

**I dati della tua polizza**

Numero: WB0000059

Decorre dal: 13/06/2023 ore 24:00

Scade il: 13/06/2024 ore 24:00

Prima scadenza annuale il: 13/06/2024

Non si rinnova a scadenza.

**I tuoi dati**

Contraente: HAMMAR YOUSEF

C.F./P.IVA: HMMYSF94R07D912M

Indirizzo: VIA UNICEF, 4

20020 SOLARO (MI)

Mail: yousef.hammar@wopta.it

Telefono: +393456787567

**La tua assicurazione per il seguente Assicurato e Garanzie**

<b>Assicurato:</b>	1
<b>Cognome e Nome:</b>	Hammar Yousef
<b>Codice Fiscale:</b>	HMMYSF94R07D912M
<b>Professione:</b>	Impiegato/quadro
<b>Tipo Professione:</b>	Dipendente
<b>Classe rischio:</b>	Classe 1
<b>Forma di copertura:</b>	Extraprofessionale

Garanzie	Somma Assicurata	Opzioni/Dettagli	Premio
<b>Invalidità Permanente Infortunio</b>	300.000 €	Franchigia 3 Assoluta	312,80 €
		Beneficiari:	
		Nelson Alejandro Hidalgo Herrera	
<b>Decesso Infortunio</b>	300.000 €	HMMYSF94R07D912M	171,59 €
		Nelson Alejandro Hidalgo Herrera	
		HMMYSF94R07D912M	
<b>Diaria Ricovero / Gessatura Infortunio</b>	150 €	=====	112,08 €
<b>Diaria Convalescenza Infortunio</b>	150 €	=====	45,66 €
<b>Inabilità Totale Infortunio</b>	=====	=====	=====
<b>Rimborso spese di cura Infortunio</b>	10.000 €	=====	96,59 €
<b>Tutela Legale</b>	=====	=====	=====
<b>Assistenza</b>	=====	=====	=====
<b>Invalidità Permanente Malattia</b>	50.000 €	=====	38,28 €

**Dichiarazioni da leggere con attenzione prima di firmare****INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE - AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO**

L'Assicurato è tenuto a rispondere alle domande di un Questionario Medico. Si avverte l'Assicurato che:

**a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti compromettono il diritto alla prestazione;****b) è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte al Questionario Medico prima della sua sottoscrizione;**

c) anche nei casi non previsti dalla Compagnia, l'Aderente/Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare lo stato di salute. Il costo di tale visita medica sarà a suo carico.

Sono assicurabili solo i soggetti che rispondono "SI" a tutte le domande incluse nel Questionario Medico.

**Questionario Medico****Ai fini dell'efficacia di tutte le garanzie, DICHIARO:**

a) di non essere affetto da infermità gravi quali: alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero infermità dovute a malattie del sistema nervoso o della psiche (schizofrenia, psicosi, depressione, nevrosi, insufficienza mentale, demenza, Alzheimer, Parkinson, SLA, sclerosi multipla, cerebropatie, paresi, paralisi, epilessia);.....SI

b) di non essere affetto da Difetti Fisici gravi ed invalidanti, da infermità e/o Invalidità Permanenti con postumi valutati in misura superiore al 50%;.....SI

c) di non aver avuto precedenti Polizze infortuni annullate, per iniziativa di compagnie, prima della loro naturale scadenza;.....SI

**I dati della tua polizza**

Numero: WB0000059

Decorre dal: 13/06/2023 ore 24:00

Scade il: 13/06/2024 ore 24:00

Prima scadenza annuale il: 13/06/2024

Non si rinnova a scadenza.

