

N. Polizza

N. Antiriciclaggio

PROGRAMMA DI ACCUMULO PROTETTO

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N.

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO 26/05/2014

Agenzia _____ Cod. Agenzia _____ Cod. Subagenzia _____ Cod. Produttore _____ Cat. _____ Mod. Pag. _____

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

Sede Contabile _____

N. matricola Contraente _____

CIN _____

CONTRAENTE

Cognome e nome / Denominazione e ragione sociale _____

Luogo nascita _____

Prov. _____

Data nascita _____

Residenza Via / Piazza N. _____

Cap _____

Località _____

Prov. _____

Professione _____

Cod. Prof.
(TAB 3) _____

Cod. Gruppo/Ramo
(TAB 2) _____

Cod. Sottogruppo
(TAB 1) _____

CF/ Partita IVA _____

sezzo

M

F

Coordinate bancarie (solo in caso di pagamento in conto corrente bancario)

IBAN _____

Istituto bancario _____

RAPPRESENTANTE

(Compilare se persona diversa dal Contraente e per persona fisica)

Cognome e nome _____

Luogo nascita _____

Prov. _____

Data nascita _____

Residenza Via / Piazza N. _____

Cap _____

Località _____

Prov. _____

CF _____

sezzo

M

F

Qualifica :

Legale rappresentante
(per Società ed Associazioni)

Rappresentante

Estremi del documento e dati integrativi del Contraente o del Legale rappresentante

Documento di riconoscimento : carta d'identità passaporto patente altro _____ Numero _____

Rilasciato da _____

Località di rilascio _____

Data rilascio _____

Luogo e data _____

Il Contraente o il Rappresentante _____

ASSICURATO

Cognome e nome _____

Luogo nascita _____

Prov. _____

Data nascita _____

Residenza Via / Piazza N. _____

Cap _____

Località _____

Prov. _____

CF _____

sezzo

M

F

Professione _____

Cod. Prof. - (TAB 3) _____

Sport _____

Cod. Sport - (TAB 3) _____

BENEFICIARI

In caso di vita

A - Assicurato

B - Contraente

C - Coniuge dell'Assicurato

D - Figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali

Z - Altri _____

Cognome, nome e data di nascita _____

In caso di morte

1 - Eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato 2 - Contraente

3 - Coniuge dell'Assicurato 4 - Figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali

0 - Altri _____

Cognome, nome e data di nascita _____

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Decorrenza	Durata	anni	Eta' Assicurato	anni		
Prestazione iniziale	Euro					
<input type="checkbox"/> Assicurazione complementare	"Esonero pagamento premi in caso di invalidità totale e permanente"					
PERIODICITA' DEL PREMIO: ANNUO						
Premio:	<input type="checkbox"/> Annuo costante	<input type="checkbox"/> Annuo rivalutabile	Rateazione del premio:	<input type="checkbox"/> Annuale	<input type="checkbox"/> Semestrale	<input type="checkbox"/> Quadrimestrale
				<input type="checkbox"/> Trimestrale	<input type="checkbox"/> Bimestrale	<input type="checkbox"/> Mensile
Premio della garanzia principale	Euro					
Premio della complementare "Esonero pagamento premi"	Euro (di cui imposte Euro)					
Premio lordo di rata	Euro					
Comunicazioni al Contraente	Il premio è indipendente dal sesso.					
	L'Incaricato					

Recesso dal contratto e revoca della proposta

Fino al momento in cui in contratto non è concluso il Contraente può revocare per iscritto la presente proposta privandola di ogni effetto dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata. La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà al Contraente l'eventuale somma versata all'atto della sottoscrizione della presente proposta. 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 pagato al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto individuate e quantificate in €25,00 (venticinque/00).

Il Sottoscritto Contraente/Il Sottoscritto Assicurando

1. prende atto che il contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta o la comunicazione scritta di accettazione della proposta;
2. dichiara ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte date - anche se materialmente scritte da altre - sono veritiere ed esatte non essendo taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza e riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione dei rischi da parte della Società (art.2 delle Condizioni di assicurazione);
3. proscioglie dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono e potranno averlo curato o visitato e le altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, Aziende sanitarie, alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere, ed acconsente a che tali informazioni ed atti sanitari siano dalla Società o da chi per essa comunicate e sottoposte all'esame di altre persone od Enti nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;
4. dichiara di essere obbligato ai sensi dell'art. 1924 del Codice Civile al pagamento per intero del premio relativo al primo anno anche se frazionato in più rate;
5. dichiara di prendere atto che le garanzie 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 indicato in polizza qualora la stessa preveda una data di decorrenza successiva;
6. **dichiara di aver preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo contenente le Condizioni di assicurazione e di 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 aver ricevuto e per il solo uso 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 dati personali strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi della nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati al proprio possibile beneficiario. 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. VIPAPEFIA Ed. 05/2014) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di assicurazione, Glossario.

