccomandata AR o PEC, la certificazione medica che attesta che la malattia oncologica si è conclusa nei termini indicati sopra.

### QUESTIONARIO SANITARIO

1. Dichiaro di soffrire o di aver sofferto negli ultimi 10 anni di: attacco ischemico transitorio, cardiopatia ischemica, ictus, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, infarto miocardio, tumori maligni, epatite, cirrosi epatica, diabete, infezione da HIV?

SI  NO

Se Sì, indicare la patologia: \_\_\_\_\_

2. Dichiaro di soffrire o di aver sofferto negli ultimi 10 anni di altre malattie croniche di diversa entità, quali ad esempio ipertensione cronica, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o dell'apparato muscoloscheletrico?

SI  NO

Se Sì, indicare la patologia: \_\_\_\_\_

3. Dichiaro di essere in attesa di ricovero, di essere sottoposto a terapia continuativa e/o di avere malattie in atto, escluse quelle stagionali?

SI  NO

Se Sì, indicare quali: \_\_\_\_\_

4. È portatore di invalidità di qualsiasi grado, entità o genere oppure è titolare di una pensione o assegno di invalidità o ha fatto domanda per ottenerla presso un ente preposto?

SI  NO

5. Dichiaro di essere o di essere stato esente da ticket sanitario per alcuna patologia?

SI  NO

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

1. **Il sottoscritto presta il proprio consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1919 c.c.**
2. Il sottoscritto, inoltre, dichiara:
  - che tutte le dichiarazioni contenute nel Modulo delle Dichiarazioni dell'Assicurato e nel Questionario Anamnestico sono veritiere, precise e complete;
  - di fornire, nei casi espressamente previsti, il Questionario Anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e, inoltre, letto e approvato dall'Assicurato stesso, secondo quanto indicato all'art 5 delle Condizioni di assicurazione;
  - di essere a conoscenza che in caso di mancata accettazione da parte di HDI, la copertura non sarà attivata;
  - di delegare irrevocabilmente (ex art. 1723, 2 c., c.c.) HDI, 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 del decesso presso qualsiasi professionista o Ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

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

## CESSIONE DEL QUINTO DELLA PENSIONE MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento: 09/06/2025

### CONTRAENTE (ISTITUTO CHE EROGA IL FINANZIAMENTO)

Denominazione/Ragione Sociale \_\_\_\_\_

CF / Partita IVA \_\_\_\_\_ Sede Legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Sede Secondaria in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

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

### ASSICURATO (CEDENTE)

Cognome e nome ..... nato il .....

a ..... e residente a ..... prov .....

CAP ..... indirizzo ..... n° .....

domiciliato in ..... prov ..... CAP .....

indirizzo ..... n° ..... sesso .....

codice fiscale ..... tipo documento ..... n° .....

luogo di rilascio ..... prov ..... data di rilascio ...../...../.....

data di scadenza ...../...../..... Fondo di previdenza .....

### CARATTERISTICHE DEL FINANZIAMENTO

Pratica N. \_\_\_\_\_ Importo del Finanziamento: Euro \_\_\_\_\_

Durata (in mesi): \_\_\_\_\_ Importo rata: Euro \_\_\_\_\_

### CARATTERISTICHE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

#### PRESTAZIONE

La Prestazione che HDI paga per ogni Assicurato corrisponde ad una rendita annua, in rate mensili, a partire dalla rata immediatamente successiva al decesso dell'Assicurato e fino alla scadenza della Copertura Assicurativa. L'importo della rendita annua è stabilito moltiplicando la rata del Finanziamento per dodici mesi.

Al posto delle rate di rendita, il Contraente/Beneficiario ha la facoltà di chiedere il pagamento del cumulo delle rate residue della rendita, che coincide con il Debito Residuo del Finanziamento calcolato al momento del decesso, al netto di eventuali rate insolte con scadenza precedente alla data del decesso dell'Assicurato. Il Debito Residuo è comunicato dal Contraente ad HDI.

