

Proposta di adesione alla polizza collettiva numero 00157840070 CONTRATTO DI ASSICURAZIONE ASSISTENZA “HERA NOPROBLEM GAS”

La polizza collettiva NUMERO 00157840070 – di cui all’istestazione del presente modulo di adesione – stipulata da **Hera Comm srl** Sede Legale e Domicilio Fiscale in Imola (BO), Via Molino Rosso n. 8, Codice Fiscale e Partita I.V.A. n. 0222110120 (che ha sottoscritto anche per le proprie Controllate e/o Collegate) e la **Compagnia Assicuratrice Linear S.p.A.** sita in Italia, Sede Legale e Direzione in via Larga 8, 40138 Bologna, società unipersonale soggetta all’attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. è accessoria e facoltativa al contratto di somministrazione gas stipulato dal cliente i cui estremi sono di seguito riportati.

ISTESTAZIONE UTENZA

Cognome / Nome società										Nome																													
Nato a										il										Codice Fiscale / Partita Iva																			
Residente in / Indirizzo sede legale										Città										Cap					Prov.														
<input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/> Passaporto										n.										rilasciato da										il									
Rappresentante legale																																							
Estremi del PDR										Numero di cellulare (obbligatorio)																													
Indirizzo email																																							
Incaricato del collocamento																																							

PAGAMENTO DEI PREMI

Il Premio annuale dovuto per la presente copertura assicurativa ammonta a Euro 74,76 comprensivo di imposte e tasse. 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 dalla Società. 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.

In caso di mancato pagamento del Premio, l'Assicurazione resta sospesa a decorrere dalle ore 24.00 del 20° giorno successivo alla relativa scadenza. Qualora decorsi i 20 giorni dalle scadenze convenute per il pagamento del Premio, o frazione rateale di esso, non sia pervenuto il pagamento la singola adesione sarà ritenuta risolta di diritto. In ogni caso alla Società spetterà il pagamento del Premio relativo al periodo di assicurazione in corso.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

- L'Assicurato dichiara di aver ricevuto da Hera Comm prima della sottoscrizione della proposta di adesione la scheda sintetica oppure il Set Informativo, comprensivo del DIP, del DIP Aggiuntivo, del Glossario, delle Condizioni di Assicurazione e l'Informativa sulla Privacy, relativo alla polizza collettiva **HERA NOPROBLEM GAS**.
- Con l'apposizione della firma in calce l'Assicurato dichiara di acconsentire esplicitamente all'adesione alla polizza collettiva sopra indicata. **L'Assicurato dichiara di aver letto attentamente, compreso e di accettare in ogni loro parte le Condizioni di Assicurazione.**
- L'Assicurato dichiara di consentire alla trasmissione, qualora previsto, della documentazione contrattuale e/o delle comunicazioni pre-contrattuali e contrattuali in formato elettronico all'indirizzo di posta elettronica indicato. **Dichiara inoltre di consentire la comunicazione dell'accettazione o mancata accettazione dell'adesione alla polizza collettiva, la data di effetto della copertura assicurativa e la data di cessazione dell'adesione mediante sms al numero di telefono cellulare sopra indicato.** L'assicurato può revocare il consenso espresso in ogni momento.

Firma dell'assicurato

L'Assicurato dichiara inoltre di approvare espressamente anche nei sensi degli artt.1341 e 1342 del C.C i seguenti articoli: ART. A.7 - “DECORRENZA DELLA COPERTURA E DURATA DELLA SINGOLA ADESIONE – TACITO RINNOVO” DELLE CONDIZIONI GENERALI DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTENUTE NEL SET INFORMATIVO.

Data

Firma dell'assicurato

Compagnia Assicuratrice Linear S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale: via Larga, 8 - 40138 Bologna (Italia) - tel. +39 051 6378111
Capitale sociale i.v. Euro 19.300.000,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 04260280377 - P.IVA 03740811207 - R.E.A. 362005
Società unipersonale soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00122 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046

www.linear.it