

Dati aggiornati al 20/12/2010

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

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

CONTRAENTE

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE / DENOMINAZIONE SOCIALE _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

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

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

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

RESIDENZA / SEDE: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE / PARTITA IVA _____

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

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

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

ASSICURANDO (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

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

CODICE FISCALE _____

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

RAPPRESENTANTE

(SE PERSONA DIVERSA DAL CONTRAENTE E PER PERSONA GIURIDICA)

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

QUALIFICA LEGALE RAPPRESENTANTE (PER SOCIETÀ E ASSOCIAZIONI)

RAPPRESENTANTE

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE _____ SESSO M F

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

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

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

BENEFICIARI

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

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

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

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

Prestazione iniziale _____ Euro

Periodicità del Premio: unico

Premio Unico (*) _____ Euro di cui

Premio Unico _____ Euro derivante da reinvestimento totale o parziale del

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

riscatto della/e polizza/e n. _____

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

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

Il Sottoscritto

- 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;
- 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 i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. V1VISTFIA Ed. 12/2010) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario;
- 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 di Assicurazione 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 _____

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.



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.hdia.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

Dati aggiornati al 20/12/2010

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 _____

DATA _____ FIRMA DEL CONTRAENTE O DEL 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 _____

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

RAPPRESENTANTE

(SE PERSONA DIVERSA DAL CONTRAENTE E PER PERSONA GIURIDICA)

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

QUALIFICA LEGALE RAPPRESENTANTE (PER SOCIETÀ E ASSOCIAZIONI)

RAPPRESENTANTE _____

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE _____ SESSO M F

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

Istituto bancario _____ IBAN _____

DATA _____ FIRMA DELL' INCARICATO _____

BENEFICIARI

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

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

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

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

Il Sottoscritto

- prende atto che il contratto si considera concluso al 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;
- 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 i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. VIVISTFIA Ed. 12/2010) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario;
- 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 di Assicurazione 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 _____

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.



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.hdia.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

Dati aggiornati al 20/12/2010

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 _____

DATA _____ FIRMA DEL CONTRAENTE O DEL 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 _____

Istituto bancario _____ IBAN _____

DATA _____ FIRMA DEL CONTRAENTE O DEL RAPPRESENTANTE _____

DATA _____ FIRMA DELL' INCARICATO _____

BENEFICIARI

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

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

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

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

Il Sottoscritto

- 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;
- 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 i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. VIVISTFIA Ed. 12/2010) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario;
- 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 di Assicurazione 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 _____

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.



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.hdia.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

Dati aggiornati al 20/12/2010

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

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

CONTRAENTE

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE / DENOMINAZIONE SOCIALE _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

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

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

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

RESIDENZA / SEDE: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE / PARTITA IVA _____

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

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

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

ASSICURANDO (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

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

CODICE FISCALE _____

RAPPRESENTANTE

(SE PERSONA DIVERSA DAL CONTRAENTE E PER PERSONA GIURIDICA)

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

QUALIFICA _____
 LEGALE RAPPRESENTANTE (PER SOCIETÀ E ASSOCIAZIONI)

RAPPRESENTANTE _____

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE _____ SESSO M F

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

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

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

BENEFICIARI

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

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

N. Polizza _____
(Riservato alla Direzione)

N. Antiriciclaggio _____
(Riservato alla Direzione)

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

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

Prestazione iniziale _____ Euro

Periodicità del Premio: unico

Premio Unico (*) _____ Euro di cui

Premio Unico _____ Euro derivante da reinvestimento totale o parziale del

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

riscatto della/e polizza/e n. _____

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

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

Il Sottoscritto

- 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;
- 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 i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. V1VISTFIA Ed. 12/2010) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario;
- 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 di Assicurazione 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 _____

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.



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.hdia.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

