

Data ultimo aggiornamento del documento 27/05/2013

Agenzia _____ Codice Agenzia _____ Codice Produttore _____ Cat. _____
 Mod. Pag. _____ Sede Cont. _____

Informazioni anagrafiche ai sensi della Legge n. 231 del 21 novembre 2007 - Legge Antiriciclaggio

CONTRAENTE

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE / DENOMINAZIONE SOCIALE _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente) _____ Cod. PROF. (vedi retro) _____ SESSO M F

SPORT (indicare dettagliatamente) _____ Cod. SPORT. (vedi retro) _____

CODICE SOTTOGRUPPO _____ CODICE GRUPPO / RAMO _____
 (vedi Tabella 1 sul retro) (vedi Tabella 2 sul retro)

RESIDENZA / SEDE: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE / PARTITA IVA _____

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

Istituto bancario _____ IBAN _____
 (compilare solo in caso di pagamento in conto corrente bancario)

DATA _____ FIRMA DEL CONTRAENTE O DEL RAPPRESENTANTE _____ FIRMA DELL' INCARICATO _____

ASSICURANDO (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente) _____ COD. PROF. _____ SESSO M F

CODICE FISCALE _____

N. Polizza _____
 (Riservato alla Direzione)
 N. Antiriciclaggio _____
 (Riservato alla Direzione)

RAPPRESENTANTE

(SE PERSONA DIVERSA DAL CONTRAENTE E PER PERSONA GIURIDICA)

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

QUALIFICA LEGALE RAPPRESENTANTE (PER SOCIETÀ E ASSOCIAZIONI)

RAPPRESENTANTE

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE _____ SESSO M F

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

Istituto bancario _____ IBAN _____
 (compilare solo in caso di pagamento in conto corrente bancario)

DATA _____ FIRMA DEL CONTRAENTE O DEL RAPPRESENTANTE _____ FIRMA DELL' INCARICATO _____

BENEFICIARI

A seguito del decesso dell'Assicurato l'importo liquidabile sarà pagato a:

- 1 - Eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato
- 2 - Contraente
- 3 - Coniuge dell'Assicurato
- 4 - Figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali
- Ø - Altri (specificare cognome, nome, codice fiscale e data di nascita): _____

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Decorrenza _____ Età dell'Assicurato _____ anni
 Prestazione iniziale _____ Euro
 Periodicità del Premio: unico
 Premio Unico (*) _____ Euro di cui _____ Euro derivante da reinvestimento totale o parziale del
 capitale in scadenza della/e polizza/e n. _____
 riscatto della/e polizza/e n. _____
 Il premio è indipendente dal sesso
COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE _____ **L'Incaricato** _____
 (*) L'importo del premio unico non può essere inferiore ad € 10.000,00 (diecimila/00).

RECESSO, CONTRATTO E REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare per iscritto la presente proposta prima della conclusione del contratto, entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, con lettera raccomandata. La Società, entro 30 giorni dalla comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio versato, ma non superiore all'importo del premio versato, per il recesso delle spese sostenute per l'emissione del contratto. Le comunicazioni, contenenti gli elementi identificativi del contratto, devono essere indirizzate al seguente recapito:
HDI Assicurazioni S.p.A. - RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO - Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

Sotto la presente proposta si considera concluso il contratto in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta. La comunicazione di accettazione della proposta; dichiarare che le informazioni sono prestate, a condizione che sia stato corrisposto il premio previsto, dalle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso, ovvero dalle ore 24 del giorno di pagamento della polizza qualora la stessa preveda una data di decorrenza successiva. Se il premio è versato dopo tali date, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento;
 Dichiaro aver preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e accettarle.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili
 Il Sottoscritto Contraente / Assicurando, nella Sua qualità di interessato, dichiara di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N. 196/03. Pertanto, apponendo la Sua firma di seguito, esprime il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi dalla nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le Sue richieste in qualità di danneggiato. Il consenso che Lei esprime si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. V1VIOBFVIA Ed. 05/2013) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____

Il Sottoscritto Assicurando (quando non sia lo stesso del Contraente) dichiara di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 C.C..

LUOGO E DATA _____ L'ASSICURANDO _____

Il Sottoscritto Contraente/Il Sottoscritto Assicurando dichiara/no di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del codice civile, le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione: Art. 6 Riscatto - Art. 9 Pagamenti della Società.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO: il premio è unico ed è possibile effettuare versamenti aggiuntivi. I mezzi di pagamento consentiti sono: assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." munito della clausola di non trasferibilità, bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società, come indicato per il pagamento tramite assegno e pagamento effettuato in pari data con liquidazione del capitale proveniente da altra/e polizza/e emessa/e dalla Società.
Attenzione: i premi non possono essere corrisposti in contanti.