La Copertura Assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno di erogazione del Finanziamento, a condizione che il Contraente abbia pagato il Premio a seguito dell'emissione della relativa appendice di regolazione mensile, e ha **durata pari a quella del Finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 120 mesi.**

#### BENEFICIARIO

Beneficiario della Prestazione è il Contraente, senza possibilità per quest'ultimo di designare soggetti terzi quali Beneficiari.

### INFORMAZIONI ALL'ASSICURATO

Si informa l'Assicurato che:

- ha il diritto di richiedere ad HDI le Condizioni di assicurazione. Le stesse sono consultabili sul sito internet: [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it);
- ha il diritto di richiedere ad HDI le credenziali per l'accesso all'area riservata.

## AVVERTENZE

- a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione della Copertura Assicurativa 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, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.
- c) Anche nei casi non espressamente previsti dal Contratto, 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.

## INFORMAZIONI SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO: OBLIO ONCOLOGICO

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.

HDI non può acquisire queste informazioni neanche da fonti diverse dal Contraente o dall'Assicurato e, se sono comunque già a sua disposizione, HDI 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 nel Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute, l'Assicurato invia ad HDI, mediante raccomandata AR o PEC, la certificazione medica che attesta che la malattia oncologica si è conclusa nei termini indicati sopra.

### QUESTIONARIO SANITARIO

1. Dichiaro di soffrire o di aver sofferto negli ultimi 10 anni di: attacco ischemico transitorio, cardiopatia ischemica, ictus, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, infarto miocardio, tumori maligni, epatite, cirrosi epatica, diabete, infezione da HIV?

SI  NO

Se Sì, indicare la patologia: \_\_\_\_\_

2. Dichiaro di soffrire o di aver sofferto negli ultimi 10 anni di altre malattie croniche di diversa entità, quali ad esempio ipertensione cronica, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o dell'apparato muscoloscheletrico?

SI  NO

Se Sì, indicare la patologia: \_\_\_\_\_

3. Dichiaro di essere in attesa di ricovero, di essere sottoposto a terapia continuativa e/o di avere malattie in atto, escluse quelle stagionali?

SI  NO

Se Sì, indicare quali: \_\_\_\_\_

4. È portatore di invalidità di qualsiasi grado, entità o genere oppure è titolare di una pensione o assegno di invalidità o ha fatto domanda per ottenerla presso un ente preposto?

SI  NO

5. Dichiaro di essere o di essere stato esente da ticket sanitario per alcuna patologia?

SI  NO

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

1. **Il sottoscritto presta il proprio consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1919 c.c.**
2. Il sottoscritto, inoltre, dichiara:
  - che tutte le dichiarazioni contenute nel Modulo delle Dichiarazioni dell'Assicurato e nel Questionario Anamnestico sono veritiere, precise e complete;
  - di fornire, nei casi espressamente previsti, il Questionario Anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e, inoltre, letto e approvato dall'Assicurato stesso, secondo quanto indicato all'art 5 delle Condizioni di assicurazione;
  - di essere a conoscenza che in caso di mancata accettazione da parte di HDI, la copertura non sarà attivata;
  - di delegare irrevocabilmente (ex art. 1723, 2 c., c.c.) HDI, 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 del decesso presso qualsiasi professionista o Ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

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

## CESSIONE DEL QUINTO DELLA PENSIONE MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento: 09/06/2025

### CONTRAENTE (ISTITUTO CHE EROGA IL FINANZIAMENTO)

Denominazione/Ragione Sociale \_\_\_\_\_

CF / Partita IVA \_\_\_\_\_ Sede Legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Sede Secondaria in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

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

### ASSICURATO (CEDENTE)

Cognome e nome ..... nato il .....

a ..... e residente a ..... prov .....

CAP ..... indirizzo ..... n° .....

domiciliato in ..... prov ..... CAP .....

indirizzo ..... n° ..... sesso .....

codice fiscale ..... tipo documento ..... n° .....

luogo di rilascio ..... prov ..... data di rilascio ...../...../.....

data di scadenza ...../...../..... Fondo di previdenza .....