**I tuoi dati**

Contraente: HAMMAR YOUSEF

C.F./P.IVA: HMMYSF94R07D912M

Indirizzo: VIA UNICEF, 4

20020 SOLARO (MI)

Mail: yousef.hammar@wopta.it

Telefono: +393456787567

Con specifico riferimento alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia, DICHIARO che:

- a. di essere alto 173cm e peso 90Kg.....SI
- b. di non assumere e di non aver assunto negli ultimi 15 anni sostanze stupefacenti.....SI
- c. di non consumare abitualmente alcolici in misura pari o superiore ad 1 litro di vino e/o di birra e/o un quarto di litro di superalcolici (bevande oltre 21 gradi alcolici) al giorno.....SI
- d. di non fumare più di 10 sigarette al giorno.....SI
- e. di non aver subito infortuni o malattie, negli ultimi cinque anni, che abbiano impedito di svolgere la professione per più di due settimane.....SI
- f. che nessuna malattia e/o infortunio (o loro postumi), attualmente impedisce di svolgere la professione.....SI
- g. di non soffrire di malattia acuta o cronica del sistema cardiocircolatorio, dell'apparato respiratorio, del sistema nervoso, dell'apparato digerente, del sangue, delle vie urinarie e genitourinarie, del sistema endocrino metabolico, dell'apparato muscolo-scheletrico, di tumori maligni.....SI

Firma del Contraente/Assicurato

"[[[sigField"1":signer1:signature(sigType="Click2Sign"):label("firma qui"):size(width=150,height=60)]]]"

**Tutela Privacy**

Io Sottoscritto, dichiaro di avere perso visione dell'Informativa Privacy ai sensi dell'art. 13 del GDPR (informativa resa all'interno del set documentale contenente anche la Documentazione Informativa Precontrattuale, il Glossario e le Condizioni di Assicurazione), di averne compreso i contenuti ed esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali particolari per le finalità sopra indicate, in conformità con quanto previsto all'interno dell'informativa:

**1. Consenso al trattamento dei miei dati particolari (sanitari) di cui all'art. 9 GDPR:.....SI****2. Consenso al trattamento dei miei dati al fine di perfezionamento dell'offerta assicurativa e riassicurativa di cui alle lettere b) ed f) della presente informativa:.....SI**

Firma del Contraente/Assicurato

"[[[sigField"2":signer1:signature(sigType="Click2Sign"):label("firma qui"):size(width=150,height=60)]]]"

**Scelta Firma Elettronica**

Si prende e si dà atto tra le Parti che, il contratto viene sottoscritto con Firma Elettronica Avanzata, redatto in un unico esemplare. Pertanto:

1. dichiaro di aver ricevuto, preso visione, conoscere ed accettare le "Condizioni Generali di Servizio per l'utilizzazione della Firma Elettronica Avanzata" prevista da Wopta e l'annessa "Scheda Tecnica Illustrativa";
2. confermo la veridicità dei dati forniti, la titolarità del numero di cellulare e dell'indirizzo mail, acconsentendo al trattamento di tali dati per questa specifica finalità;
3. dichiaro altresì di avere titolo a richiedere l'attivazione e l'uso del Servizio per la sottoscrizione del presente contratto.

Firma del Contraente/Assicurato

"[[[sigField"3":signer1:signature(sigType="Click2Sign"):label("firma qui"):size(width=150,height=60)]]]"

**I dati della tua polizza**

Numero: WB00000059

Decorre dal: 13/06/2023 ore 24:00

Scade il: 13/06/2024 ore 24:00

Prima scadenza annuale il: 13/06/2024

Non si rinnova a scadenza.

**I tuoi dati**

Contraente: HAMMAR YOUSEF

C.F./P.IVA: HMMYSF94R07D912M

Indirizzo: VIA UNICEF, 4

20020 SOLARO (MI)

Mail: yousef.hammar@wopta.it

Telefono: +393456787567

**Scelta Comunicazioni Via Mail e Accettazione Polizza**

Ho scelto la ricezione della seguente documentazione via e-mail al seguente indirizzo: yousef.hammar@wopta.it. Sono a conoscenza che, anche le future comunicazioni avverranno con questo mezzo e che qualora volessi modificare questa mia scelta potrò farlo scrivendo a Global Assistance, con le modalità previste nelle Condizioni di Assicurazione.

