



ASSICURAZIONI

TCM VITA FACILE

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N°

Dati riservati alla Direzione

N. Polizza

N. Antiriciclaggio

Data ultimo aggiornamento del documento 25/07/2023

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)

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 _____ 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. _____

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

CF _____ sesso 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." Nome e Cognome o Ragione sociale, Data e Luogo di nascita o Sede Legale, C.F. o P.IVA, Recapiti (anche di posta elettronica) _____ Referente Terzo (diverso dal beneficiario) da contattare in caso di decesso dell'Assicurato: _____ Codice (**) _____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

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Decorrenza 5 anni 10 anni Durata pagamento premi _____ anni
 Capitale Assicurato Euro 50.000,00 100.000,00 Età Assicurato _____ anni

PERIODICITÀ DEL PREMIO : ANNUO

Premio Annuo Costante Euro Frazionamento del premio annuo: annuale semestrale
 mensile

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

Comunicazioni al Contraente _____ L'Incaricato _____

QUESTIONARIO SANITARIO

Avvertenza: 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. Negli ultimi 5 anni è mai stato ricoverato o è in attesa di ricovero in case di cura o ospedali per interventi chirurgici (ad esclusione di interventi di appendicectomia, adeno-tonsillectomia, erniotomia, meniscectomia, frattura degli arti, varici, chirurgia estetica, parto) ? Se SI, indicare quali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. Negli ultimi 5 anni ha subito cure o accertamenti 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? Se SI, indicare quali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. Presenta patologie che prevedono un trattamento farmacologico superiore a 30 giorni consecutivi? Se SI, indicare quali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. Ha fatto uso regolare e continuativo, o ne fa attualmente, di sostanze stupefacenti e/o di alcoolici? Se SI, indicare quali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5. E' attualmente assente dal lavoro e presenta disturbi, malattie e/o lesioni fisiche che lo obbligano ad interrompere le normali attività della vita quotidiana in modo totale o parziale? Se SI, indicare quali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Firma _____

Recesso del contratto e revoca della proposta

Fino al momento in cui in 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 individuale e quantificate in € 20,00 (venti/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

- 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;
- 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);
- 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;
- 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;
- 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 e anche specificamente per l'ipotesi di decesso dello stesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause del 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. V1TCMSSIA Ed. 07/2023).

Luogo e data _____ Il Contraente _____

Il Sottoscritto Contraente dichiara che tra i Beneficiari indicati nella presente proposta vi 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 di cui 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/dichiarano di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art.1341 del Codice Civile, le seguenti clausole delle Condizioni di assicurazione: art. 2 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; art. 2.1 Aggravamento del rischio per cambiamenti 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.

Luogo e data _____ Il Contraente _____ L'Assicurando _____

VERSAMENTO DEI PREMI

PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO: il premio è annuo e può essere corrisposto in rate annuali, semestrali o mensili. 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, 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.

Attenzione : i premi non possono essere corrisposti in contanti

* * *

Attenzione (1): la Società si riserva di valutare la proposta sottoscritta e l'ulteriore documentazione richiesta ai sensi delle vigenti disposizioni legislative. In caso di valutazione con esito negativo, la Società si impegna a rimborsare al Contraente il premio versato al momento della sottoscrizione, il cui importo è sotto riportato.

Attenzione (2): il premio può essere corrisposto solo qualora non emergano fattori negati di rilievo dalla compilazione del questionario sanitario.

* * *

L'importo del premio unico ovvero della prima rata annuale semestrale mensile

di Euro _____ (_____ /00) viene versato dal Contraente in data _____
(In lettere)

a mezzo di: Assegno non trasferibile n° _____ Bonifico Altro (tra i mezzi di pagamento sopra indicati)

Il sottoscritto Incaricato dichiara di aver ricevuto, al momento della sottoscrizione della presente proposta, nella modalità e nell'importo sopra indicato, il pagamento del premio.

L'importo consegnato non costituisce perfezionamento del contratto

Luogo e data _____ L'Incaricato _____ Il Contraente _____

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 _____ Il Contraente _____



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 CONGERIE 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 0 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 AUTORESPIRATORE)
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 PISTA (DILETTANTI)
P016	POMPIERI, G.GIURATE, G.NOTTURNI, VIGILI U., AGENTI CUSTODIA	S004	AUTOCROSS E MOTOCROSS (CON PARTECIPAZIONE 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 ALPINA
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 ARTI MARZIALI, LOTTA
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	PARACADUTISMO
P028	OPERAI CON ACCESSO A CELLE FRIGORIFERE	S016	GARE DI BOB
P029	FUMIGATORI E DISINFESTATORI	S017	MOTONAUTICA
P030	GEOLOGI CHE SVOLGONO ATTIVITA' NEL SOTTOSUOLO	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

Tabella "Codici Beneficiari"

- 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)

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE