

POLIZZA COLLETTIVA N. _____

CESSIONE DEL QUINTO DELLA PENSIONE – RENDITA MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento: 01/06/2026

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.

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;
- 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. È fatto salvo 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 non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni 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 – RENDITA MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento: 01/06/2026

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.

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;
- 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. È fatto salvo 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 non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni 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 – RENDITA MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento: 01/06/2026

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.

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;
- 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. È fatto salvo 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 non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni 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 – RENDITA MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento: 01/06/2026

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.

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;
- 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. È fatto salvo 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 non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni 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 _____