### CARATTERISTICHE DEL FINANZIAMENTO

Pratica N. \_\_\_\_\_ Importo del Finanziamento: Euro \_\_\_\_\_

Durata (in mesi): \_\_\_\_\_ Importo rata: Euro \_\_\_\_\_

### CARATTERISTICHE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

#### PRESTAZIONE

La Prestazione che HDI paga per ogni Assicurato corrisponde ad una rendita annua, in rate mensili, a partire dalla rata immediatamente successiva al decesso dell'Assicurato e fino alla scadenza della Copertura Assicurativa. L'importo della rendita annua è stabilito moltiplicando la rata del Finanziamento per dodici mesi.

Al posto delle rate di rendita, il Contraente/Beneficiario ha la facoltà di chiedere il pagamento del cumulo delle rate residue della rendita, che coincide con il Debito Residuo del Finanziamento calcolato al momento del decesso, al netto di eventuali rate insolte con scadenza precedente alla data del decesso dell'Assicurato. Il Debito Residuo è comunicato dal Contraente ad HDI.

La Copertura Assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno di erogazione del Finanziamento, a condizione che il Contraente abbia pagato il Premio a seguito dell'emissione della relativa appendice di regolazione mensile, e ha **durata pari a quella del Finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 120 mesi.**

#### BENEFICIARIO

Beneficiario della Prestazione è il Contraente, senza possibilità per quest'ultimo di designare soggetti terzi quali Beneficiari.

### INFORMAZIONI ALL'ASSICURATO

Si informa l'Assicurato che:

- ha il diritto di richiedere ad HDI le Condizioni di assicurazione. Le stesse sono consultabili sul sito internet: [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it);
- ha il diritto di richiedere ad HDI le credenziali per l'accesso all'area riservata.

## AVVERTENZE

- a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione della Copertura Assicurativa 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, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.
- c) Anche nei casi non espressamente previsti dal Contratto, 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.

## INFORMAZIONI SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO: OBLIO ONCOLOGICO

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.

HDI non può acquisire queste informazioni neanche da fonti diverse dal Contraente o dall'Assicurato e, se sono comunque già a sua disposizione, HDI 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 nel Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute, l'Assicurato invia ad HDI, mediante raccomandata AR o PEC, la certificazione medica che attesta che la malattia oncologica si è conclusa nei termini indicati sopra.

### QUESTIONARIO SANITARIO

1. Dichiaro di soffrire o di aver sofferto negli ultimi 10 anni di: attacco ischemico transitorio, cardiopatia ischemica, ictus, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, infarto miocardio, tumori maligni, epatite, cirrosi epatica, diabete, infezione da HIV?

SI  NO

Se Sì, indicare la patologia: \_\_\_\_\_

2. Dichiaro di soffrire o di aver sofferto negli ultimi 10 anni di altre malattie croniche di diversa entità, quali ad esempio ipertensione cronica, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o dell'apparato muscoloscheletrico?

SI  NO

Se Sì, indicare la patologia: \_\_\_\_\_

3. Dichiaro di essere in attesa di ricovero, di essere sottoposto a terapia continuativa e/o di avere malattie in atto, escluse quelle stagionali?

SI  NO

Se Sì, indicare quali: \_\_\_\_\_

4. È portatore di invalidità di qualsiasi grado, entità o genere oppure è titolare di una pensione o assegno di invalidità o ha fatto domanda per ottenerla presso un ente preposto?

SI  NO

5. Dichiaro di essere o di essere stato esente da ticket sanitario per alcuna patologia?

SI  NO

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

1. **Il sottoscritto presta il proprio consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1919 c.c.**
2. Il sottoscritto, inoltre, dichiara:
  - che tutte le dichiarazioni contenute nel Modulo delle Dichiarazioni dell'Assicurato e nel Questionario Anamnestico sono veritiere, precise e complete;
  - di fornire, nei casi espressamente previsti, il Questionario Anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia e, inoltre, letto e approvato dall'Assicurato stesso, secondo quanto indicato all'art 5 delle Condizioni di assicurazione;
  - di essere a conoscenza che in caso di mancata accettazione da parte di HDI, la copertura non sarà attivata;
  - di delegare irrevocabilmente (ex art. 1723, 2 c., c.c.) HDI, 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 del decesso presso qualsiasi professionista o Ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_