



Dati aggiornati al 25/05/2011

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

DOC. DI RICON. \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_ RILASCIATO DA \_\_\_\_\_

LOCALITÀ DI RILASCIO \_\_\_\_\_ DATA DI RILASCIO \_\_\_\_\_

Istituto bancario \_\_\_\_\_

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 € 20.000,00 (ventimila/00).

**CONDIZIONI DI CESSAZIONE DEL 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 contratto con comunicazione alla Società con lettera raccomandata.

La Società, entro 20 giorni dall'avvenimento della revoca di recesso, rimborsa al Contraente l'importo versato dalla Società, alla somma rimborsabile l'importo di € \_\_\_\_\_ (ventimila/00).

**HDI Assicurazioni S.p.A. - RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO - Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma**

**DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO**

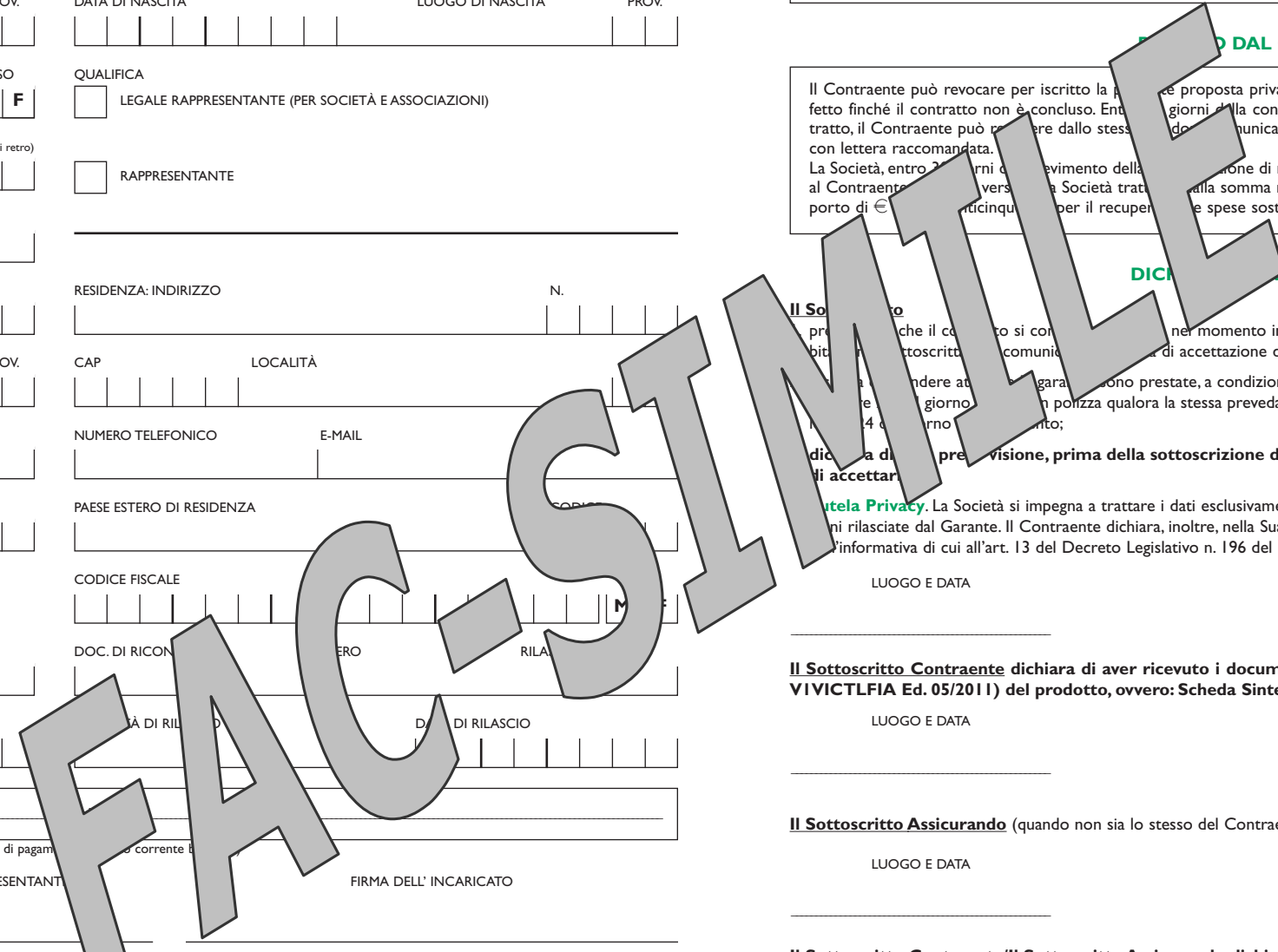
Il Contraente dichiara di aver ricevuto e di aver letto attentamente, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e di accettare le stesse.

L'Assicurando dichiara di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 C.C..

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.

**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.**



Dati aggiornati al 25/05/2011

Agency, 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

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

CODICE SOTTOGRUPPO, CODICE GRUPPO / RAMO

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

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

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.

RESIDENZA: INDIRIZZO, N.

CAP, LOCALITÀ, PROV.

NUMERO TELEFONICO, E-MAIL

PAESE ESTERO DI RESIDENZA, CODICE

CODICE FISCALE

DOC. DI RICON., NUMERO, RILASCIATO DA

LOCALITÀ DI RILASCIO, DATA DI RILASCIO

Istituto bancario

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):

N. Polizza, N. Antiriciclaggio

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Decorrenza, Età dell'Assicurato, Prestazione iniziale, Periodicità del Premio: unico, Premio Unico (\*), COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE, L'Incaricato

CONDIZIONI DI ACCETTAZIONE DEL CONTRATTO E REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare per iscritto la presente proposta... HDI Assicurazioni S.p.A. - RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO - Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

Il Contraente... La Società si impegna a trattare i dati esclusivamente nei limiti necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo...

LUOGO E DATA, IL CONTRAENTE, L'ASSICURANDO (multiple rows for signature and date)

PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO: il premio è unico ed è possibile effettuare versamenti aggiuntivi... Attenzione: i premi non possono essere corrisposti in contanti.

Dati aggiornati al 25/05/2011

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

NUMERO TELEFONICO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

PAESE ESTERO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ CODICE \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

DOC. DI RICON. \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_ RILASCIATO DA \_\_\_\_\_

LOCALITÀ DI RILASCIO \_\_\_\_\_ DATA DI RILASCIO \_\_\_\_\_

Istituto bancario \_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_

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 € 20.000,00 (ventimila/00).

CONDIZIONI DI ACCETTAZIONE DEL 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 \_\_\_\_\_ giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente può recedere dallo stesso contratto, comunicando alla Società con lettera raccomandata.

La Società, entro \_\_\_\_\_ giorni dall'avvenimento della revoca, rimborsa al Contraente l'importo versato, a cui la Società trattiene la somma rimborsabile l'importo di € \_\_\_\_\_ (cinquemila/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**

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

Il Contraente dichiara di aver ricevuto e di aver letto attentamente il Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e le Condizioni Generali di Polizza, e 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.

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 informativo di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003.

LUOGO E DATA _____	IL CONTRAENTE _____	L'ASSICURANDO _____
LUOGO E DATA _____	IL CONTRAENTE _____	IL CONTRAENTE _____
LUOGO E DATA _____	IL CONTRAENTE _____	L'ASSICURANDO _____
LUOGO E DATA _____	IL CONTRAENTE _____	L'ASSICURANDO _____
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.**