Data ultimo aggiornamento del documento 27/05/2013

Agenzia _____ Codice Agenzia _____ Codice Produttore _____ Cat. _____
 Mod. Pag. _____ Sede Cont. _____

Informazioni anagrafiche ai sensi della Legge n. 231 del 21 novembre 2007 - Legge Antiriciclaggio

CONTRAENTE

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE / DENOMINAZIONE SOCIALE _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente) _____ Cod. PROF. (vedi retro) _____ SESSO M F

SPORT (indicare dettagliatamente) _____ Cod. SPORT. (vedi retro) _____

CODICE SOTTOGRUPPO _____ CODICE GRUPPO / RAMO _____
 (vedi Tabella 1 sul retro) (vedi Tabella 2 sul retro)

RESIDENZA / SEDE: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE / PARTITA IVA _____

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

Istituto bancario _____ IBAN _____
 (compilare solo in caso di pagamento in conto corrente bancario)

DATA _____ FIRMA DEL CONTRAENTE O DEL RAPPRESENTANTE _____ FIRMA DELL' INCARICATO _____

ASSICURANDO (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente) _____ COD. PROF. _____ SESSO M F

CODICE FISCALE _____

RAPPRESENTANTE

(SE PERSONA DIVERSA DAL CONTRAENTE E PER PERSONA GIURIDICA)

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

QUALIFICA LEGALE RAPPRESENTANTE (PER SOCIETÀ E ASSOCIAZIONI)

RAPPRESENTANTE

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE _____ SESSO M F

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

Istituto bancario _____ IBAN _____
 (compilare solo in caso di pagamento in conto corrente bancario)

DATA _____ FIRMA DEL CONTRAENTE O DEL RAPPRESENTANTE _____ FIRMA DELL' INCARICATO _____

BENEFICIARI

A seguito del decesso dell'Assicurato l'importo liquidabile sarà pagato a:

- 1 - Eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato
- 2 - Contraente
- 3 - Coniuge dell'Assicurato
- 4 - Figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali
- Ø - Altri (specificare cognome, nome, codice fiscale e data di nascita): _____

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Decorrenza _____/_____/_____ Età dell'Assicurato _____ anni

Prestazione iniziale _____ Euro

Periodicità del Premio: unico

Premio Unico (*) _____ Euro di cui _____ Euro derivante da reinvestimento totale o parziale del

capitale in scadenza della/e polizza/e n. _____

riscatto della/e polizza/e n. _____

Il premio è indipendente dal sesso

COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE _____ L'Incaricato _____

(*) L'importo del premio unico non può essere inferiore ad € 10.000,00 (diecimila/00).

RECESSO, CONTRATTO E REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare per iscritto la presente proposta prima della conclusione del contratto, il Contraente può revocare la presente proposta entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, con lettera raccomandata. La Società, entro 30 giorni dalla comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio versato, ma rimborsabile l'importo di € 50,00 (cinquanta/00) per il recesso delle spese sostenute per l'emissione del contratto. Le comunicazioni, contenenti gli elementi identificativi del contratto, devono essere indirizzate al seguente recapito:

**HDI Assicurazioni S.p.A. -
 RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO -
 Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma**

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

Sotto la presente proposta si considera che, al momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta, ha accettato e si impegna a mantenere in vigore la polizza di accettazione della proposta; dichiara che le informazioni sono prestate, a condizione che sia stato corrisposto il premio previsto, dalle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso, ovvero dalle ore 24 del giorno di pubblicazione della polizza qualora la stessa preveda una data di decorrenza successiva. Se il premio è versato dopo tali date, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento;

Dichiaro aver preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e accettarle.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili
 Il Sottoscritto Contraente / Assicurando, nella Sua qualità di interessato, dichiara di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N. 196/03. Pertanto, apponendo la Sua firma di seguito, esprime il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi dalla nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le Sue richieste in qualità di danneggiato. Il consenso che Lei esprime si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. V1VIOBFIA Ed. 05/2013) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____

Il Sottoscritto Assicurando (quando non sia lo stesso del Contraente) dichiara di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 C.C..

LUOGO E DATA _____ L'ASSICURANDO _____

Il Sottoscritto Contraente/Il Sottoscritto Assicurando dichiara/no di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del codice civile, le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione: Art. 6 Riscatto - Art. 9 Pagamenti della Società.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO: il premio è unico ed è possibile effettuare versamenti aggiuntivi. I mezzi di pagamento consentiti sono: assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." munito della clausola di non trasferibilità, bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società, come indicato per il pagamento tramite assegno e pagamento effettuato in pari data con liquidazione del capitale proveniente da altra/e polizza/e emessa/e dalla Società.