CODICI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO

ATTIVITA' PROFESSIONALI

- Impiegato
– Operaio FS.
– Manovratore/Deviatore F.S.
– Macchinista F.S.
– Personale viaggiante F.S.
– Casalinga
– Commerciante
– Studente
– Pensionato
– Medico generico
– Minori, disoccupati
– Artificiere - addetto all'utilizzo di materiale esplosivo
– Autisti autotreni, auto servizio di piazza, piazzisti e rappresentanti
– Conduttori macchine agricole (trattoristi, ecc.)
– Conduttori macchine operatrici (gru, ruspe, pale meccaniche)
– Marittimi imbarcati su velieri, pescherecci, rimorchiatori, piccolo cabotaggio
– Personale impianti produzione cemento, gesso, calce
– Personale edilizia con accesso ad impalcature e tetti
– Personale navale-edile con accesso a impalcature, scali, stive
– Personale addetto installazione, manutenzione linee elettriche
– Chimico e petrolchimico a contatto con materiali esplosivi radioattivi-tossico
– Personale industrie metallurgiche, siderurgiche, acciaierie
– Radiologi, personale reparti di malattie infettive e contagiose
– Militari e forze dell'ordine di reparti operativi
– Pubblica sicurezza fino al grado di commissario
– Guardia di finanza fino al grado di tenente
– Pompieri, guardie giurate, guardiani notturni, vigili urbani, agenti di custodia
– Personale addetto a lavori in pozzi, cave e gallerie
– Personale di centrali termonucleari
– Personale miniere, gallerie, solfatore, pozzi, sotterranei
– Personale circo, acrobati a terra
– Personale circo acrobati in aria, domatori e custodi di belve
– Personale che accudisce il bestiame
– Operai asfaltatura stradale
– Collaudatori pneumatici
– Collaudatori automobili prove di velocità
– Operai distillazione del catrame
– Operai industria della ceramica
– Operai con accesso a celle frigorifere
– Fumigatori e disinfestatori
– Geologi che svolgono attività nel sottosuolo
– Operai produzione ghiaccio artificiale

CODICE

- G 001
G 002
G 003
G 004
G 005
G 006
G 007
G 008
G 009
G 010
G 011
P 001
P 002
P 003
P 004
P 005
P 006
P 007
P 008
P 009
P 010
P 011
P 012
P 013
P 014
P 015
P 016
P 017
P 018
P 019
P 020
P 021
P 022
P 023
P 024
P 025
P 026
P 027
P 028
P 029
P 030
P 031
– Operai laterizi e materiali refrattari
– Operai concerie pelli
– Operai ricerca, estrazione petrolio su terraferma
– Personale ricerca, estrazione petrolio piattaforme alto mare
– Operai raffinazione petrolio
– Pulitori con scale aeree o ad altezze rilevanti
– Radiotecnici con installazione di antenne su tetti
– Scaricatori
– Addetti installazione tralicci e cavi telefonici
– Addetti installazione linee telefoniche
– Operai trentina, resina
– Operai vetriere
– Guida montana
– Militare equipaggio di volo
– Militare pilota in servizio
– Trapezista
– Sommozzatore
– Palombaro
– Stunt-man
– Giornalista inviato speciale
– Pilota di velivoli in genere
– Operaio generico

ATTIVITA' SPORTIVE (per tutte le categorie)

- Sport subaquali e sci nautico (senza autorespiratore)
– Ciclismo, equitazione (professionisti)
– Automobilismo e motociclismo su pista (dilettanti)
– Autocross e motocross (con partecipazione a gare)
– Pugilato e discipline da combattimento (dilettanti)
– Alpinisti con guida patentata e guida alpina
– Alpinisti senza guida
– Volo in deltaplano
– Conducenti di go-kart
– Automobilismo, motociclismo, gare di regolarità (dilettanti)
– Automobilismo professionisti gare di regolarità (rallies)
– Professionisti arti marziali, lotta
– Giocatori di calcio (professionisti)
– Regate velistiche
– Paracadutismo
– Gare di bob
– Motonautica
– Speleologia

