



ASSICURAZIONI

Dati riservati alla Direzione

N. Polizza

N. Antiriciclaggio

VITA INTERA FONDO FUTURO
PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N°

Agenzia _____ Cod. Agenzia _____ Cod. Subagenzia _____ Cod. Produttore _____ Cat. _____ Mod. Pag. _____

Informazioni anagrafiche ai sensi della Legge n.197 del 5 luglio 1991 - 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 _____ **seesso** M F

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

Istituto bancario _____ **IBAN** _____

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 _____ **seesso** 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 _____ **seesso** M F

Professione _____ Cod. Prof. - (TAB 3) _____

Sport _____ Cod. Sport - (TAB 3) _____

BENEFICIARI

- Eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato - Contraente - Coniuge dell'Assicurato

- Figli nati e nati in parti uguali

- Altri _____

Cognome, nome e data di nascita _____

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Assicurazione complementare

"Infortuni"

Assicurazione accessoria

"Temporanea in caso di morte" : Capitale assicurato

Euro

Premio annuo

Euro

Decorrenza / /

Durata pagamento premi

anni

Età Assicurato

anni

Prestazione iniziale

Euro

Premio :

annuo costante

annuo rivalutabile

Premio Vita Intera

Euro

Premio della complementare "Infortuni"

Euro (di cui imposte

Euro)

Frazionamento del premio annuo:

annuale

semestrale

quadrimestrale

trimestrale

bimestrale

mensile

Premio lordo di rata

Euro (di cui imposte

Euro)

Comunicazioni al Contraente

L'Incaricato

DICHIARAZIONI SANITARIE DELL' ASSICURANDO

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. Gode attualmente di buona salute? SI NO Quali disturbi accusa?
2. Nella sua parentela consanguinea ci sono stati casi di malattie di cuore o della circolazione prima dell'età di 65 anni? SI NO Quali?
- Casi di diabete, di tumori maligni o di malattie nervose e mentali?
3. I genitori sono deceduti? MADRE SI NO PADRE SI NO Per quali cause? A quale età?
4. È mai stato ricoverato in Case di cura, Ospedali, ecc., con o senza intervento chirurgico? SI NO Per quali cause? Dove? Quando? Per quanto tempo? Eventuali postumi?
5. Negli ultimi due anni si è sottoposto ad accertamenti diagnostici (es. esami del sangue, radiografie, mammografia (solo per donne))? SI NO Quali? Quando? Esito?
6. La sua capacità di guadagno è ridotta attualmente, o fruisce di pensione/prestazione di invalidità? SI NO Per quale motivo?
7. Ha sofferto o soffre di malattie tumorali? HIV/AIDS? dell'apparato respiratorio? dell'apparato digerente? dell'apparato cardiocircolatorio? dell'apparato uro-genitale? dell'apparato osteo-articolare? del sistema endocrino metabolico? del sistema nervoso o della psiche? del sangue? dell'apparato genitale?
8. Presenta imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti di udito o visivi o è infortunato? SI NO Quali? Sta praticando trattamenti terapeutici?
9. Ha subito nel passato infortuni, ferite o avvelenamenti? SI NO Quali? Quando? Con quali postumi?
10. Ha sofferto di malattie che negli ultimi 5 anni hanno richiesto un trattamento medico? SI NO Quali?
11. Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti, alcolici o tabacco? SI NO Quali? Quantità giornaliera?
12. Altezza e peso attuali: ALTEZZA: CM _____ PESO: KG _____ PRESSIONE ARTERIOSA: MIN _____ MAX _____ (indicare se diversa dai valori normali)
13. È a conoscenza di altre circostanze particolari o anomalie che siano importanti ai fini della valutazione del rischio? SI NO Quali?
14. Chi è il suo medico curante? Indicare nome e indirizzo