Attenzione: i premi non possono essere corrisposti in contanti.

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Data ultimo aggiornamento del documento 27/05/2013

Agenzia _____ Codice Agenzia _____ Codice Produttore _____ Cat. _____
 Mod. Pag. _____ Sede Cont. _____

Informazioni anagrafiche ai sensi della Legge n. 231 del 21 novembre 2007 - Legge Antiriciclaggio

CONTRAENTE

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE / DENOMINAZIONE SOCIALE _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente) _____ Cod. PROF. (vedi retro) _____ SESSO M F

SPORT (indicare dettagliatamente) _____ Cod. SPORT. (vedi retro) _____

CODICE SOTTOGRUPPO _____ CODICE GRUPPO / RAMO _____
 (vedi Tabella 1 sul retro) (vedi Tabella 2 sul retro)

RESIDENZA / SEDE: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE / PARTITA IVA _____

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

Istituto bancario _____ IBAN _____
 (compilare solo in caso di pagamento in conto corrente bancario)

DATA _____ FIRMA DEL CONTRAENTE O DEL RAPPRESENTANTE _____ FIRMA DELL' INCARICATO _____

ASSICURANDO (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente) _____ COD. PROF. _____ SESSO M F

CODICE FISCALE _____

RAPPRESENTANTE

(SE PERSONA DIVERSA DAL CONTRAENTE E PER PERSONA GIURIDICA)

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

QUALIFICA LEGALE RAPPRESENTANTE (PER SOCIETÀ E ASSOCIAZIONI)

RAPPRESENTANTE

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE _____ SESSO M F

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

Istituto bancario _____ IBAN _____
 (compilare solo in caso di pagamento in conto corrente bancario)

DATA _____ FIRMA DEL CONTRAENTE O DEL RAPPRESENTANTE _____ FIRMA DELL' INCARICATO _____

BENEFICIARI

A seguito del decesso dell'Assicurato l'importo liquidabile sarà pagato a:

- 1 - Eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato
- 2 - Contraente
- 3 - Coniuge dell'Assicurato
- 4 - Figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali
- Ø - Altri (specificare cognome, nome, codice fiscale e data di nascita): _____

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Decorrenza _____ Età dell'Assicurato _____ anni

Prestazione iniziale _____ Euro

Periodicità del Premio: unico

Premio Unico (*) _____ Euro di cui _____ Euro derivante da reinvestimento totale o parziale del

capitale in scadenza della/e polizza/e n. _____

riscatto della/e polizza/e n. _____

Il premio è indipendente dal sesso

COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE _____ L'Incaricato _____

(*) L'importo del premio unico non può essere inferiore ad € 10.000,00 (diecimila/00).

RECESSO, CONTRATTO E REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare per iscritto la presente proposta prima della conclusione del contratto, il Contraente può revocare la presente proposta entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, con lettera raccomandata. La Società, entro 30 giorni dalla comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio versato, ma rimborsabile l'importo di € 50,00 (cinquanta/00) per il recesso delle spese sostenute per l'emissione del contratto. Le comunicazioni, contenenti gli elementi identificativi del contratto, devono essere indirizzate al seguente recapito:

**HDI Assicurazioni S.p.A. -
 RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO -
 Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma**

INCHIESTA DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

Sotto la presente proposta si considera concluso il contratto in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta. La comunicazione di accettazione della proposta; dichiarare che le informazioni sono prestate, a condizione che sia stato corrisposto il premio previsto, dalle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso, ovvero dalle ore 24 del giorno di comunicazione della polizza qualora la stessa preveda una data di decorrenza successiva. Se il premio è versato dopo tali date, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento;

Dichiaro aver preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e accettarle.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili
 Il Sottoscritto Contraente / Assicurando, nella Sua qualità di interessato, dichiara di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N. 196/03. Pertanto, apponendo la Sua firma di seguito, esprime il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi dalla nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le Sue richieste in qualità di danneggiato. Il consenso che Lei esprime si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. V1VIOBFIA Ed. 05/2013) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____

Il Sottoscritto Assicurando (quando non sia lo stesso del Contraente) dichiara di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 C.C..

