

N. Polizza

N. Antiriciclaggio

## VITA INTERA FONDO FUTURO PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N°

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO 18/12/2012

Agenzia \_\_\_\_\_ Cod. Agenzia \_\_\_\_\_ Cod. Subagenzia \_\_\_\_\_ Cod. Produttore \_\_\_\_\_ Cat. \_\_\_\_\_ Mod. Pag. \_\_\_\_\_

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

Sede Contabile \_\_\_\_\_

N. matricola Contraente \_\_\_\_\_

CIN \_\_\_\_\_

### CONTRAENTE

Cognome e nome / Denominazione e ragione sociale \_\_\_\_\_

Luogo nascita \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Residenza Via / Piazza N. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Cod. Prof.  
(TAB 3) \_\_\_\_\_

Cod. Gruppo/Ramo  
(TAB 2) \_\_\_\_\_

Cod. Sottogruppo  
(TAB 1) \_\_\_\_\_

CF/ Partita IVA \_\_\_\_\_

sesto \_\_\_\_\_

M

F

Coordinate bancarie (solo in caso di pagamento in conto corrente bancario)

IBAN \_\_\_\_\_

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

### RAPPRESENTANTE

(Compilare se persona diversa dal Contraente e per persona giuridica)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo nascita \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Residenza Via / Piazza N. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

sesto \_\_\_\_\_

M

F

Qualifica :  Legale rappresentante

(per Società ed Associazioni)

Rappresentante

Estremi del documento e dati integrativi del Contraente o del Legale rappresentante

Documento di riconoscimento :  carta d'identità  passaporto  patente  altro \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_

Località di rilascio \_\_\_\_\_

Data rilascio \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Contraente o del Rappresentante \_\_\_\_\_

Firma dell'Incaricato \_\_\_\_\_

### ASSICURATO

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo nascita \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Residenza Via / Piazza N. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

sesto \_\_\_\_\_

M

F

Professione \_\_\_\_\_

Cod. Prof. - (TAB 3) \_\_\_\_\_

Sport \_\_\_\_\_

Cod. Sport - (TAB 3) \_\_\_\_\_

### BENEFICIARI

1 - Eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato

2 - Contraente

3 - Coniuge dell'Assicurato

4 - Figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali

0 - Altri \_\_\_\_\_

Cognome, nome e data di nascita \_\_\_\_\_

**Dichiarazioni sullo stato di Non Fumatore (previste in caso di scelta dell'Assicurazione accessoria "Temporanea in caso di morte")**

Il Contraente, unitamente all'Assicurato, se persona diversa, dichiarano:

a) che l'Assicurato non ha mai fumato, oppure ha smesso di fumare da almeno sei mesi rispetto alla data di sottoscrizione della proposta e non abbia fumato neanche sporadicamente nel corso di tale periodo;

b) di impegnarsi a comunicare alla Società ogni eventuale modifica che dovesse intervenire nello stato di Non Fumatore dell'Assicurato.

Avendo l'Assicurato dichiarato di essere Non Fumatore, la Società determina il premio dovuto dal Contraente applicando la tariffa per Non Fumatori.

Le presenti Dichiarazioni sono parte integrante del contratto di assicurazione.

Il Contraente \_\_\_\_\_

L'Assicurato \_\_\_\_\_

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI**

<b>Decorrenza</b>	<b>Durata</b>	anni	<b>Eta' Assicurato</b>	anni
Assicurazioni complementare				
<input type="checkbox"/> "Infortuni"				
Assicurazione accessoria				
<input type="checkbox"/> "Temporanea in caso di morte":	<input type="checkbox"/> Fumatore	<input type="checkbox"/> Non Fumatore	(si applica esclusivamente in caso di sottoscrizione delle precedenti Dichiarazioni)	
<b>Capitale assicurato</b>	Euro	<b>Premio annuo</b>	Euro	
<b>PERIODICITA' DEL PREMIO: ANNUO</b>				
<b>Prestazione iniziale</b>	Euro	<b>Premio :</b>	<input type="checkbox"/> annuo costante	<input type="checkbox"/> annuo rivalutabile
<b>Premio Vita Intera</b>	Euro			
<b>Premio della complementare "Infortuni"</b>			Euro (di cui imposte	Euro)
<b>Frazionamento del premio annuo :</b>	<input type="checkbox"/> annuale	<input type="checkbox"/> semestrale	<input type="checkbox"/> quadrimestrale	<input type="checkbox"/> trimestrale <input type="checkbox"/> bimestrale <input type="checkbox"/> mensile
<b>Premio lordo di rata</b>	Euro (di cui imposte		Euro)	<b>Il premio è indipendente dal sesso.</b>
<b>Comunicazioni al Contraente</b>	_____		<b>L'Incaricato</b>	_____