**Confermo quindi di aver ricevuto e preso visione, prima della conclusione del contratto:**

**1. degli Allegati 3, 4 e 4-ter, di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018, relativi agli obblighi informativi e di comportamento dell'Intermediario, inclusa l'informativa privacy dell'intermediario (ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE n. 2016/679);**

**2. del Set informativo, identificato dal modello GA01.0922, contenente: 1) documento informativo per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni) e documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP Aggiuntivo danni) cui al Regolamento IVASS n. 41/2018; 2) Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, che dichiaro altresì di conoscere ed accettare.**

**Global Assistance****Firma del Contraente/Assicurato**

---

"[[!sigField"4":signer1:signature(sigType="Click2Sign"):label("firma qui"):size(width=150,height=60)]]"

**3) CLAUSOLE DA APPROVARE IN MODO SPECIFICO**

**Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 Codice Civile, dichiaro di approvare in modo specifico, le disposizioni indicate nelle condizioni di assicurazione con particolare riguardo agli articoli dei seguenti capitoli:**

**Art. 5 Foro competente; Art. 30 Denuncia e obblighi in caso di Sinistro Infortuni; Art. 32 Controversie: Arbitrato irrituale; Art. 35.1 Invalidità Permanente da Infortunio; Art. 36.1 Gestione del caso assicurativo; Art. 38 Denuncia e obblighi in caso di sinistro Invalidità Permanente da Malattia; Art. 38.3 Criteri di liquidazione dell'Invalidità Permanente da Malattia; Art. 38.4 Valutazione del danno - ricorso all'Arbitrato.**

**Firma del Contraente/Assicurato**

---

"[[!sigField"5":signer1:signature(sigType="Click2Sign"):label("firma qui"):size(width=150,height=60)]]"

**I dati della tua polizza**

Numero: WB0000059

Decorre dal: 13/06/2023 ore 24:00

Scade il: 13/06/2024 ore 24:00

Prima scadenza annuale il: 13/06/2024

Non si rinnova a scadenza.

**I tuoi dati**

Contraente: HAMMAR YOUSEF

C.F./P.IVA: HMMYSF94R07D912M

Indirizzo: VIA UNICEF, 4

20020 SOLARO (MI)

Mail: yousef.hammar@wopta.it

Telefono: +393456787567

**4) PER NOI QUESTA POLIZZA FA AL CASO TUO**

Hai effettuato dichiarazioni relative al rischio da assicurare e scelto prestazioni e garanzie tra quelle proposte. In particolare, la scelta fatta di comunicazione con modalità digitale, oltre ad essere appropriata per il tipo di rapporto, è ritenuta essenziale per la modalità distributiva diretta online. Sulla base di tali dichiarazioni, delle tue esigenze e richieste, le soluzioni assicurative individuate e assolate da coperture assicurative risultano le seguenti:

1. HAMMAR YOUSEF, nel tempo libero, lavoratore dipendente un capitale all'Assicurato, in caso di Invalidità Permanente, oltre il 3% di invalidità, a copertura della minore capacità di reddito; un capitale in caso di Decesso, avente finalità previdenziale, a copertura delle minori disponibilità che risulterebbero, in seguito al decesso dell'Assicurato, a favore dei beneficiari designati; una Diaria (importo giornaliero) in caso di ricovero o gessatura; una Diaria in caso di convalescenza post ricovero; inoltre l'assicurazione, sempre in caso di infortunio, risponde al bisogno di rimborsare le spese mediche sostenute; in caso di malattia, infine, consente di disporre di un capitale, a integrazione del reddito, qualora all'Assicurato derivi dalla malattia stessa una riduzione della capacità lavorativa (invalidità permanente) oltre il 24%

La Polizza in ogni caso prevede, scoperti, franchigie, limiti di indennizzo ed esclusioni, riportate nelle Condizioni di Assicurazione. Tali elementi sono stati da te valutati in linea con la capacità finanziaria di sostenere in proprio tale livello di danno e rischio.

Con la seguente sottoscrizione dichiaro che quanto sopra corrisponde alle informazioni ottenute dall'intermediario, attraverso i documenti resi disponibili e/o inviati e la navigazione delle pagine che precedono.