LUOGO E DATA _____ L'ASSICURANDO _____

Il Sottoscritto Contraente/Il Sottoscritto Assicurando dichiara/no di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del codice civile, le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione: Art. 6 Riscatto - Art. 9 Pagamenti della Società.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO: il premio è unico ed è possibile effettuare versamenti aggiuntivi. I mezzi di pagamento consentiti sono: assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." munito della clausola di non trasferibilità, bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società, come indicato per il pagamento tramite assegno e pagamento effettuato in pari data con liquidazione del capitale proveniente da altra/e polizza/e emessa/e dalla Società.

Attenzione: i premi non possono essere corrisposti in contanti.

Data ultimo aggiornamento del documento 27/05/2013

Agenzia _____ Codice Agenzia _____ Codice Produttore _____ Cat. _____
 Mod. Pag. _____ Sede Cont. _____

Informazioni anagrafiche ai sensi della Legge n. 231 del 21 novembre 2007 - Legge Antiriciclaggio

CONTRAENTE

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE / DENOMINAZIONE SOCIALE _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente) _____ Cod. PROF. (vedi retro) _____ SESSO M F

SPORT (indicare dettagliatamente) _____ Cod. SPORT. (vedi retro) _____

CODICE SOTTOGRUPPO _____ CODICE GRUPPO / RAMO _____
 (vedi Tabella 1 sul retro) (vedi Tabella 2 sul retro)

RESIDENZA / SEDE: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE / PARTITA IVA _____

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

Istituto bancario _____ IBAN _____
 (compilare solo in caso di pagamento in conto corrente bancario)

DATA _____ FIRMA DEL CONTRAENTE O DEL RAPPRESENTANTE _____ FIRMA DELL' INCARICATO _____

ASSICURANDO (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente) _____ COD. PROF. _____ SESSO M F

CODICE FISCALE _____

RAPPRESENTANTE

(SE PERSONA DIVERSA DAL CONTRAENTE E PER PERSONA GIURIDICA)

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

QUALIFICA LEGALE RAPPRESENTANTE (PER SOCIETÀ E ASSOCIAZIONI)

RAPPRESENTANTE

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE _____ SESSO M F

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

BENEFICIARI

A seguito del decesso dell'Assicurato l'importo liquidabile sarà pagato a:

- 1 - Eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato
- 2 - Contraente
- 3 - Coniuge dell'Assicurato
- 4 - Figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali
- Ø - Altri (specificare cognome, nome, codice fiscale e data di nascita): _____

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Decorrenza _____ Età dell'Assicurato _____ anni

Prestazione iniziale _____ Euro

Periodicità del Premio: unico

Premio Unico (*) _____ Euro di cui _____ Euro derivante da reinvestimento totale o parziale del

capitale in scadenza della/e polizza/e n. _____

riscatto della/e polizza/e n. _____

Il premio è indipendente dal sesso

COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE _____ **L'Incaricato** _____

(*) L'importo del premio unico non può essere inferiore ad € 10.000,00 (diecimila/00).

RECESSO, CONTRATTO E REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare per iscritto la presente proposta prima della conclusione del contratto, il Contraente può revocare la presente proposta entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, con lettera raccomandata. La Società, entro 30 giorni dalla comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio versato, ma rimborsabile l'importo di € 50,00 (cinquanta/00) per il recesso delle spese sostenute per l'emissione del contratto. Le comunicazioni, contenenti gli elementi identificativi del contratto, devono essere indirizzate al seguente recapito:

**HDI Assicurazioni S.p.A. -
RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO -
Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma**

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

Sotto _____ **IL CONTRAENTE** _____ **L'ASSICURANDO** _____

Il Contraente dichiara di aver preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e di averle accettate.

Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili
 Il Sottoscritto Contraente / Assicurando, nella Sua qualità di interessato, dichiara di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N. 196/03. Pertanto, apponendo la Sua firma di seguito, esprime il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi dalla nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le Sue richieste in qualità di danneggiato. Il consenso che Lei esprime si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. V1VIOBFVIA Ed. 05/2013) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

Il Sottoscritto Assicurando (quando non sia lo stesso del Contraente) dichiara di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 C.C..

LUOGO E DATA _____ L'ASSICURANDO _____

Il Sottoscritto Contraente/Il Sottoscritto Assicurando dichiara/no di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del codice civile, le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione: Art. 6 Riscatto - Art. 9 Pagamenti della Società.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO: il premio è unico ed è possibile effettuare versamenti aggiuntivi. I mezzi di pagamento consentiti sono: assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." munito della clausola di non trasferibilità, bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società, come indicato per il pagamento tramite assegno e pagamento effettuato in pari data con liquidazione del capitale proveniente da altra/e polizza/e emessa/e dalla Società.

Attenzione: i premi non possono essere corrisposti in contanti.

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

