

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

Informazioni anagrafiche ai sensi della Legge n. 197 del 5 luglio 1991 - 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 _____

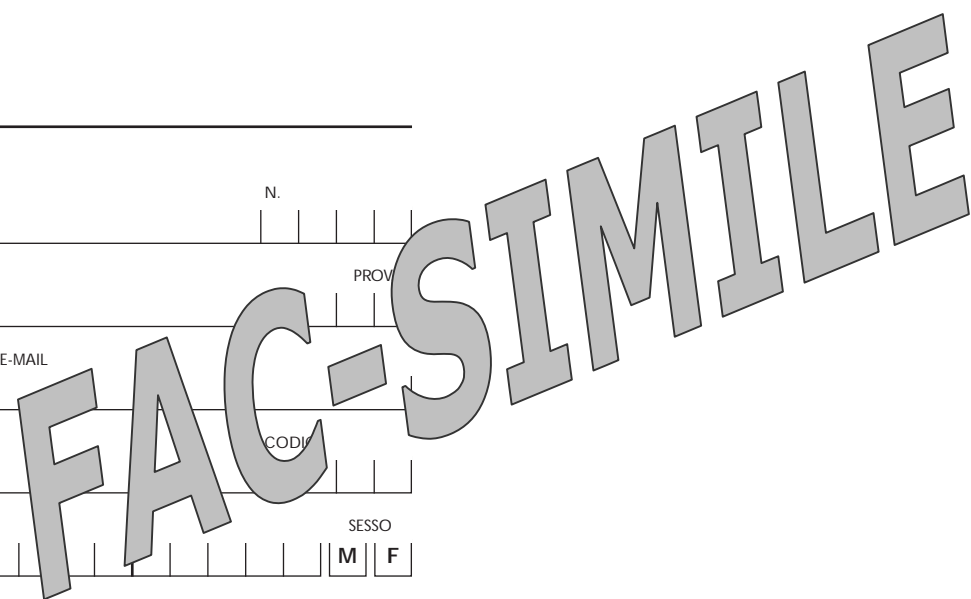
LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

N. Polizza _____

(Riservato alla Direzione)

N. Antiriciclaggio _____

(Riservato alla Direzione)



PROPOSTA DI ASSICURAZIONE
VITA INTERA PERFORMANCE

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

Informazioni anagrafiche ai sensi della Legge n. 197 del 5 luglio 1991 - 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 _____

BENEFICIARI

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

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

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

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Decorrenza _____ Età dell'Assicurato _____ anni
Premio unico (*) _____ Euro
Prestazione iniziale _____ Euro
COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE _____ L'Incaricato _____
(*) L'importo del premio unico non può essere inferiore ad euro 250.000,00.

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 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 trattiene dalla somma rimborsabile l'importo di € 25,00 (venticinque/100) per le 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. - DIREZIONE RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO - Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

- Il Contraente 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. Se il premio è versato dopo tali date, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento;
- dichiara di aver ricevuto il **Fascicolo Informativo (Mod. V1VIPERFIA Ed. 03/2008)**;
- Tutela Privacy.** La Società si impegna a trattare i dati esclusivamente nei limiti necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante. Il Contraente dichiara, inoltre, nella Sua qualità di interessato, di aver ricevuto mediante apposito modulo riportato in calce al presente documento, l'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003.

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 dichiara di aver ricevuto le Condizioni contrattuali contenute nel Fascicolo Informativo sopra indicato, di averne preso visione e di accettarle come parte integrante del contratto ed in particolare, ai sensi e per gli effetti dell'art.1341 del codice civile, di approvare espressamente le seguenti clausole di dette condizioni: Art. 6 Riscatto. - Art. 9 Pagamenti della Società.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

Modalità di pagamento dei premi per il perfezionamento della Polizza – INFORMATIVA
Il Contraente può versare il premio unico iniziale con assegno bancario o circolare intestato ad **"HDI Assicurazioni S.p.A."** e munito della clausola di non trasferibilità o con bonifico bancario a favore della Società come indicato per il pagamento tramite assegno. Il versamento dei premi aggiuntivi può essere effettuato con gli stessi mezzi di pagamento previsti per il versamento del premio unico iniziale.



PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE
VITA INTERA PERFORMANCE

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

Informazioni anagrafiche ai sensi della Legge n. 197 del 5 luglio 1991 - 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 _____

BENEFICIARI

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

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

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

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Decorrenza _____/_____/_____ Età dell'Assicurato _____ anni
Premio unico (*) _____ Euro
Prestazione iniziale _____ Euro
COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE _____ L'Incaricato _____
(*) L'importo del premio unico non può essere inferiore ad euro 250.000,00.

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 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 trattiene dalla somma rimborsabile l'importo di € 25,00 (venticinque/100) per le 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. - DIREZIONE RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO - Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto e di aver letto attentamente il Fascicolo Informativo e di averne preso visione e di accettarne come parte integrante del contratto ed in particolare, ai sensi e per gli effetti dell'art.1341 del codice civile, di approvare espressamente le seguenti clausole di dette condizioni: Art. 6 Riscatto. - Art. 9 Pagamenti della Società.

Il Contraente 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. Se il premio è versato dopo tali date, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento;

- 3. dichiara di aver ricevuto il **Fascicolo Informativo (Mod.V1VIPERFIA Ed. 03/2008)**;
- 4. **Tutela Privacy.** La Società si impegna a trattare i dati esclusivamente nei limiti necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante. Il Contraente dichiara, inoltre, nella Sua qualità di interessato, di aver ricevuto mediante apposito modulo riportato in calce al presente documento, l'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003.