**QUESTIONARIO SANITARIO**

**AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del questionario lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.**

1. Ritieni di essere in buone condizioni di salute?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
2. Negli ultimi 5 anni è mai stato ricoverato in case di cura o ospedali per interventi chirurgici (ad esclusione di interventi di appendicectomia, adeno-tonsilectomia, emiotomia, meniscectomia, frattura degli arti, varici, chirurgia estetica, parto)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. Negli ultimi 5 anni ha subito cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital dai quali sia emersa una malattia cardiovascolare, disturbi circolatori, ipertensione, ictus e/o malattia del fegato quale epatopatia acuta o cronica e/o malattia polmonare, tumorale, del sangue, dell'apparato urogenitale, respiratorio, osteo-articolare, digerente, del sistema endocrino-metabolico quali diabete, malattie della tiroide e/o del sistema nervoso o della psiche, paralisi, AIDS o patologie ad esso correlate?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. Ha effettuato negli ultimi 12 mesi esami di laboratorio da cui siano emersi valori fuori dalla norma?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5. Assume regolarmente medicinali o ne ha assunti negli ultimi dodici mesi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6. Ha fatto uso regolare e continuativo, o ne fa attualmente, di sostanze stupefacenti e/o di alcoolici?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7. Fuma? in caso affermativo in quale quantità giornaliera? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8. Gode di pensione per malattia od invalidità o ne ha fatto richiesta?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9. Le è mai stata declinata, rinviata o accettata a condizioni aggravate una proposta di assicurazione sulla vita, di invalidità o di malattie gravi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10. E' attualmente titolare di una polizza di assicurazione (vita, invalidità o malattia) o ha proposte in corso di perfezionamento?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
11. Costi tuzione: ALTEZZA: CM _____ PESO: KG _____		
12. Pressione arteriosa: PRESSIONE ARTERIOSA : MIN _____ MAX _____		

**Dichiarazioni sull'attività Professionale / Sportiva**

La sua attività professionale e/o sportiva la espone a particolari pericoli? (es. contatto con sostanze chimiche, esplosive, radioattive, venefiche e/o tossiche oppure contatto con condutture di alta tensione e/o accesso ad impalcature, a miniere, gallerie, a torri e/o a piattaforme di trivellazione, missioni umanitarie, attività subacquea, speleologia, competizioni con veicoli a motore o natanti, uso di deltaplano, parapendio e/o ultraleggeri, paracadutismo, alpinismo, bob, sport di combattimento [boxe, savate, lotta] e sport estremi in genere).

SI  NO

In caso di risposta affermativa, si prega di fornire dettagli sul tipo di attività professionale e/o sportiva svolta:

Firma \_\_\_\_\_

**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 quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione. La Società trattiene dalla somma rimborsabile l'importo di €25,00 (venticinque/00), per il recupero delle spese effettive sostenute per l'emissione del contratto.

**II Sottoscritto Contraente/II Sottoscritto Assicurando**

1. 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;
2. dichiara ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte date - anche se materialmente scritte da altre - sono veritiere ed esatte non essendo taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza e riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione dei rischi da parte della Società (art.2 delle Condizioni di assicurazione);
3. proscioglie dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono e potranno averlo curato o visitato e le altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, Aziende sanitarie, alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere;
4. dichiara di essere obbligato ai sensi dell'art. 1924 del Codice Civile al pagamento per intero del premio relativo al primo anno anche se frazionato in più rate;
5. 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;

**6. dichiara di aver preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo contenente le Condizioni di assicurazione e di accettarle.**

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 della 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

**II 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

**II Sottoscritto Contraente** dichiara di avere ricevuto i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (mod. V1FFVIFIA Ed. 12/2012) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.

