

N. Polizza

N. Antiriciclaggio

VITA INTERA FONDO FUTURO PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N°

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO 21/12/2015

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 _____ sesso 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 fisica)

Cognome e nome _____

Luogo nascita _____ Prov. _____ Data nascita _____

Residenza Via / Piazza N. _____ Cap _____ Località _____ Prov. _____

CF _____ sesso 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 _____

Il Contraente o il Rappresentante _____

ASSICURATO

Cognome e nome _____

Luogo nascita _____ Prov. _____ Data nascita _____

Residenza Via / Piazza N. _____ Cap _____ Località _____ Prov. _____

CF _____ sesso 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 _____

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Decorrenza _____ **Durata pagamento premi** _____ **Anni** _____ **Età Assicurato** _____ **Anni** _____

PERIODICITA' DEL PREMIO : ANNUO

Capitale assicurato iniziale _____ Euro **Premio:** annuo costante annuo rivalutabile

Premio _____ Euro

Frazionamento del premio annuo: annuale semestrale quadrimestrale trimestrale bimestrale mensile

Premio lordo di rata _____ Euro (di cui imposte _____ 0,00 Euro) **Il premio è indipendente dal sesso .**

Comunicazioni al Contraente _____ **L'Incaricato** _____

QUESTIONARIO SANITARIO

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto assicurato 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'effettiva validità delle.

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 ospedale per interventi chirurgici (ad esclusione di interventi di appendicectomia, adeno-tonsillectomia, emiotomia, cistectomia, 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, etus 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. Costituzione: 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, velenose e/o tossiche oppure contatto con condutture di alta tensione e/o accesso ad impalcature, a miniere, gallerie, a torri e/o a piatte forme 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

Fino al momento in cui il contratto non è concluso il Contraente può revocare per iscritto la presente proposta privandola di ogni effetto dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata. La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà al Contraente l'eventuale somma versata all'atto della sottoscrizione della presente proposta. 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 pagato al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto individuate e quantificate in €25,00 (venticinque/00).

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 taciturna, 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

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. VIFFVIFIB Ed. 12/2015) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.

Luogo e data

Il Contraente

II Sottoscritto Contraente/II Sottoscritto Assicurando dichiara di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile le seguenti clausole delle Condizioni di assicurazione: art. 1.1 Obbligo del Contraente e dell'Assicurato; art. 2.1 Aggravamento del rischio per cambiamento di "professione" 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.

Luogo e data

Il Contraente

L'Assicurando

ATTENZIONE: NON È PREVISTO IL PAGAMENTO DEL PREMIO AL MOMENTO DELLA FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO.

Io sottoscritto Incaricato attesto di aver accertato l'identità del Contraente o del Legale Rappresentante a mezzo di documento di identità di cui ho acquisito copia. Inoltre, tutte le firme del presente modulo sono state apposte in mia presenza.

Luogo e Data

L'Incaricato

PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO: il premio è annuo, costante o rivalutabile. Il premio annuo può essere corrisposto in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali. I mezzi di pagamento consentiti sono: assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." e munito della clausola di non trasferibilità, bollettino di conto corrente postale o bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o all'Intermediario espressamente in tale qualità, bancomat o carta di debito senza oneri a carico dei clienti, pagamento effettuato in pari data di liquidazione del capitale proveniente da altra/e polizza/e emessa/e dalla Società, 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 (Addebito diretto SEPA - SDD). In caso di modifica o chiusura del conto corrente bancario, al fine di garantire la continuità dei versamenti, il Contraente è tenuto a comunicare alla Direzione della Società, la variazione delle coordinate bancarie (codice IBAN) almeno quarantacinque giorni prima della scadenza della rata successiva e a sottoscrivere il nuovo mandato SEPA - SDD.

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
hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it

Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v.
Codice Fiscale, Partita Iva e Numero d'iscrizione:
04349061004 del Registro Imprese di Roma,
N. REA: RM-757172
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 AUTOTRENAUTO 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 INDUSTRIE 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 VORII 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 TERIZIE MATERIALI REFRA TTARI
P033	OPERAI CONSERVIE PELLI
P034	OPERAI RICERCA, ESTRAZIONE PETROLIO SOTTERRANEO
P035	PERSONALE RICERCA, ESTRAZIONE PETROLIO PIAZZA FORNITORE MARE
P036	OPERAI RAFFINAZIONE PETROLIO
P037	PULITORI CON SCALE AEREE O D'ALTEZZE ELEVANTI
P038	RADIO TECNICI CON INSTALLAZIONE TELEFONICHE SU TETTI
P039	SCARICATORI
P040	ADDETTI INSTALLAZIONE TRALICI 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 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	GIOCCATORI DI 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
FAC-SIMILE