DICHIARAZIONI SULL' ATTIVITÀ PROFESSIONALE/SPORTIVA DELL' ASSICURANDO

1. Svolge una attività professionale che la espone a particolari pericoli? SI NO Quali? Come?
- Ad esempio:
Chimico e petrolchimico a contatto con esplosivi, sostanze radioattive e/o tossiche - artigiere - addetto alla fabbricazione di materiale venefico o esplosivo - addetto nel campo dell'energia nucleare - circense - trapezista - domatore - custode di animali feroci - forze dell'ordine di reparti operativi - giornalista inviato speciale - guida montana - militare di reparti operativi - militare istruttore di volo - militare paracadutista - aviatore elicotterista - minatore - operaio edile che lavora su impalcature - petrolifero che lavora all'estero e/o su piattaforme - sommozzatore - palombaro - pompiere - stuntman - pilota di velivolo in genere.
2. Pratica sport pericolosi? Come professionista o come dilettante? SI NO Quali?
- Ad esempio:
Pugilato e discipline da combattimento - deltaplano - volo con velivoli in genere in qualità di pilota - parapendio - paracadutismo - gare di bob - alpinismo di qualsiasi grado - speleologia - sci con salto dal trampolino - immersioni subacquee - pesca subacquea - regate veliche - automobilismo - motonautica - motociclismo - equitazione con corsa ad ostacoli.

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 contrattuali. 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.

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Il Sottoscritto

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 contrattuali);
3. proscioglie dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono e potranno averlo curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsente a che tali informazioni siano dalla Società o da chi per essa comunicate ad altre persone od enti per necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;
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 ricevuto il **Fascicolo Informativo** (mod. V1FFVIFIA).

7. Tutela Privacy:

la Società si impegna a trattare i dati esclusivamente nei limiti strettamente 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 incluso nel Fascicolo Informativo (mod. V1FFVIFIA), l'informativa di cui all'art.13 del Decreto Legislativo n° 196 del 30.06.2003.

Luogo e data

Il Contraente

L'Assicurato

Il Sottoscritto Assicurato (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'Assicurato

Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto le Condizioni contrattuali contenute nel Fascicolo Informativo (mod. V1FFVIFIA), di averne preso visione e di accettarle come parte integrante del contratto ed in particolare, ai sensi e per gli effetti dell'art.1341 del codice civile, di approvare espressamente le seguenti clausole di dette condizioni:

- **Condizioni contrattuali:** art. 2 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; art. 9 Riscatto; art. 18 Esclusioni; art. 19 Limitazioni.
- **Condizioni contrattuali garanzia complementare "Infortuni":** art. 5 Pagamento del capitale assicurato.
- **Condizioni contrattuali garanzia accessoria "Temporanea in caso di morte a capitale e a premio annuo costante":** art. 1 Prestazioni assicurate; art. 4 Carezza.

Luogo e data

Il Contraente

L'Assicurato

Modalità di pagamento dei premi per il perfezionamento della Polizza - INFORMATIVA

Il Contraente può versare i premi solo con assegno bancario o circolare intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." e munito della clausola di non trasferibilità. I versamenti successivi al primo possono essere effettuati anche mediante apposito bollettino di conto corrente postale o con bonifico bancario intestato alla Compagnia di assicurazione.



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39/6.42103.1 - Telefax +39/6.42103.500 -Capitale Sociale 86.091.299,70 i.v. - C.F. e P. IVA 04349061004 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92 - Iscrizione R.E.A. di Roma 757172/92 Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) - Società con unico azionista

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 AUTOTRENI,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. NAVALE-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 LAVORI 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, DOMATORI E 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 CATRAME
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 LATERIZI E MATERIALI REFRAATTARI
P033	OPERAI CONSERVIE 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	RADIOTECNICI 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	AUTOCROSS 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	GIOCATORI 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.	1 = A RUOLO	C = FERROVIERI CONVENZIONATI *
Per le categorie convenzionate è uguale al codice di appartenenza.	3 = CONTANTI - C/C POSTALE	F = DIPENDENTI FS *
Per addebito in C/C bancario è uguale a 005.	4 = C/C BANCARIO	N = CLIENTELA ORDINARIA
Per pagamento alla mano o con c/c postale è uguale a 002.		D = DIPENDENTI HDI
Per pagamento premio unico è uguale 003.		* solo per modalità di pagamento 1

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE