



ASSICURAZIONI
OBIETTIVO FUTURO

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N°

Dati riservati alla Direzione

N. Polizza

N. Antiriciclaggio

Data ultimo aggiornamento del documento 23/05/2022

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)

Istituto bancario IBAN

RAPPRESENTANTE

(Compilare se persona diversa dal Contraente e persona fisica)

Cognome e nome

Luogo nascita Prov. Data nascita

Residenza Via / Piazza N. Cap Località Prov.

CF/ Partita IVA

sesto M F

Qualifica: Legale rappresentante Rappresentante (per Società ed Associazioni)

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.

Domicilio Via / Piazza N. Cap Località Prov.

CF

sesto M F

Professione Cod. Prof. - (TAB 3)

Sport Cod. Sport - (TAB 3)

BENEFICIARI (*)

"Avvertenze: a) in caso di mancata compilazione dei dati anagrafici del/i beneficiario/i, la Società potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i beneficiario/i; b) la modifica o revoca di questo/i deve essere comunicata alla Società."

In caso di vita

Nome e Cognome o Ragione sociale, Data e Luogo di nascita o Sede Legale, C.F. o P.IVA, Recapiti (anche di posta elettronica) Codice (**)

In caso di morte

Nome e Cognome o Ragione sociale, Data e Luogo di nascita o Sede Legale, C.F. o P.IVA, Recapiti (anche di posta elettronica) Codice (**)

Referente Terzo (diverso dal beneficiario) da contattare in caso di decesso dell'Assicurato:

Nome e Cognome, Data e Luogo di nascita, N. Documento, C.F., Recapiti (anche di posta elettronica) Data e firma del Referente Terzo

(*) Qualora vi sia più di un Beneficiario in forma nominativa compilare il "Modulo per la designazione di ulteriori Beneficiari" (**) Vedere "Tabella Codici Beneficiari" sul retro della presente proposta di assicurazione

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

Decorrenza _____ **Durata** _____ anni **Età Assicurato** _____ anni

Assicurazione complementare
 "Infortuni"
 Assicurazione accessoria
 "Temporanea In caso di morte" : Fumatore Non Fumatore (si applica esclusivamente in caso di sottoscrizione delle precedenti Dichiarazioni)

Capitale assicurato _____ Euro **Premio annuo:** _____ Euro

PERIODICITÀ DEL PREMIO :

Prestazione iniziale _____ Euro **Premio:** annuo costante annuo variabile

Premio Obiettivo Futuro: _____ Euro

Premio della complementare "Infortuni": _____ Euro (di cui imposte _____ Euro)

Frazionamento del premio annuo : annuale semestrale quadrimestrale trimestrale

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

Comunicazioni al Contraente _____ **L'Assicurato** _____

QUESTIONARIO SANITARIO

Avvertenza: Prima della sottoscrizione del questionario lo stesso soggetto deve verificare che tutte le 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 ed esclusione di interventi di appendicectomia, adeno-tonsillectomia, erniotomia, meniscectomia, fratture, artrosi, varici, chirurgia estetica, parto)? Se SI, indicare quali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. Negli ultimi 5 anni ha subito cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital, nei quali sia emersa una malattia cardiovascolare, disturbi circolatori, ipertensione, ictus e/o malattia del fegato quale epatopatia acuta o cronica e/o malattie 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? Se SI, indicare quali	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? Se SI, indicare quali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5. Assume regolarmente medicinali o farmaci negli ultimi dodici mesi? Se SI, indicare quali	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 invalidità od invalidità o ne ha fatto richiesta? Se SI, indicare quali	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 piattaforme di trivellazione, missioni umanitarie, attività subacquee, 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).

In caso di risposta affermativa, si prega di fornire dettagli sul tipo di attività professionale e/o sportiva svolta: SI NO

Firma _____

Recesso del 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 inviando una comunicazione alla Società per lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, per e-mail, per PEC o per il tramite dell'Intermediario che gestisce il Contratto. 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 inviando una comunicazione alla Società per lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, per e-mail, per PEC o per il tramite dell'Intermediario che gestisce il Contratto. 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).

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.

Il Sottoscritto Contraente/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. 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;
4. 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;

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

Luogo e data _____ Il Contraente _____ L'Assicurando _____

Il Sottoscritto Assicurando delega irrevocabilmente (ex art. 1723, 2 c., c.c.) la Società, ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 ed anche specificamente per l'ipotesi di decesso dello stesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulla salute e cause di decesso presso qualsiasi professionista o Ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Luogo e data _____ L'Assicurando _____

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 dichiara di aver ricevuto il Set Informativo (mod.V10BFSIB Ed. 01/2023)

Luogo e data _____ Il Contraente _____

Il Sottoscritto Contraente dichiara che tra i Beneficiari indicati nella presente polizza sono non vi sono persone con disabilità grave come definita dall'art. 3, comma 3, della legge n. 104 del 05/02/1992, accertata con le modalità previste all'art. 4 della medesima legge.

Luogo e data _____ Il Contraente _____

Il Sottoscritto Contraente dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni al/i beneficiario/i se indicato/i in forma nominativa, prima dell'evento (in caso di volontà contraria non sottoscrivere la presente dichiarazione)

Luogo e data _____ Il Contraente _____

Il Sottoscritto Contraente Il Sottoscritto Assicurando dichiara/declinano 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 con clausola "Infortunati":** art. 3 Delimitazione dell'Assicurazione - esclusione; art. 4 Estinzione dell'Assicurazione; art. 5 Pagamento del Capitale assicurato.
- **Condizioni di assicurazione garanzia con clausola "Temporanea in caso di morte a capitale e a premio annuo costante":** art. 1 Prestazioni assicurate; art. 2 Aggravamento del rischio per perdita dello status 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 _____

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

"Io sottoscritto Incaricato ho prestato 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 sul presente modulo sono state apposte in mia presenza".

LUOGO E DATA _____ L'INCARICATO _____

PERIODICITÀ 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." o all'Intermediario espressamente in tale qualità 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:
Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (IT)
Telefono +39 06.4210.31 - Fax +39 06.4210.3500
hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it

Capitale Sociale € 351.000.000,00 i.v.
Codice Fiscale, Partita IVA
e Numero d'iscrizione: 04349061004
del Registro Imprese di Roma,
N. REA: RM-757172

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

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 3 = CONT. POSTALE 4 = C/C BANCARIO	C = FERROVIERI CONVENZIONATI * F = DIPENDENTI FS * N = CLIENTELA ORDINARIA D = DIPENDENTI HDI * solo per modalità di pagamento 1

Tabella "Codici Beneficiari"

BENEFICIARI CASO DI VITA

- 1 Contraente
- 2 Assicurato

BENEFICIARI CASO DI MORTE

- A Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Assicurato pro quota in base alle regole successorie
- B Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Assicurato in parti uguali
- C Figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali
- D Contraente (solo se diverso dall'Assicurato)

FAC-SIMILE

PAGINA BIANCA