

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

LOCALITÀ DI RILASCIO, DATA DI RILASCIO

Istituto bancario, IBAN

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, codice fiscale e data di nascita):

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

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Decorrenza, Età dell'Assicurato, Prestazione iniziale, Periodicità del Premio: unico, Premio Unico (\*), Euro di cui, Euro derivante da reinvestimento, Il premio è indipendente dal sesso, COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE, L'Incaricato

RECESSO DAL CONTRATTO E REVOCA DELLA PROPOSTA

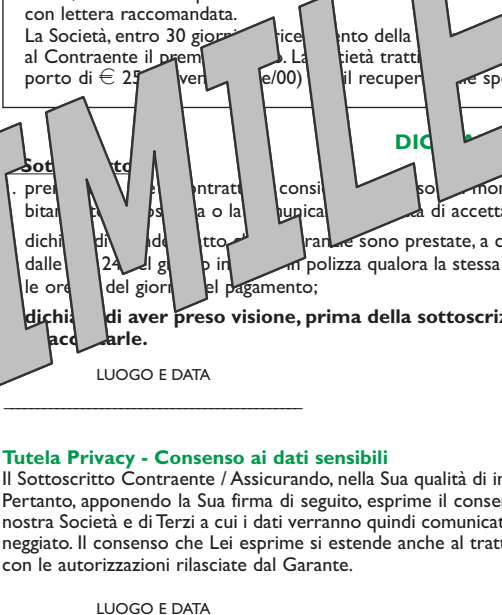
Il Contraente può revocare per iscritto la presente proposta... HDI Assicurazioni S.p.A. - RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO - Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

Il Sottoscritto Contraente... Il Sottoscritto Assicurando... Il Sottoscritto Contraente/Il Sottoscritto Assicurando dichiara/no di approvare espressamente...

LUOGO E DATA, IL CONTRAENTE, L'ASSICURANDO (multiple rows for each declaration)

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  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 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 il premio della polizza in caso di recesso, rimborsa al Contraente il premio versato, con un'aliquota del \_\_\_\_\_ della somma rimborsabile l'importo di € 25 \_\_\_\_\_ (e/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'ASSICURANDO**

Il Sottoscritto Contraente / Assicurando, in 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.

Il Sottoscritto Contraente / Assicurando, in 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 \_\_\_\_\_  
 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. 05/2013) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.**

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

**Il Sottoscritto Contraente/II 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.**

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 prima della 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, a meno che la Società tratti l'importo di € 250 (duecento e 00/100) come spesa sostenuta 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 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 \_\_\_\_\_  
 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. 05/2013) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.**

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

**Il Sottoscritto Contraente/II 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.**

Data ultimo aggiornamento del documento 27/05/2013

Agenzia Cod. Agenzia Cod. 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

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 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

LOCALITÀ DI RILASCIO DATA DI RILASCIO

Istituto bancario IBAN

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, codice fiscale e data di nascita):

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Decorrenza Età dell'Assicurato Prestazione iniziale Periodicità del Premio: unico Premio Unico (\*) Euro di cui Euro derivante da reinvestimento 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... HDI Assicurazioni S.p.A. - RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOGLIO - Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

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.

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. 05/2013) 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 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.