Luogo e data

Il Contraente

**II Sottoscritto Contraente/II Sottoscritto Assicurando** dichiara/dichiarano di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile le seguenti clausole delle Condizioni di assicurazione:

- **Condizioni di assicurazione:** art. 2 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; art. 2.1 Aggravamento del rischio per cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato; art. 5 Pagamento del premio; art. 7 Mancato pagamento del premio annuo - riattivazione; art. 9 Riscatto; art. 13 Pagamenti della Società; art. 19 Esclusioni; art. 20 Limitazioni.
- **Condizioni di assicurazione garanzia complementare "Infortuni":** art.3 Delimitazione dell'Assicurazione - esclusione; art. 4 Estinzione dell'Assicurazione; art. 5 Pagamento del capitale assicurato.
- **Condizioni di assicurazione garanzia accessoria "Temporanea in caso di morte a capitale e a premio annuo costante":** art. 1 Prestazioni assicurate; art. 2 Aggravamento del rischio per perdita dello stato di Non Fumatore; art. 3 Delimitazione dell'Assicurazione - esclusione; art. 4 Mancato pagamento del premio annuo - riattivazione; art. 5 Carenza

Luogo e data

Il Contraente

L'Assicurando

**PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO:** il premio e' annuo, costante o rivalutabile. Il premio annuo puo' essere corrisposto in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali, bimestrali e mensili. I mezzi di pagamento consentiti sono: assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." e munito della clausola di non trasferibilita', bollettino di conto corrente postale, bonifico bancario su conto corrente intestato alla Societa', come indicato per il pagamento tramite assegno, bancomat o carta di credito/debito se disponibile presso l'intermediario assicurativo, pagamento effettuato in pari data con liquidazione del capitale proveniente da altra/e polizza/e emessa/e dalla Societa', trattenuta sulla retribuzione effettuata dal datore di lavoro (solo nel caso di apposita convenzione) e conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul proprio conto corrente (RID). In caso di modifica o chiusura del conto corrente bancario, il Contraente e' tenuto a comunicare alla Societa' le nuove coordinate bancarie (codice IBAN) almeno quarantacinque giorni prima della scadenza della rata successiva.

**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)  
Tel. +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 delle Imprese di Roma 7122/92  
R.E.A. di Roma n. 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



