

Data ultimo aggiornamento del documento 27/05/2013

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 \_\_\_\_\_

**BENEFICIARI**

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

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

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI**

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

**RECESSO DAL CONTRATTO E REVOCA DELLA PROPOSTA**

Il Contraente può revocare per iscritto la presente proposta privata di ogni effetto finché il contratto non è concluso. Entro \_\_\_\_\_ dalla conclusione del contratto, il Contraente può recedere dallo stesso contratto mediante comunicazione alla Società con lettera raccomandata. La Società, entro 30 giorni riceve l'importo della polizza in caso di recesso, rimborsando al Contraente il premio versato, con un'aliquota del \_\_\_\_\_ della somma rimborsabile l'importo di € 25 \_\_\_\_\_ (e/00) 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. - RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO - Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma**

**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO**

Il Sottoscritto Contraente/Assicurando, in qualità di interessato, dichiara di aver ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N. 196/03. Pertanto, apponendo la Sua firma di seguito, esprime il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi dalla nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le Sue richieste in qualità di danneggiato. Il consenso che Lei esprime si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.  
**dichiara di aver preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e di averle accettate.**

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ IL CONTRAENTE \_\_\_\_\_ L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili**  
 Il Sottoscritto Contraente / Assicurando, nella Sua qualità di interessato, dichiara di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N. 196/03. Pertanto, apponendo la Sua firma di seguito, esprime il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi dalla nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le Sue richieste in qualità di danneggiato. Il consenso che Lei esprime si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ IL CONTRAENTE \_\_\_\_\_ L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

**Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. VIVISTFIA Ed. 05/2013) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.**

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ IL CONTRAENTE \_\_\_\_\_

**Il Sottoscritto Assicurando** (quando non sia lo stesso del Contraente) dichiara di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 C.C..

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

**Il Sottoscritto Contraente/Il Sottoscritto Assicurando** dichiara/no di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del codice civile, le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione: Art. 6 Riscatto - Art. 9 Pagamenti della Società.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ IL CONTRAENTE \_\_\_\_\_ L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

**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.**

## VITA INTERA STABILITÀ

Data ultimo aggiornamento del documento 27/05/2013

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 \_\_\_\_\_

### BENEFICIARI

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

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

### CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Decorrenza \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Età dell'Assicurato \_\_\_\_\_ anni

Prestazione iniziale \_\_\_\_\_ Euro

Periodicità del Premio: unico

Premio Unico (\*) \_\_\_\_\_ Euro di cui \_\_\_\_\_ Euro derivante da reinvestimento  totale o  parziale del

capitale in scadenza della/e polizza/e n. \_\_\_\_\_

riscatto della/e polizza/e n. \_\_\_\_\_

Il premio è indipendente dal sesso

COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE \_\_\_\_\_ L'Incaricato \_\_\_\_\_

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

### RECESSO DAL CONTRATTO E REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare per iscritto la presente proposta prima della conclusione del contratto, entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente può recedere dallo stesso contratto, comunicando alla Società con lettera raccomandata. La Società, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio versato, a meno che la Società trattasse la polizza quale polizza vitalizia, in tal caso la Società trattiene l'importo di € 250 (venticinque/00) 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. - RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO - Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma**

### DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

Il Sottoscritto Contraente/A Assicurando, nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza definitiva, dichiara di aver preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e le informazioni relative al contratto, di averne preso visione e di averne preso atto. La Società, in occasione della sottoscrizione della proposta, fornisce al Contraente/A Assicurando la polizza definitiva, a condizione che sia stato corrisposto il premio previsto, dalle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso, ovvero dalle ore 24 del giorno in cui il premio è versato, o la 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.

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

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

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

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

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

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

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.

Data ultimo aggiornamento del documento 27/05/2013

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
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> totale o <input type="checkbox"/> parziale del
<input type="checkbox"/> capitale in scadenza della/e polizza/e n. _____				
<input type="checkbox"/> riscatto della/e polizza/e n. _____				
Il premio è indipendente dal sesso				
COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE				L'Incaricato
(*) L'importo del premio unico non può essere inferiore ad € 10.000,00 (diecimila/00).				

**RECESSO DAL CONTRATTO E REVOCA DELLA PROPOSTA**

Il Contraente può revocare per iscritto la presente proposta privata di ogni effetto finché il contratto non è concluso. Entro la conclusione del contratto, il Contraente può recedere dallo stesso contratto con comunicazione alla Società con lettera raccomandata.	La Società, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio versato, con un'eventuale somma rimborsabile l'importo di € 2500,00 (due mila e 00/100) a fronte delle spese sostenute per l'emissione del contratto. Le comunicazioni, contenenti gli elementi identificativi del contratto, devono essere indirizzate al seguente recapito:
<b>HDI Assicurazioni S.p.A. - RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO - Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma</b>	

**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO**

Il Sottoscritto Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza definitiva. La polizza, con le comunicazioni di accettazione della proposta, deve essere consegnata o comunicata al Contraente entro 24 ore dalla sottoscrizione della proposta. Le dichiarazioni di aver preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e di aver preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, della Nota Informativa, contenente le Condizioni di Assicurazione e del Glossario, 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 in cui il premio è versato, o della data di decorrenza successiva. Se il premio è versato dopo tali date, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.

LUOGO E DATA	IL CONTRAENTE	L'ASSICURANDO
_____	_____	_____

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili**

Il Sottoscritto Contraente / Assicurando, nella Sua qualità di interessato, dichiara di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N. 196/03. Pertanto, apponendo la Sua firma di seguito, esprime il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi dalla nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le Sue richieste in qualità di danneggiato. Il consenso che Lei esprime si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini nei limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

LUOGO E DATA	IL CONTRAENTE	L'ASSICURANDO
_____	_____	_____

**Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. VIVISTFIA Ed. 05/2013) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.**

LUOGO E DATA	IL CONTRAENTE
_____	_____

**Il Sottoscritto Assicurando** (quando non sia lo stesso del Contraente) dichiara di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 C.C..

LUOGO E DATA	L'ASSICURANDO
_____	_____

**Il Sottoscritto Contraente/Il Sottoscritto Assicurando** dichiara/no di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del codice civile, le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione: Art. 6 Riscatto - Art. 9 Pagamenti della Società.

LUOGO E DATA	IL CONTRAENTE	L'ASSICURANDO
_____	_____	_____

**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.hdiassicurazioni.it

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

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



CODICI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO

Table with 4 columns: ATTIVITA' PROFESSIONALI, CODICE, ATTIVITA' PROFESSIONALI, CODICE. Lists various professions and their corresponding codes.

TABELLA 1 - SOTTOGRUPPI DI ATTIVITA' ECONOMICA

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

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



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; presso il medesimo ufficio è consultabile l'elenco aggiornato dei Responsabili.
5.3) L'ufficio Supporto Legale ai Rami è stato altresì designato quale Responsabile per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D.L.gvo 196/03.

TABELLA 2 - GRUPPI/RAMI DI ATTIVITA' ECONOMICA

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

(\*) 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