CODICE

- P 032
P 033
P 034
P 035
P 036
P 037
P 038
P 039
P 040
P 041
P 042
P 043
P 044
P 045
P 046
P 047
P 048
P 049
P 050
P 051
P 052
P 053
AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE
AMMINISTRAZIONI CENTRALI
AMMINISTRAZIONE STATALE E ORGANI COSTITUZIONALI
TESORO DELLO STATO
ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI ECONOMICI E DI REGOLAZIONE DELL'ATTIVITA' ECONOMICA
ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI ASSISTENZIALI, RICREATIVI E CULTURALI
ENTI DI RICERCA
AMMINISTRAZIONI LOCALI
AMMINISTRAZIONI REGIONALI
AMMINISTRAZIONI PROVINCIALI E CITTA' METROPOLITANE
AMMINISTRAZIONI COMUNALI E UNIONI DI COMUNI
ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI SANITARI
ALTRI ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI SANITARI
ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI ECONOMICI E DI REGOLAZIONE DELL'ATTIVITA' ECONOMICA
ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI ASSISTENZIALI, RICREATIVI E CULTURALI
ENTI DI PREVIDENZA E ASSISTENZA SOCIALE
ENTI DI PREVIDENZA E ASSISTENZA SOCIALE
SOCIETA' FINANZIARIE
AUTORITA' BANCARIE CENTRALI
BANCA D'ITALIA
UFFICIO ITALIANO DEI CAMBI (O.I.C.)
AL TRE ISTITUZIONI FINANZIARIE MONETARIE: BANCHE
SISTEMA BANCARIO
AL TRE ISTITUZIONI FINANZIARIE MONETARIE: ALTRI INTERMEDIARI
CASSA D.D.P.
FONDI COMUNI DI INVESTIMENTO MONETARIO
ALTRI INTERMEDIARI FINANZIARI
FONDAZIONI BANCARIE
HOLDING FINANZIARIE PUBBLICHE
HOLDING FINANZIARIE PRIVATE
MERCHANT BANKS
SOCIETA' D'LEASING
SOCIETA' DI FACTORING
SOCIETA' DI CREDITO AL CONSUMO
SOCIETA' DI INTERMEDIAZIONE MOBILIARE (S.I.M.)
SOCIETA' FIDUCIARIE DI GESTIONE
FONDI COMUNI DI INVESTIMENTO MOBILIARE E SOCIETA' DI INVESTIMENTO CAPITALE VARIABILE (S.I.C.A.V.)
ALTRI ORGANISMI DI INVESTIMENTO COLLETTIVO DEL RISPARMIO (O.I.C.R.)
AL TRE FINANZIARIE
SOCIETA' DI INTERMEDIAZIONE MOBILIARE (S.I.M.)
SOCIETA' FIDUCIARIE DI GESTIONE
FONDI COMUNI DI INVESTIMENTO MOBILIARE E SOCIETA' DI INVESTIMENTO CAPITALE VARIABILE (S.I.C.A.V.)
ALTRI ORGANISMI DI INVESTIMENTO COLLETTIVO DEL RISPARMIO (O.I.C.R.)
AL TRE FINANZIARIE
AUSILIARI FINANZIARI
SOCIETA' DI GESTIONE DI FONDI
SOCIETA' FIDUCIARIE DI AMMINISTRAZIONE
ENTI PREPOSTI AL FUNZIONAMENTO DEI MERCATI
AGENTI DI CAMBIO
ASSOCIAZIONI BANCARIE
ASSOCIAZIONI TRA IMPRESE FINANZIARIE E ASSICURATIVE
AUTORITA' CENTRALI DI CONTROLLO
MEDIATORI, AGENTI E CONSULENTI DI ASSICURAZIONE
PROMOTORI FINANZIARI
ALTRI AUSILIARI FINANZIARI

CODICE

- S 001
S 002
S 003
S 004
S 005
S 006
S 007
S 008
S 009
S 010
S 011
S 012
S 013
S 014
S 015
S 016
S 017
S 018

TABELLA 1 - SOTTOGRUPPI DI ATTIVITA' ECONOMICA

Table with 4 columns: SOTTO GRUPPO, DESCRIZIONE, SOTTO GRUPPO, DESCRIZIONE. Contains various economic activity subgroups and their descriptions.

Table with 2 columns: SOTTO GRUPPO, DESCRIZIONE. Contains descriptions of various economic activity subgroups.

SEDE CONTABILE

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 a 003.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

1 = A ruolo
3 = Contanti - C/C postale
4 = C/C bancario

CATEGORIA

F = Dipendenti FS*
N = Clientela ordinaria
D = Dipendenti HDI
* solo per modalità di pagamento

TABELLA 2 - GRUPPI/RAMI DI ATTIVITA' ECONOMICA

Table with 4 columns: GRUPPO/RAMO, DESCRIZIONE, GRUPPO/RAMO, DESCRIZIONE. Contains detailed descriptions of various economic activity groups and rami.

Table with 2 columns: GRUPPO/RAMO, DESCRIZIONE. Contains descriptions of various economic activity groups and rami.

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

1) FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

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 quelli sensibili - e si impegna a trattarli esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.

2) CONSEGUENZE DEL RIFIUTO AL CONFERIMENTO DEI DATI

HDI Assicurazioni S.p.A., senza i Suoi dati, 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 la 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).
3.3) I dati trattati da HDI Assicurazioni S.p.A., potranno essere comunicati ad altri soggetti esclusivamente:
a) per le finalità di cui al punto 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: ISVAP, CONSAP, COVIP, UIC, MOTORIZZAZIONE, AUTORITA' GIUDIZIARIA, 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. 3; l'elenco aggiornato dei Responsabili è consultabile presso il sito internet: www.hdia.it.
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.

(*) I codici così contrassegnati devono obbligatoriamente essere accompagnati dall'indicazione del Ramo di Attività secondo la classificazione della TABELLA 2.

Qualora non sia possibile individuare il Sottogruppo di Attività economica, possono essere riportati i seguenti codici generici:
430 IMPRESE PRODUTTIVE
551 UNITA' NON CLASSIFICABILI
552 UNITA' NON CLASSIFICATE