Firma del Contraente/Assicurato

"[[[sigField"6":signer1:signature(sigType="Click2Sign"):label("firma qui")]:size(width=150,height=60)]]"

**Il premio per tutte le coperture assicurative attivate sulla polizza**

Premio	Imponibile	Imposte Assicurative	Totale
Annuale firma del contratto	€ 757,77	€ 19,23	€ 777,00

In caso di sostituzione, il premio alla firma è al netto dell'eventuale rimborso dei premi non goduti sulla polizza sostituita e tiene conto dell'eventuale diversa durata rispetto alle rate successive.

**Come puoi pagare il premio**

I mezzi di pagamento consentiti, nei confronti di Wopta, sono esclusivamente bonifico e strumenti di pagamento elettronico, quali ad esempio, carte di credito e/o carte di debito, incluse le carte prepagate. Oppure può essere pagato direttamente alla Compagnia alla stipula del contratto, via bonifico o carta di credito.

**Emissione polizza e pagamento della prima rata**

Polizza emessa a Milano il 13/06/2023 per un importo di € 777,00 quale prima rata alla firma, il cui pagamento a saldo è da effettuarsi con i metodi di pagamento sopra indicati. Wopta conferma avvenuto incasso e copertura della polizza dal 13/06/2023.

**Chi siamo**

Wopta Assicurazioni S.r.l. - intermediario assicurativo, soggetto al controllo dell'IVASS ed iscritto dal 14.02.2022 al Registro Unico degli Intermediari, in Sezione A nr. A000701923, avente sede legale in Galleria del Corso, 1 - 20122 Milano (MI). Capitale sociale Euro 120.000 - Codice Fiscale, Reg. Imprese e Partita IVA: 12072020964 - Iscritta al Registro delle imprese di Milano - REA MI 2638708

Global Assistance Compagnia di assicurazioni e riassicurazioni S.p.A. a Socio Unico - Capitale Sociale: Euro 5.000.000 i.v. Codice Fiscale, Partita IVA e Registro Imprese di Milano n. 10086540159 R.E.A. n. 1345012 della C.C.I.A.A. di Milano. Sede e Direzione Generale Piazza Diaz 6 - 20123 Milano - Italia E-mail: global.assistance@globalassistance.it PEC: globalassistancespa@legalmail.it. Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Ri-Fin S.r.l., iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi presso l'IVASS al n. 014. La Società è autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni e Riassicurazioni con D.M. del 2/8/93 n. 19619 (G.U. 7/8/93 n. 184) e successive autorizzazioni ed è iscritta all'Albo Imprese presso l'IVASS al n. 1.00111. La Società è soggetta alla vigilanza dell'IVASS; è possibile verificare la veridicità e la regolarità delle autorizzazioni mediante l'accesso al sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it)

**I dati della tua polizza**

Numero: WB00000059

Decorre dal: 13/06/2023 ore 24:00

Scade il: 13/06/2024 ore 24:00

Prima scadenza annuale il: 13/06/2024

Non si rinnova a scadenza.

**I tuoi dati**

Contraente: HAMMAR YOUSEF

C.F./P.IVA: HMMYSF94R07D912M

Indirizzo: VIA UNICEF, 4

20020 SOLARO (MI)

Mail: yousef.hammar@wopta.it

Telefono: +393456787567

**Consenso per finalità commerciali.**

Il sottoscritto, letto e compresa l'informativa sul trattamento dei dati personali

☐ ACCONSENTE☒ NON ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali da parte di Wopta Assicurazioni per l'invio di comunicazioni e proposte commerciali e di marketing, incluso l'invio di newsletter e ricerche di mercato, attraverso strumenti automatizzati (sms, mms, e-mail, ecc.) e non (posta cartacea e telefono con operatore).

13/06/2023

Firma del Contraente/Assicurato

---

"[[!sigField"7":signer1:signature(sigType="Click2Sign"):label("firma qui"):size(width=150,height=60)]]"