

Data ultimo aggiornamento del documento 08/01/2015

Agency, 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

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

CODICE SOTTOGRUPPO, CODICE GRUPPO / RAMO

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

IL CONTRAENTE O IL RAPPRESENTANTE

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

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

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, Prestazione iniziale, Periodicità del Premio: unico, Premio Unico (\*), Euro di cui, Euro derivante da reinvestimento, Il premio è indipendente dal sesso, COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE, L'Incaricato

RECESSO, CONTRATTO E REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare per iscritto la presente proposta... HDI Assicurazioni S.p.A. - RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO - Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

Sotto la presente si dichiara... Dichiaro di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e...

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.

IL CONTRAENTE, L'ASSICURANDO

Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. V1VIOBFVIC Ed. 01/2015) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.

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..

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.

L'ASSICURANDO

Lo sottoscritto Incaricato attesto di aver accertato l'identità del Contraente o del Legale Rappresentante a mezzo di documento di identità di cui ho acquisito copia. Inoltre, tutte le firme del presente modulo sono state apposte in mia presenza.

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 08/01/2015

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 \_\_\_\_\_ IL CONTRAENTE O IL RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_

**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. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ 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, a privandola di ogni effetto finché il contratto non è concluso, entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente può recedere, allo stesso modo, dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata. La Società, entro 30 giorni, rimborsa al Contraente il premio versato, ma rimborsabile l'importo di € 50,00 (cinquanta/00) per il rimborso 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 stipulata. La sottoscrizione della proposta, 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 proposta, 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 del premio. **Dichiaro di aver preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e di averne accettato le condizioni.**

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. V1VIOBFVIC Ed. 01/2015) 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 \_\_\_\_\_

"Io sottoscritto Incaricato attesto di aver accertato l'identità del Contraente o del Legale Rappresentante a mezzo di documento di identità di cui ho acquisito copia. Inoltre, tutte le firme del presente modulo sono state apposte in mia presenza".

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ L'INCARICATO \_\_\_\_\_

**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 08/01/2015

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 \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE O IL RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_

**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, a privandola di ogni effetto finché il contratto non è concluso, entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente può recedere, allo stesso modo, dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata. La Società, entro 30 giorni, rimborsa al Contraente il premio versato, ma rimborsabile l'importo di € 50,00 (cinquanta/00) per il recupero 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 stipulata. La sottoscrizione della proposta, 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 in cui il premio è versato, 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 accettazione della proposta.

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

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.

IL CONTRAENTE \_\_\_\_\_ L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

**Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. V1VIOBFVIC Ed. 01/2015) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.**

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..

IL CONTRAENTE \_\_\_\_\_ 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.**

IL CONTRAENTE \_\_\_\_\_ L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

"Io sottoscritto Incaricato attesto di aver accertato l'identità del Contraente o del Legale Rappresentante a mezzo di documento di identità di cui ho acquisito copia. Inoltre, tutte le firme del presente modulo sono state apposte in mia presenza".

IL CONTRAENTE \_\_\_\_\_ L'INCARICATO \_\_\_\_\_

**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 08/01/2015

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 \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE O IL RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_

**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, a privandola di ogni effetto finché il contratto non è concluso, entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente può recedere dallo stesso dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata. La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio versato. La Società ritiene dalla presente proposta rimborsabile l'importo di € 50,00 (cinquanta/00) per il rimborso 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 stipulata. La sottoscrizione della proposta comporta l'accettazione della proposta; il Contraente dichiara di aver 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.

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.

IL CONTRAENTE \_\_\_\_\_ L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

**Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. V1VIOBFVIC Ed. 01/2015) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.**

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..

