

Data ultimo aggiornamento del documento 30/05/2012

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 / SEDE: INDIRIZZO _____ N. _____

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 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).

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 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 Contraente dichiara di aver preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e di accettarle;
- Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente proposta, i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. VIVICTLFA Ed. 05/2012) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.
- Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente proposta, i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. VIVICTLFA Ed. 05/2012) 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 Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. VIVICTLFA Ed. 05/2012) 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 _____ 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 o 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

Data ultimo aggiornamento del documento 30/05/2012

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 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).

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 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

1. Si dichiara che il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza definitiva sottoscritta in comunicazione scritta di accettazione della proposta;
2. dichiara di aver ricevuto 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 preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e di accettarle;
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 Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. VIVICTLFIA Ed. 05/2012) 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 - 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 30/05/2012

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 e data di nascita): _____

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Decorrenza _____/_____/_____ Et  dell'Assicurato _____ anni

Prestazione iniziale _____ Euro

Periodicit  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 pu  essere inferiore ad   20.000,00 (ventimila/00).

RECESSO DAL CONTRATTO E REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente pu  revocare per iscritto la presente proposta privandola di ogni effetto finch  il contratto non   concluso. Entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente pu  recedere dallo stesso dandone comunicazione alla Societ  con lettera raccomandata. La Societ , entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio versato. La Societ  trattiene dalla somma rimborsabile l'importo di   25,00 (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 Contraente dichiara che il contratto   concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Societ  la polizza definitiva sottoscritta in contrazione scritta di accettazione della proposta;
- dichiaro, preliminarmente, che le garanzie sono prestate, a condizione che sia stato corrisposto il premio previsto, dalle ore 24 del giorno in cui il contratto   concluso, ovvero dalle ore 24 del giorno indicato in polizza qualora la stessa preveda una data di decorrenza successiva. Se il premio   versato dopo tali date, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento;
- dichiaro di aver preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e di accettarle;
- Tutela Privacy.** La Societ  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 qualit  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 Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. VIVICTLFIA Ed. 05/2012) 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 Societ .

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

PERIODICIT  E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO: il premio   unico ed   possibile effettuare versamenti aggiuntivi. I mezzi di pagamento consentiti sono: assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." munito della clausola di non trasferibilit , bonifico bancario su conto corrente intestato alla Societ , come indicato per il pagamento tramite assegno - pagamento effettuato in pari data con liquidazione del capitale proveniente da altra/e polizza/e emessa/e dalla Societ .

Attenzione: i premi non possono essere corrisposti in contanti.

Data ultimo aggiornamento del documento 30/05/2012

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. _____

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 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).

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 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

1. Si dichiara che il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza definitiva sottoscritta in comunicazione scritta di accettazione della proposta;
2. dichiara di aver ricevuto 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 preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo, contenente le Condizioni di Assicurazione e di accettarle;
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 Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. VIVICTLFA Ed. 05/2012) 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 - pagamento effettuato in pari data con liquidazione del capitale proveniente da altra/e polizza/e emessa/e dalla Società.
Attenzione: i premi non possono essere corrisposti in contanti.

CODICI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO

Table with 2 columns: ATTIVITA' PROFESSIONALI and CODICE. Lists various professional activities like Impiegato, Operaio FS, etc., with their corresponding codes.

Table with 2 columns: ATTIVITA' PROFESSIONALI and CODICE. Lists various professional activities like Operai laterizi e materiali refrattari, Operai concerie pelli, etc., with their corresponding codes.

TABELLA 1 - SOTTOGRUPPI DI ATTIVITA' ECONOMICA

Table with 4 columns: SOTTO GRUPPO, DESCRIZIONE, SOTTO GRUPPO, DESCRIZIONE. Lists economic subgroups like AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE, IMPRESE DI ASSICURAZIONE E FONDI PENSIONE, etc.

Table with 2 columns: SOTTO GRUPPO and DESCRIZIONE. Lists various economic subgroups and their descriptions.

SEDE CONTABILE

MODALITÀ DI PAGAMENTO

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.

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

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) MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

- 3.1) Il trattamento dei dati, da parte di HDI Assicurazioni S.p.A. consiste nella raccolta, registrazione organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione con modalità e procedure informatiche e telematiche;
3.2) I dati sono trattati da tutti i dipendenti/collaboratori di HDI che svolgono compiti di natura tecnica-organizzativa, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle finalità di cui al precedente punto 1).
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 various economic groups and their descriptions, such as PRODOTTI VEGETALI DELL'AGRICOLTURA, VINO, OLIO DI OLIVA, etc.

Table with 2 columns: GRUPPO/RAMO and DESCRIZIONE. Lists various economic groups and their descriptions, such as ABITAZIONI, FABBRICATI NON RESIDENZIALI, OPERE PUBBLICHE, etc.

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

