



NUMERO MODULO DI PROPOSTA COPERTURA ASSICURATIVA (Hera NoProblem Gas):

CODICE IDENTIFICATIVO AGENZIA/SPORTELLLO INCARICATO:

Distributore del prodotto assicurativo: **Hera Comm S.p.A.** (di seguito, "Hera Comm"), Sede Legale e Domicilio Fiscale in Imola (BO), Via Molino Rosso n. 8, Codice Fiscale 02221101203, P.IVA di Gruppo Hera 03819031208, (che ha sottoscritto anche per le proprie Controllate e/o Collegate).

Il sottoscritto "**Cliente**" (Contraente della polizza), come sotto identificato, propone alla compagnia **Inter Partner Assistance S.A.** (Rappresentanza Generale per l'Italia) (di seguito, "**Compagnia**" o "**IPA**") la stipula del contratto assicurativo di ramo "**Assistenza**" sopra indicato (accessori agli impianti Gas per il PDR indicati nelle sezioni sottostanti), sulla base delle condizioni contrattuali contenute all'interno del relativo Set Informativo.

INTESTAZIONE UTENZA

Cognome/Ragione Sociale _____ Nome _____ Cod. Fiscale/P.IVA _____
Rappresentante legale (da compilare in caso di Società) _____ Nato a _____ il _____
Carta d'identità ☐ Patente di guida ☐ Passaporto ☐ N. _____ Rilasciato da _____ il _____
Indirizzo (residenza per persona fisica/ sede legale in caso di Società) _____
N. _____ Cap _____ Comune _____ Prov. _____
Indirizzo email (qualora si volesse ricevere in formato elettronico la documentazione contrattuale e ulteriore documentazione in corso di contratto compilare questo campo):
_____ numero di cellulare _____
In qualità di intestatario/a del contratto di fornitura di Gas sottoscritto con Hera Comm per i seguenti punti fornitura PDR: _____
Indirizzo di fornitura Punto di Prelievo Gas: _____
Via _____ N. _____ Cap _____ Comune _____ Prov. _____

PROPOSTA DI STIPULA DEL CONTRATTO – PREMIO (PERIODICITÀ E MODALITÀ DI PAGAMENTO) - INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Con l'apposizione della seguente firma il cliente propone alla Compagnia la stipula del contratto (Hera NoProblem Gas). Il premio annuale dovuto per la presente copertura assicurativa ammonta a Euro 78,00 (imponibile annuo Euro 70,91 più imposta annua 10% Euro 7,09). L'importo del premio sarà frazionato secondo la normale periodicità di fatturazione prevista nel contratto di somministrazione che il cliente ha sottoscritto con Hera Comm in relazione all'erogazione della fornitura di gas nel corso del periodo di validità della Polizza. L'Assicurato procederà al pagamento delle somme dovute a titolo di premio in virtù del presente contratto, e degli eventuali premi per i rinnovi annuali, mediante addebito nelle bollette direttamente a favore di Hera Comm a tal fine delegata all'incasso da IPA e con le stesse modalità di pagamento previste per il contratto di somministrazione di gas. Il Cliente dichiara espressamente (i) di aver ricevuto da Hera Comm, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, il Set Informativo (comprensivo di DIP, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione) del prodotto assicurativo sopra indicato, nonché (ii) di aver letto, compreso ed accettare integralmente il contenuto del medesimo Set Informativo e l'ammontare di Premio sopra indicato.

Avvertenza: Il cliente dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alle prestazioni.

Luogo e data _____ Firma del Cliente _____

APPROVAZIONE SPECIFICA DI CLAUSOLE

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 c. c. il sottoscritto Cliente dichiara di approvare specificamente le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione contenute all'interno del Set Informativo del prodotto assicurativo offerto: ART. 4 - DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE, ART. 5 - TACITO RINNOVO/DISDETTA, ART. 6 - PREMIO E MODALITÀ DI PAGAMENTO, ART. 7 - EVENTUALI VARIAZIONI DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 14 - MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI/LIMITI DI RESPONSABILITÀ.

Luogo e data _____ Firma del Cliente _____

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CLIENTE

1. Sono interessato a sottoscrivere una polizza assicurativa che protegga gli impianti Gas della mia abitazione, da guasti improvvisi e/o non corretto funzionamento:
SI ☐ NO ☐
2. Sono informato sulla possibile presenza nella polizza assicurativa di Scoperti/Franchigie/Carenze /Limiti/Esclusioni?
SI ☐ NO ☐

DICHIARAZIONE DEL DISTRIBUTORE SULLA COERENZA DEL CONTRATTO RISPETTO ALLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CLIENTE

(la seguente dichiarazione è valida solo in caso di risposta SI a tutte le domande del questionario; in caso di risposta NO anche ad una sola delle domande del questionario il contratto offerto non è coerente con le richieste ed esigenze del contraente e NON può essere stipulato).

Il contratto offerto è coerente con le richieste ed esigenze del contraente – e può quindi essere stipulato.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO SULLA PRIVACY

Ricevuta l'informativa prevista dal Regolamento europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e preso atto di quanto in essa contenuto, io sottoscritto/a acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità assicurative relative allo specifico rapporto contrattuale intercorrente con Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia secondo le modalità esplicitate nell'informativa.

Luogo e data _____ Firma del Cliente _____

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA – TACITO RINNOVO/DISDETTA DELLE PARTI

Il contratto di assicurazione si intende concluso alla data di firma del Modulo di Proposta da parte del Cliente, se decorsi 30 giorni dalla sottoscrizione del modulo la Compagnia non comunica al Cliente, per il tramite di Hera Comm, il rifiuto della proposta. La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 della data riportata sul Certificato di Polizza ed ha durata annuale con tacito rinnovo di anno in anno salvo disdetta con preavviso di almeno 60 giorni dalla Scadenza, come previsto all'ART. 5 - TACITO RINNOVO/DISDETTA delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA - Per i nuovi clienti Hera Comm, l'efficacia del contratto di assicurazione è comunque sempre condizionata alla effettiva attivazione del servizio di fornitura Gas di Hera Comm. Il contratto di assicurazione perderà ogni efficacia in caso di estinzione del contratto di fornitura di gas stipulato con Hera Comm S.p.A..

Documento emesso in duplice copia (una per il Contraente ed una per il Distributore/ Compagnia)



Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia
Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma - Tel.06/42118.1
Sede legale Bruxelles – 7, Boulevard du Régent – Capitale sociale € 130.702.613 interamente versato – Gruppo AXA Partners
N. Iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazioni e Riassicurazioni I.00014 - Autorizzazione Ministeriale n. 19662 del 19.10.1993
Registro delle Imprese di Roma RM – Numero REA 792129 - Part. I.V.A. 04673941003 - Cod. Fisc. 03420940151