**TABELLA 3**

G001	IMPIEGATO
G002	OPERAIO F.S.
G003	MANOVRATORE/DEVIATORE F.S.
G004	MACCHINISTA F.S.
G005	PERSONALE VIAGGIANTE F.S.
G006	CASALINGA
G007	COMMERCIANTE
G008	STUDENTE
G009	PENSIONATO
G010	MEDICO GENERICO
G011	MINORI, DISOCCUPATI
P001	ARTIFICIERE - ADDETTO ALL'UTILIZZO DI MATERIALE ESPLOSIVO
P002	AUTISTI AUTOTRENTA AUTO SERV. PIAZZA, PIAZZISTI, RAPPRESENTANTI
P003	CONDUTTORI MACCHINE AGRICOLE (TRATTORISTI, ECC.)
P004	CONDUTTORI MACCHINE OPERATRICI (GRU, RUSPE, PALE MECCANICHE)
P005	MARITTIMI IMBARCATI VELIERI, PESCHER., RIMORC, PICCOLO CABOT.
P006	PERSONALE IMPIANTI PRODUZIONE CEMENTO GESSO CALCE
P007	PERSONALE EDILIZIA CON ACCESSO AD IMPALCATURE E TETTI
P008	PERSON. NA VALE-EDILE CON ACCESSO A IMPALCATURE, SCALI, STIVE
P009	PERSONALE ADDETTO INSTALLAZ., MANUTENZ. LINEE ELETTRICHE
P010	CHIMICO E PETROLCH.A CONTATTO CON MAT.ESPL.RADIOATT.TOSSICO
P011	PERSONALE IN DUSTRIE METALLURGICHE, SIDERURGICHE, ACCIAIERIE
P012	RADIOLOGI, PERSONALE REPARTI MALATTIE INFETTIVE E CONTAGIOSE
P013	MILITARI E FORZE DELL'ORDINE DI REPARTI OPERATIVI
P014	PUBBLICA SICUREZZA FINO AL GRADO DI COMMISSARIO
P015	GUARDIA DI FINANZA FINO AL GRADO DI TENENTE
P016	POMPIERI, G.GIURATE, G.NOTTURNI, VIGILI U., AGENTI CUSTODIA
P017	PERSONALE ADDETTO A LA VORI IN POZZI, CAVE E GALLERIE
P018	PERSONALE DI CENTRALI NUCLEARI
P019	PERSONALE MINIERE, GALLERIE, SOLFATARE, POZZI, SOTTERRANEI
P020	PERSONALE CIRCO ACROBATI A TERRA
P021	PERSON. CIRCO ACROBATI IN ARIA, DOMATORIE CUSTODI DI BELVE
P022	PERSONALE CHE ACCUDISCE IL BESTIAME
P023	OPERAI ASFALTATURA STRADALE
P024	COLLAUDATORI PNEUMATICI
P025	COLLAUDATORI AUTOMOBILI PROVE DI VELOCITA'
P026	OPERAI DISTILLAZIONE DEL CATRAMI
P027	OPERAI INDUSTRIA DELLA CERAMICA
P028	OPERAI CON ACCESSO A CELLE FRIGORIFERE
P029	FUMIGATORI E DISINFESTATORI
P030	GEOLOGI CHE SVOLGONO ATTIVITA' NEL SOTTOSUOLO
P031	OPERAI PRODUZIONE GHIACCIO ARTIFICIALE
P032	OPERAI LA TERZIE MATERIALI REFRATTARI
P033	OPERAI CONCIERIE PELLI
P034	OPERAI RICERCA, ESTRAZIONE PETROLIO SU TERRAFERMA
P035	PERSONALE RICERCA, ESTRAZIONE PETROLIO PIATTAFORME ALTO MARE
P036	OPERAI RAFFINAZIONE PETROLIO
P037	PULITORI CON SCALE AEREE O AD ALTEZZE RILEVANTI
P038	RADIO TECNICI CON INSTALLAZIONE DI ANTENNE SU TETTI
P039	SCARICATORI
P040	ADDETTI INSTALLAZIONE TRALICCI E CAVI TELEFERICHE
P041	ADDETTI INSTALLAZIONE LINEE TELEFONICHE
P042	OPERAI TREMENTINA, RESINA
P043	OPERAI VETRERIE
P044	GUIDA MONTANA
P045	MILITARE EQUIPAGGIO DI VOLO
P046	MILITARE PILOTA IN SERVIZIO
P047	TRAPEZISTA
P048	SOMMOZZATORE
P049	PALOMBARO
P050	STUNT-MAN
P051	GIORNALISTA INVIATO SPECIALE
P052	PILOTA DI VELIVOLI IN GENERE
P053	OPERAIO GENERICO
S001	SPORT SUBACQUEI E SCI NAUTICO (SENZA AUTORESPIRATORE)
S002	CICLISMO, EQUITAZIONE (PROFESSIONISTI)
S003	AUTOMOBILISMO E MOTOCICLISMO SU PISTA (DILETTANTI)
S004	AUTOCROSSE E MOTOCROSS (CON PARTECIPAZIONE A GARE)
S005	PUGILATO E DISCIPLINE DA COMBATTIMENTO (DILETTANTI)
S006	ALPINISTI CON GUIDA PATENTATA E GUIDA ALPINA
S007	ALPINISTI SENZA GUIDA
S008	VOLO IN DELTAPLANO
S009	CONDUCENTI DI GO-KART
S010	AUTOMOBILISMO, MOTOCICLISMO GARE DI REGOLARITA' (DILETTANTI)
S011	AUTOMOBILISMO PROFESSIONISTI GARE DI REGOLARITA' (RALLIES)
S012	PROFESSIONISTI ARTI MARZIALI, LOTTA
S013	GIOCATORIDI CALCIO (PROFESSIONISTI)
S014	REGATE VELISTICHE
S015	PARACADUTISMO
S016	GARE DI BOB
S017	MOTONAUTICA
S018	SPELEOLOGIA

SEDE CONTABILE	MODALITA' DI PAGAMENTO	CATEGORIA
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 003.	1 = A RUOLO  3 = CONTANTI - C/C POSTALE  4 = C/C BANCARIO	C = FERROVIERI CONVENZIONATI * F = DIPENDENTI FS * N = CLIENTELA ORDINARIA D = DIPENDENTI HDI  * solo per modalità di pagamento 1

PAGINA BIANCA