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 dichiara di aver ricevuto le Condizioni contrattuali contenute nel Fascicolo Informativo sopra indicato, di averne preso visione e di accettarne come parte integrante del contratto ed in particolare, ai sensi e per gli effetti dell'art.1341 del codice civile, di approvare espressamente le seguenti clausole di dette condizioni: Art. 6 Riscatto. - Art. 9 Pagamenti della Società.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

Modalità di pagamento dei premi per il perfezionamento della Polizza – INFORMATIVA
Il Contraente può versare il premio unico iniziale con assegno bancario o circolare intestato ad **"HDI Assicurazioni S.p.A."** e munito della clausola di non trasferibilità o con bonifico bancario a favore della Società come indicato per il pagamento tramite assegno. Il versamento dei premi aggiuntivi può essere effettuato con gli stessi mezzi di pagamento previsti per il versamento del premio unico iniziale.

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE
VITA INTERA PERFORMANCE

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

Informazioni anagrafiche ai sensi della Legge n. 197 del 5 luglio 1991 - 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 _____

BENEFICIARI

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

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

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

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Decorrenza _____ Età dell'Assicurato _____ anni
Premio unico (*) _____ Euro
Prestazione iniziale _____ Euro
COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE _____ L'Incaricato _____
(*) L'importo del premio unico non può essere inferiore ad euro 250.000,00.

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 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 trattiene dalla somma rimborsabile l'importo di € 25,00 (venticinque/100) per le 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. - DIREZIONE RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO - Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

- Il Contraente dichiara di aver ricevuto e di aver letto attentamente il Fascicolo Informativo sopra indicato, di averne preso visione e di accettarne come parte integrante del contratto ed in particolare, ai sensi e per gli effetti dell'art.1341 del codice civile, di approvare espressamente le seguenti clausole di dette condizioni: Art. 6 Riscatto. - Art. 9 Pagamenti della Società.
- Il Contraente 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. Se il premio è versato dopo tali date, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento;
- dichiara di aver ricevuto il **Fascicolo Informativo (Mod.V1VIPERFIA Ed. 03/2008)**;
- Tutela Privacy.** La Società si impegna a trattare i dati esclusivamente nei limiti necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante. Il Contraente dichiara, inoltre, nella Sua qualità di interessato, di aver ricevuto mediante apposito modulo riportato in calce al presente documento, l'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003.

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 dichiara di aver ricevuto le Condizioni contrattuali contenute nel Fascicolo Informativo sopra indicato, di averne preso visione e di accettarne come parte integrante del contratto ed in particolare, ai sensi e per gli effetti dell'art.1341 del codice civile, di approvare espressamente le seguenti clausole di dette condizioni: Art. 6 Riscatto. - Art. 9 Pagamenti della Società.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

Modalità di pagamento dei premi per il perfezionamento della Polizza – INFORMATIVA
Il Contraente può versare il premio unico iniziale con assegno bancario o circolare intestato ad **"HDI Assicurazioni S.p.A."** e munito della clausola di non trasferibilità o con bonifico bancario a favore della Società come indicato per il pagamento tramite assegno. Il versamento dei premi aggiuntivi può essere effettuato con gli stessi mezzi di pagamento previsti per il versamento del premio unico iniziale.



PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE
VITA INTERA PERFORMANCE

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

Informazioni anagrafiche ai sensi della Legge n. 197 del 5 luglio 1991 - 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 _____

BENEFICIARI

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

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

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

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Decorrenza _____ Età dell'Assicurato _____ anni
Premio unico (*) _____ Euro
Prestazione iniziale _____ Euro
COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE _____ L'Incaricato _____
(*) L'importo del premio unico non può essere inferiore ad euro 250.000,00.

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 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 trattiene dalla somma rimborsabile l'importo di € 25,00 (venticinque/100) per le 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. - DIREZIONE RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO - Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

- Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Fascicolo Informativo sopra indicato, di averne preso visione e di accettarne come parte integrante del contratto ed in particolare, ai sensi e per gli effetti dell'art.1341 del codice civile, di approvare espressamente le seguenti clausole di dette condizioni: Art. 6 Riscatto. - Art. 9 Pagamenti della Società.
- Il Contraente dichiara di aver ricevuto le Condizioni contrattuali contenute nel Fascicolo Informativo sopra indicato, di averne preso visione e di accettarle come parte integrante del contratto ed in particolare, ai sensi e per gli effetti dell'art.1341 del codice civile, di approvare espressamente le seguenti clausole di dette condizioni: Art. 6 Riscatto. - Art. 9 Pagamenti della Società.
- dichiara di aver ricevuto il **Fascicolo Informativo (Mod.V1VIPERFIA Ed. 03/2008)**;
- Tutela Privacy.** La Società si impegna a trattare i dati esclusivamente nei limiti necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante. Il Contraente dichiara, inoltre, nella Sua qualità di interessato, di aver ricevuto mediante apposito modulo riportato in calce al presente documento, l'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003.

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 dichiara di aver ricevuto le Condizioni contrattuali contenute nel Fascicolo Informativo sopra indicato, di averne preso visione e di accettarle come parte integrante del contratto ed in particolare, ai sensi e per gli effetti dell'art.1341 del codice civile, di approvare espressamente le seguenti clausole di dette condizioni: Art. 6 Riscatto. - Art. 9 Pagamenti della Società.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

Modalità di pagamento dei premi per il perfezionamento della Polizza – INFORMATIVA
Il Contraente può versare il premio unico iniziale con assegno bancario o circolare intestato ad **"HDI Assicurazioni S.p.A."** e munito della clausola di non trasferibilità o con bonifico bancario a favore della Società come indicato per il pagamento tramite assegno. Il versamento dei premi aggiuntivi può essere effettuato con gli stessi mezzi di pagamento previsti per il versamento del premio unico iniziale.

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

