

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 € 50.000,00 (cinquantamila/00).

RECESSO DAL CONTRATTO E REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare per iscritto la presente proposta, privandola di ogni effetto finché il contratto non è concluso. Entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente può recedere dall'istesso contratto, comunicando alla Società con lettera raccomandata. La Società, entro 30 giorni dalla comunicazione della revoca, rimborsa al Contraente il premio versato. La Società trattiene l'importo della polizza rimborsabile l'importo di € 50,000 (cinquantamila) 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**

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

Il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza de-
 bita. 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 dan-
 neggiato. 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 dan-
 neggiato. 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. V1PRGFIB 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 _____

"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".

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 _____

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 € 50.000,00 (cinquantamila/00).

RECESSO DAL CONTRATTO E REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare per iscritto la presente proposta, privandola di ogni effetto finché il contratto non è concluso. Entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente può recedere dallo stesso dando comunicazione alla Società con lettera raccomandata. La Società, entro 30 giorni ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio versato. La Società trattiene l'importo rimborsabile l'importo di € 50,000,00 (cinquantamila/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

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

Il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente accettata. Il Contraente, accettando la presente proposta, dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e di averne preso visione.

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. V1PRGFIB 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 _____

"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".

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 € 50.000,00 (cinquantamila/00).

RECESSO DAL CONTRATTO E REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare per iscritto la presente proposta, privandola di ogni effetto finché il contratto non è concluso. Entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente può recedere dall'istesso contratto, comunicando alla Società con lettera raccomandata. La Società, entro 30 giorni dalla comunicazione della revoca, rimborsa al Contraente il premio versato. La Società trattiene l'importo della polizza rimborsabile l'importo di € 50.000,00 (cinquantamila/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

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

Il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza de-
 bitamente accettata. Il Contraente, accettando la presente proposta, dichiara di aver ricevuto e preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e di averne approvato le condizioni.

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. V1PRGFIB 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 _____

"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 € 50.000,00 (cinquantamila/00).

RECESSO DAL CONTRATTO E REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare per iscritto la presente proposta, privandola di ogni effetto finché il contratto non è concluso. Entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente può recedere dall'istesso contratto, comunicando alla Società con lettera raccomandata. La Società, entro 30 giorni dalla comunicazione della revoca, rimborsa al Contraente il premio versato. La Società trattiene l'importo della polizza rimborsabile l'importo di € 50,000,00 (cinquantamila/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

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

Il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza de-
 bita. 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 dan-
 neggiato. 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 dan-
 neggiato. 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. V1PRGFIB 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 _____

"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.

CODICI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO

Table with 3 columns: ATTIVITA' PROFESSIONALI, CODICE, and ATTIVITA' PROFESSIONALI. Lists various professions and their corresponding codes.

Table with 3 columns: SEDE CONTABILE, MODALITÀ DI PAGAMENTO, and CATEGORIA. Details accounting and payment modalities.

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

1) FINALITÀ' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

- 1.1) HDI Assicurazioni S.p.A., al fine di fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi...
1.2) HDI Assicurazioni S.p.A. tratterà i suoi dati, previo suo consenso, per rilevare la qualità dei servizi...

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;
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. Lgvo 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 1 - SOTTOGRUPPI DI ATTIVITA' ECONOMICA

Table with 4 columns: SOTTO GRUPPO, DESCRIZIONE, SOTTO GRUPPO, DESCRIZIONE. Lists economic subgroups and their descriptions.

TABELLA 2 - GRUPPI/RAMI DI ATTIVITA' ECONOMICA

Table with 4 columns: GRUPPO/RAMO, DESCRIZIONE, GRUPPO/RAMO, DESCRIZIONE. Lists economic groups and their descriptions.

TABELLA 3 - SOTTOGRUPPI DI ATTIVITA' ECONOMICA

Table with 4 columns: SOTTO GRUPPO, DESCRIZIONE, SOTTO GRUPPO, DESCRIZIONE. Lists economic subgroups and their descriptions.

TABELLA 4 - GRUPPI/RAMI DI ATTIVITA' ECONOMICA

Table with 4 columns: GRUPPO/RAMO, DESCRIZIONE, GRUPPO/RAMO, DESCRIZIONE. Lists economic groups and their descriptions.