

HDI MUTUO EASY PROTECTION MODULO DI ADESIONE

Ultimo aggiornamento del documento: 08/04/2026

Convenzione n. _____ stipulata da _____ (Contraente) con HDI Assicurazioni S.p.A.

L'adesione alla Convenzione è facoltativa e non è necessaria per ottenere il Mutuo.

Se il Mutuo è cointestato, possono aderire fino a due cointestatari. In tal caso, ogni cointestatario deve sottoscrivere un Modulo di adesione e il Capitale Assicurato Iniziale è diviso in parti uguali.

DATI DELL'ASSICURATO

Cognome:		Nome:		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Luogo di nascita:		Data di nascita:		Codice fiscale:	
Indirizzo di residenza:		Cap:		Comune: Prov.:	
Indirizzo di domicilio (se diverso dalla residenza):		Cap:		Comune: Prov.:	
Documento di riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente		Numero:		Data di rilascio:	
				Data di scadenza: Comune (o Stato estero) di rilascio:	

DATI DEL MUTUO

Numero:		Durata / Durata residua (in mesi):		Importo richiesto / Importo residuo Euro		Importo rata: Euro		Numero rate:	
Istituto di credito erogante:		CF/Partita Iva		Sede legale					

CARATTERISTICHE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Il Contratto prevede una Copertura Assicurativa abbinata al Mutuo per i seguenti eventi assicurati:

- decesso dell'Assicurato
- Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60% riconosciuta all'Assicurato in seguito a Infortunio o Malattia

Capitale Assicurato Iniziale*: Euro		Data di efficacia:		Data di scadenza:		Durata (in mesi):	
--	--	--------------------	--	-------------------	--	-------------------	--

* Importo richiesto o importo residuo del Mutuo alla data di efficacia indicata nel modulo. In caso di due cointestatari Assicurati, riportare la quota di Capitale Assicurato Iniziale per ciascuno.

PREMIO E COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Totale Premio unico*: Euro _____ di cui		Premio per caso Invalidità Totale Permanente:	
Euro _____		Euro _____	
Imposte: Euro _____		Commissione percepita dagli Intermediari: Euro _____	
Costi a carico dell'Assicurato: Euro _____			

* Il Premio è indipendente dal sesso.

Periodicità e mezzi di pagamento: il Premio è unico. L'Assicurato può pagare con: assegno non trasferibile intestato all'intermediario o bonifico bancario o postale su conto corrente intestato all'intermediario, specificando "in qualità di intermediario di HDI"; altri mezzi di pagamento bancario o postale; mezzi di pagamento elettronico, anche online, senza oneri a carico del cliente. Non sono ammessi pagamenti in contanti.

- Costi per rimborso del Premio:**
- Euro 50,00 in caso di estinzione anticipata totale, surroga e accollo del Mutuo
 - Euro 25,00 in caso di estinzione anticipata parziale del Mutuo



INFORMAZIONI PER L'ASSICURATO

Area riservata: l'Assicurato ha il diritto a richiedere ad HDI. le credenziali per l'accesso all'area riservata per consultare la propria posizione assicurativa.

Revoca o recesso dalla Copertura Assicurativa: l'Assicurato ha il diritto di revocare l'adesione alla Copertura Assicurativa prima della data di efficacia. Inoltre, entro 60 giorni dalla data di efficacia della Copertura Assicurativa, può comunicare ad HDI di voler recedere dalla Copertura Assicurativa. La richiesta può essere inviata ai recapiti di HDI indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

In caso di recesso o revoca, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione HDI rimborsa all'Assicurato l'eventuale Premio già pagato al netto delle imposte.

BENEFICIARI IN CASO DI DECESSO

L'Assicurato può indicare uno o più soggetti specifici che riceveranno la Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato, oppure indicare in modo generico dei soggetti che HDI individuerà al momento del pagamento (*compilare alternativamente la sezione A oppure la sezione B*).

**AVVERTENZE**

- In caso di mancata indicazione dei Beneficiari in forma specifica, al decesso dell'Assicurato HDI potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari.
- La modifica o la revoca dei Beneficiari deve essere comunicata ad HDI.

A. INDICAZIONE BENEFICIARIO IN FORMA SPECIFICA*

Cognome e Nome o Denominazione: _____

Data e luogo di nascita (se persona fisica) _____

Sede legale (se persona giuridica) _____

Codice fiscale o Partita IVA _____

Recapiti (anche e-mail) _____

*Per indicare più di un Beneficiario in forma specifica, compilare il "Modulo per la designazione di ulteriori Beneficiari"

- Chiedo ad HDI di **non inviare comunicazioni ai Beneficiari** indicati in forma specifica prima della morte dell'Assicurato. (barrando questa casella HDI contatterà il Beneficiario solo in caso di decesso dell'Assicurato)
- Per ragioni di riservatezza, chiedo ad HDI di contattare - alla morte dell'Assicurato - un referente terzo da me indicato e diverso dai Beneficiari.