IL CONTRAENTE \_\_\_\_\_ 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.**

IL CONTRAENTE \_\_\_\_\_ L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

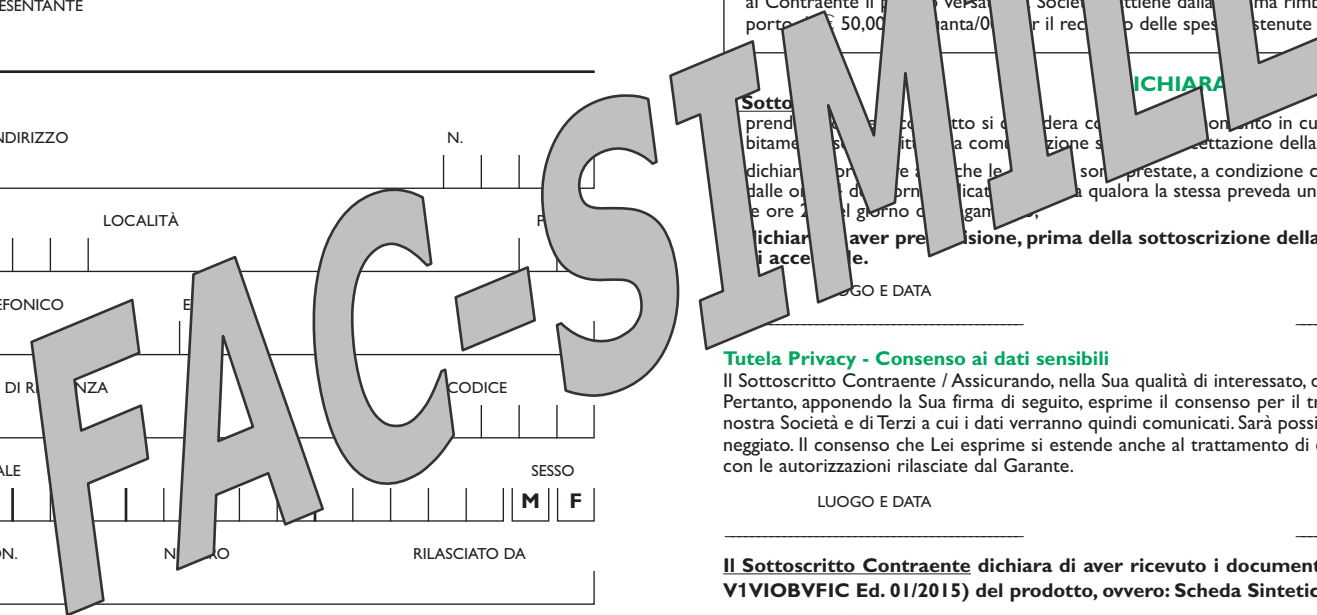
"Io sottoscritto Incaricato attesto di aver accertato l'identità del Contraente o del Legale Rappresentante a mezzo di documento di identità di cui ho acquisito copia. Inoltre, tutte le firme del presente modulo sono state apposte in mia presenza".

IL CONTRAENTE \_\_\_\_\_ L'INCARICATO \_\_\_\_\_

**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



VIOB0115



CODICI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO

Table with 2 columns: ATTIVITA' PROFESSIONALI and CODICE. Lists various professional activities and their corresponding codes from G 001 to P 031.

Table with 2 columns: ATTIVITA' PROFESSIONALI and CODICE. Lists various professional activities and their corresponding codes from P 032 to P 053.

Table with 2 columns: ATTIVITA' PROFESSIONALI and CODICE. Lists various professional activities and their corresponding codes from S 001 to S 025.

TABELLA 1 - SOTTOGRUPPI DI ATTIVITA' ECONOMICA

Table with 2 columns: SOTTO GRUPPO and DESCRIZIONE. Lists economic subgroups and their descriptions from AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE to ALTRI AUSILIARI FINANZIARI.

Table with 2 columns: SOTTO GRUPPO and DESCRIZIONE. Lists economic subgroups and their descriptions from IMPRESE DI ASSICURAZIONE E FONDI PENSIONE to ALTRI AUSILIARI FINANZIARI.

Table with 2 columns: SOTTO GRUPPO and DESCRIZIONE. Lists economic subgroups and their descriptions from ISTITUZIONI FINANZIARIE MONETARIE to ALTRI AUSILIARI FINANZIARI.

Table with 2 columns: SEDE CONTABILE and MODALITÀ DI PAGAMENTO. Lists accounting seat and payment modalities.

Table with 2 columns: MODALITÀ DI PAGAMENTO and CATEGORIE. Lists payment modalities and categories.

TUTELA PRIVACY INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30.06.2003 N°196

1) FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

- 1.1) HDI Assicurazioni S.p.A., al fine di fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, deve disporre dei Suoi dati personali - compresi eventualmente anche i dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini - e si impegna a trattarli esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.
1.2) HDI Assicurazioni S.p.A. tratterà i suoi dati, previo suo consenso, per rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della Clientela, per effettuare ricerche di mercato ed indagini statistiche, nonché per svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti della Compagnia.

2) CONSEGUENZE DEL RIFIUTO AL CONFERIMENTO DEI DATI

HDI Assicurazioni S.p.A., senza i Suoi dati, di cui al punto 1.1 non potrà fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi.

3) MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

- 3.1) Il trattamento dei dati, da parte di HDI Assicurazioni S.p.A. consiste nella raccolta, registrazione organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione con modalità e procedure informatiche e telematiche; dal trattamento HDI Assicurazioni S.p.A. esclude sempre la diffusione dei dati e limita la comunicazione ai soggetti di cui al successivo punto 3.3.
3.2) I dati sono trattati da tutti i dipendenti/collaboratori di HDI che svolgono compiti di natura tecnica-organizzativa, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle finalità di cui al precedente punto 1.1) ed eventuale 1.2).
3.3) I dati trattati da HDI Assicurazioni S.p.A., potranno essere acquisiti e o comunicati ad altri soggetti esclusivamente:
a) per le finalità di cui al punto 1.1.) (a mero titolo esemplificativo a: coassicuratori, riassicuratori, agenti e loro collaboratori, avvocati, medici, periti, e organismi associativi di settore etc.);
b) per ottemperare ad obblighi di legge (a mero titolo esemplificativo a: IVASS, CONSAP, COVIP, UIC, MOTORIZZAZIONE, AUTORITA' GIUDIZIARIA, ANIA etc.).

Inoltre i dati trattati da HDI Assicurazioni S.p.A. potranno essere comunicati ad altri intermediari finanziari appartenenti al medesimo Gruppo ove le operazioni poste in essere dall'interessato siano ritenute sospette ai sensi dell'art. 41 comma 1 del D.Lgs 231/07

4) DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art.7 del D. L.gvo 196/03 Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra i quali quello di ottenere, in ogni momento, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei Suoi dati e, in caso di violazione di legge, il blocco e la cancellazione degli stessi.

5) TITOLARE E RESPONSABILE/I DEL TRATTAMENTO DEI DATI

- 5.1) Titolare del trattamento è HDI Assicurazioni S.p.A. con sede e Direzione Generale nella Repubblica Italiana - 00187 Roma - Via Abruzzi n. 10 telefono +39 06 421 031, telefax +39 06 4210 3500.
5.2) Il titolare ha designato più Responsabili, tra i quali l'ufficio Supporto Legale ai Rami sito nella Repubblica Italiana - 00187 Roma - Via Abruzzi n. 10; presso il medesimo ufficio è consultabile l'elenco aggiornato dei Responsabili .
5.3) L'ufficio Supporto Legale ai Rami è stato altresì designato quale Responsabile per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D.L.gvo 196/03.

TABELLA 2 - GRUPPI/RAMI DI ATTIVITA' ECONOMICA

Table with 2 columns: GRUPPO/RAMO and DESCRIZIONE. Lists economic groups and their descriptions from PRODOTTI VEGETALI DELL'AGRICOLTURA E DELLE FORESTE to APPARECCHI ELETTRICI.

Table with 2 columns: GRUPPO/RAMO and DESCRIZIONE. Lists economic groups and their descriptions from ELETTRICI DOMESTICI to ALTRI AUSILIARI FINANZIARI.

Table with 2 columns: GRUPPO/RAMO and DESCRIZIONE. Lists economic groups and their descriptions from ABITAZIONI to ALTRI AUSILIARI FINANZIARI.