Luogo e data

Il Contraente

Il Sottoscritto Contraente/Il Sottoscritto Assicurando dichiara/dichiarano di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile le seguenti clausole delle Condizioni di assicurazione:

- **Condizioni di assicurazione:** art. 2 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; art. 5 Pagamento del premio; art. 7 Mancato pagamento del premio annuo - riattivazione; art. 9 Riscatto; art. 13 Pagamenti della Società.
- **Condizioni di assicurazione garanzia complementare "Esonero pagamento premi":** art. 1 Prestazioni assicurate; art.5 Soggetti non assicurabili; art.6 Delimitazione dell'Assicurazione - esclusioni; art. 7 Denuncia dell'invalidità e relativi obblighi; art. 9 Cessazione dell'invalidità; art. 10 Estinzione dell'Assicurazione.

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

PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO: il premio e' annuo, costante o rivalutabile. Il premio annuo puo' essere corrisposto in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali. I mezzi di pagamento consentiti sono: assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." e munito della clausola di non trasferibilità, bollettino di contocorrente postale, bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società, come indicato per il pagamento tramite assegno, bancomat o carta di credito/debito se disponibile presso l'intermediario assicurativo, pagamento effettuato in pari data con liquidazione del capitale proveniente da altra/e polizza/e emessa/e dalla Società, trattenuta sulla retribuzione effettuata dal datore di lavoro (solo nel caso di apposita convenzione) e conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul proprio conto corrente (Addebito diretto SEPA - SDD). In caso di modifica o chiusura del conto corrente bancario, il Contraente e' tenuto a comunicare alla Società le nuove coordinate bancarie (codice IBAN) almeno quarantacinque giorni prima della scadenza della rata successiva e a sottoscrivere il nuovo mandato SEPA-SDD.

Attenzione: i premi non possono essere corrisposti in contanti.



HDI Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I)
Telefono +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500
www.hdiassicurazioni.it

Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v.
C.F. e P. IVA 04349061004
Registro Imprese di Roma 7122/92
R.E.A. di Roma 757172/92
Società con unico azionista

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni
con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta
alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022
Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni"
iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