DATI DEL REFERENTE TERZO

Cognome e nome: _____

Data e luogo di nascita _____

Codice fiscale _____

Recapiti (anche e-mail) _____

Luogo e data _____

Firma del Referente Terzo _____

B. INDICAZIONE BENEFICIARIO IN FORMA GENERICA

- Eredi testamentari o, in mancanza, eredi legittimi dell'Assicurato, al momento della morte dell'Assicurato, in parti uguali
- Eredi testamentari o, in mancanza, eredi legittimi dell'Assicurato, al momento della morte dell'Assicurato, pro quota in base alle regole successorie
- Figli dell'Assicurato nati e nascituri, in parti uguali

Luogo e data _____

Firma dell'Assicurato _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**AVVERTENZE**

- 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.
- Prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.
- Anche nei casi non espressamente previsti dalle Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- 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.

Il sottoscritto Assicurato dichiara:

- di voler aderire al Contratto con la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione;
- di aver preso visione del set informativo del prodotto assicurativo "HDI Mutuo Easy Protection" Mod. MEPSIA prima della sottoscrizione del presente modulo;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel Modulo di Adesione e nel Questionario Sanitario sono veritiere, precise e complete;

- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del Mutuo richiesto o di mancata accettazione da parte di HDI, la Copertura Assicurativa 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.

Luogo e data, _____

Firma dell'Assicurato _____

L'Assicurato dichiara, inoltre, di aver ricevuto il set informativo del prodotto "HDI Mutuo Easy Protection" Mod. MEPSIA contenente: DIP Vita (ed. 04/2026), DIP Danni (ed. 04/2026), DIP Aggiuntivo Multirischi (ed. 04/2026), Condizioni di assicurazione (ed. 04/2026) e Modulo di adesione (ed. 04/2026).

Luogo e data, _____

Firma dell'Assicurato _____

L'Assicurato, ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiara di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni di Assicurazione: art. 3 (Esclusioni), art. 6 (Efficacia e durata della Copertura Assicurativa), art. 12 (Beneficiari), art. 16 (Richieste di pagamento e documentazione richiesta), art. 18 (Termini di pagamento di HDI).

Luogo e data _____

Firma dell'Assicurato _____

QUESTIONARIO SANITARIO



INFORMAZIONI SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO: 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.

1. Negli ultimi 5 anni è mai stato ricoverato in case di cura o ospedali per interventi chirurgici (ad esclusione di interventi di appendicectomia, adeno-tonsillectomia, erniotomia, meniscectomia, frattura degli arti, varici, chirurgia estetica, parto)?

SÌ NO

Se SÌ, indicare quali: _____

2. Negli ultimi 5 anni ha subito cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital dai quali sia emersa una malattia cardiovascolare, disturbi circolatori, ipertensione, ictus e/o malattia del fegato quale epatopatia acuta o cronica e/o malattia polmonare, tumorale, del sangue, dell'apparato urogenitale, respiratorio, osteo-articolare, digerente, del sistema endocrino-metabolico quali diabete, malattie della tiroide e/o del sistema nervoso o della psiche, paralisi, AIDS o patologie ad esso correlate?

SÌ NO

Se SÌ, indicare quali: _____

3. Ha effettuato negli ultimi 12 mesi esami di laboratorio da cui siano emersi valori fuori dalla norma?

SÌ NO

Se SÌ, indicare quali: _____

4. Assume regolarmente medicinali o ne ha assunti negli ultimi 12 mesi?

SÌ NO

Se SÌ, indicare quali: _____

5. Ha fatto uso regolare e continuativo, o ne fa attualmente, di sostanze stupefacenti e/o di alcolici?

SÌ NO

6. Gode di pensione per malattia o invalidità oppure ne ha fatto richiesta?

SÌ NO

Se SÌ, indicare quali: _____

7. Le è mai stata rifiutata, rinviata o accettata a condizioni aggravate una proposta di assicurazione sulla vita, di invalidità o di malattie gravi?

SÌ NO

Se SÌ, indicare quali: _____

8. È attualmente titolare di una polizza di assicurazione (vita, invalidità o malattia) o ha proposte in corso di perfezionamento?

SÌ NO

Se SÌ, indicare quali: _____

9. Altezza: cm _____ Peso: kg _____

10. Pressione arteriosa: minima: _____ massima: _____

Luogo e data _____

Firma dell'Assicurato _____