TABELLA 3

G001	IMPIEGATO
G002	OPERAIO F.S.
G003	MANOVRATORE/DEVIATORE F.S.
G004	MACCHINISTA F.S.
G005	PERSONALE VIAGGIANTE F.S.
G006	CASALINGA
G007	COMMERCIANTE
G008	STUDENTE
G009	PENSIONATO
G010	MEDICO GENERICO
G011	MINORI, DISOCCUPATI
P001	ARTIFICIERE - ADDETTO ALL'UTILIZZO DI MATERIALE ESPLOSIVO
P002	AUTISTI AUTOTRENI, AUTOSERV. PIAZZA, PIAZZISTI, RAPPRESENTANTI
P003	CONDUTTORI MACCHINE AGRICOLE (TRATTORISTI, ECC.)
P004	CONDUTTORI MACCHINE OPERATRICI (GRU, RUSPE, PALEMECCANICHE)
P005	MARITTIMI IMBARCATI VELIERI, PESCHER., RIMORC, PICCOLO CABOT.
P006	PERSONALE IMPIANTI PRODUZIONE CEMENTO GESSO CALCE
P007	PERSONALE EDILIZIA CON ACCESSO AD IMPALCATURE E TETTI
P008	PERSON. NAVALE - EDILE CON ACCESSO A IMPALCATURE, SCALI, STIVE
P009	PERSONALE ADDETTO INSTALLAZ., MANUTENZ. LINEE ELETTRICHE
P010	CHIMICO E PETROLCH. A CONTATTO CON MAT. ESPL. RADIOATT. TOSSICO
P011	PERSONALE INDUSTRIE METALLURGICHE, SIDERURGICHE, ACCIAIERIE
P012	RADIOLOGI, PERSONALE REPARTI MALATTIE INFETTIVE E CONTAGIOSE
P013	MILITARI E FORZE DELL'ORDINE DI REPARTI OPERATIVI
P014	PUBBLICA SICUREZZA FINO AL GRADO DI COMMISSARIO
P015	GUARDIA DI FINANZA FINO AL GRADO DI TENENTE
P016	POMPIERI, G. GIURATE, G. NOTTURNI, VIGILI U., AGENTI CUSTODIA
P017	PERSONALE ADDETTO A LAVORI IN POZZI, CAVE E GALLERIE
P018	PERSONALE DI CENTRALI NUCLEARI
P019	PERSONALE MINIERE, GALLERIE, SOLFATARE, POZZI, SOTTERRANEI
P020	PERSONALE CIRCO ACROBATI A TERRA
P021	PERSON. CIRCO ACROBATI IN ARIA, DOMATORIE CUSTODI DI BELVE
P022	PERSONALE CHE ACCUDISCE IL BESTIAME
P023	OPERAI ASFALTATURA STRADALE
P024	COLLAUDATORI PNEUMATICI
P025	COLLAUDATORI AUTOMOBILI PROVE DI VELOCITA'
P026	OPERAI DISTILLAZIONE DEL CATRAME
P027	OPERAI INDUSTRIA DELLA CERAMICA
P028	OPERAI CON ACCESSO A CELLE FRIGORIFERE
P029	FUMIGATORI E DISINFESTATORI
P030	GEOLOGI CHE SVOLGONO ATTIVITA' NEL SOTTOSUOLO
P031	OPERAI PRODUZIONE GHIACCIO ARTIFICIALE
P032	OPERAI LATERIZI E MATERIALI REFRATTARI
P033	OPERAI CONCERIE PELLI
P034	OPERAI RICERCA, ESTRAZIONE PETROLIO SU TERRA FERMA
P035	PERSONALE RICERCA, ESTRAZIONE PETROLIO SU TERRA FERMA E ALLOMBAR
P036	OPERAI RAFFINAZIONE PETROLIO
P037	PULITORI CON SCALE AEREE O AD ALTEZZE RINFORZATE
P038	RADIOTECNICI CON INSTALLAZIONE DI ANTENNE SOTTILI
P039	SCARICATORI
P040	ADDETTI INSTALLAZIONE TRALICCI E CAVI TELEFONICHE
P041	ADDETTI INSTALLAZIONE LINEE TELEFONICHE
P042	OPERAI TREMENTINA, RESINA
P043	OPERAI VETRERIE
P044	GUIDA MONTANA
P045	MILITARE EQUIPAGGIO DI VOLO
P046	MILITARE PILOTA IN SERVIZIO
P047	TRAPEZISTA
P048	SOMMOZZATORE
P049	PALOMBARO
P050	STUNT - MAN
P051	GIORNALISTA INVIATO SPECIALE
P052	PILOTA DI VELIVOLI INGEGNERE
P053	OPERAIO GENERICO
S001	SPORT SUBACQUEI E SCI NAUTICO (SENZA AUTORESPIRATORE)
S002	CICLISMO, EQUITAZIONE (PROFESSIONISTI)
S003	AUTOMOBILISMO E MOTOCICLISMO SU PISTA (DILETTANTI)
S004	AUTOCROSS E MOTOCROSS (CON PARTECIPAZIONE A GARE)
S005	PUGILATO E DISCIPLINE DA COMBATTIMENTO (DILETTANTI)
S006	ALPINISTI CON GUIDA PATENTATA E GUIDA ALPINA
S007	ALPINISTI SENZA GUIDA
S008	VOLO IN DELTAPLANO
S009	CONDUCENTI DI GO - KART
S010	AUTOMOBILISMO, MOTOCICLISMO GARE DI REGOLARITA' (DILETTANTI)
S011	AUTOMOBILISMO PROFESSIONISTI GARE DI REGOLARITA' (RALLIES)
S012	PROFESSIONISTI ARTI MARZIALI, LOTTA
S013	GIOCATORI DI CALCIO (PROFESSIONISTI)
S014	REGATE VELISTICHE
S015	PARACADUTISMO
S016	GARE DI BOB
S017	MOTONAUTICA
S018	SPELEOLOGIA

FAC-SIMILE

SEDE CONTABILE	MODALITA' DI PAGAMENTO	CATEGORIA
Per le categorie ferroviarie è uguale al codice delle FS. Per le categorie convenzionate è uguale al codice di appartenenza. Per addebito in C/C bancario è uguale a 005. Per pagamento alla mano o con c/c postale è uguale a 002. Per pagamento premio unico è uguale 003.	1 = A RUOLO 3 = CONTANTI - C/C POSTALE 4 = C/C BANCARIO	C = FERROVIARI CONVENZIONATI * F = DIPENDENTI FS * N = CLIENTELA ORDINARIA D = DIPENDENTI HDI * solo per modalità di pagamento 1