

N. Polizza

Data ultimo aggiornamento del documento 26/09/2018

(Riservato alla Direzione)

Agenzia _____ Codice Agenzia _____ Codice Produttore _____ Cat. _____ Mod. Pag. _____ Sede Cont. _____

N. Antiriciclaggio

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

(Riservato alla Direzione)

CONTRAENTE

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE / DENOMINAZIONE SOCIALE

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente) _____ Cod. PROF. (vedi retro) _____ SESSO M F

SPORT (indicare dettagliatamente) _____ Cod. SPORT. (vedi retro) _____

CODICE SOTTOGRUPPO _____ CODICE GRUPPO / RAMO _____
(vedi Tabella 1 sul retro) (vedi Tabella 2 sul retro)

RESIDENZA / SEDE: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE / PARTITA IVA _____

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

Istituto bancario _____ IBAN _____
(compilare solo in caso di pagamento in conto corrente bancario)

DATA _____ IL CONTRAENTE O IL RAPPRESENTANTE _____

ASSICURANDO (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

COGNOME E NOME _____

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente) _____ COD. PROF. _____ SESSO M F

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

CODICE FISCALE _____

BENEFICIARI (*)

Nome e Cognome o Ragione sociale, Data e Luogo di nascita o Sede Legale, C.F. o P.IVA, Recapiti

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

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 / / Età dell'Assicurato anni

Prestazione iniziale . . . Euro

Periodicità del Premio: unico

Premio Unico (*) . . . Euro di cui

. . . Euro derivante da reinvestimento totale o parziale del

capitale in scadenza della/e polizza/e n. _____

riscatto della/e polizza/e n. _____

Il premio è indipendente dal sesso

COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE _____ **L'Incaricato** _____

(*) L'importo del premio unico non può essere inferiore ad € 10.000,00 (diecimila/00).

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 il premio versato. La Società trattiene dalla somma rimborsabile l'importo di € 100,00 (cento/00) per il recupero delle spese sostenute per l'emissione del contratto. Le comunicazioni, contenenti gli elementi identificativi del contratto, devono essere indirizzate al seguente recapito:

**HDI Assicurazioni S.p.A. -
RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOLIO -
Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma**

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

- Il Sottoscritto**
- 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 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. Se il premio è versato dopo tali date, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento;
 - 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 _____

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 eventuale documentazione e 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 i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. V1VIOBFIE Ed. 09/2018) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.

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/Il Sottoscritto Assicurando dichiara/no di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del codice civile, le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione: Art. 6 Riscatto - Art. 9 Pagamenti della Società.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

ATTENZIONE: NON E' 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 _____

PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO: il premio è unico ed è possibile effettuare versamenti aggiuntivi. I mezzi di pagamento consentiti sono: assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." o all'Intermediario espressamente in tale qualità munito della clausola di non trasferibilità, bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o all'Intermediario espressamente in tale qualità e pagamento effettuato in pari data con liquidazione del capitale proveniente da altra/e polizza/e emessa/e dalla Società.

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

N. Polizza

(Riservato alla Direzione)

Data ultimo aggiornamento del documento 26/09/2018

Agenzia _____ Codice Agenzia _____ Codice Produttore _____ Cat. _____ Mod. Pag. _____ Sede Cont. _____

N. Antiriciclaggio

(Riservato alla Direzione)

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

CONTRAENTE

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE / DENOMINAZIONE SOCIALE _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente) _____ Cod. PROF. (vedi retro) _____ SESSO M F

SPORT (indicare dettagliatamente) _____ Cod. SPORT. (vedi retro) _____

CODICE SOTTOGRUPPO _____ CODICE GRUPPO / RAMO _____
(vedi Tabella 1 sul retro) (vedi Tabella 2 sul retro)

RESIDENZA / SEDE: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE / PARTITA IVA _____

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

Istituto bancario _____ IBAN _____
(compilare solo in caso di pagamento in conto corrente bancario)

DATA _____ IL CONTRAENTE O IL RAPPRESENTANTE _____

ASSICURANDO (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

COGNOME E NOME _____

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente) _____ COD. PROF. _____ SESSO M F

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

CODICE FISCALE _____

BENEFICIARI (*)

Nome e Cognome o Ragione sociale, Data e Luogo di nascita o Sede Legale, C.F. o P.IVA, Recapiti _____

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

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 / / Et  dell'Assicurato anni

Prestazione iniziale . . . Euro

Periodicit  del Premio: unico

Premio Unico (*) . . . Euro di cui

. . . Euro derivante da reinvestimento totale o parziale del

capitale in scadenza della/e polizza/e n. _____

riscatto della/e polizza/e n. _____

Il premio   indipendente dal sesso

COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE _____ **L'Incaricato** _____

(*) L'importo del premio unico non pu  essere inferiore ad   10.000,00 (diecimila/00).

RECESSO DAL CONTRATTO E REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente pu  revocare per iscritto la presente proposta privandola di ogni effetto finch  il contratto non   concluso. Entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente pu  recedere dallo stesso dandone comunicazione alla Societ  con lettera raccomandata.

La Societ , entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio versato. La Societ  trattiene dalla somma rimborsabile l'importo di   100,00 (cento/00) per il recupero delle spese sostenute per l'emissione del contratto. Le comunicazioni, contenenti gli elementi identificativi del contratto, devono essere indirizzate al seguente recapito:

**HDI Assicurazioni S.p.A. -
RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOLIO -
Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma**

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

- Il Sottoscritto**
- prende atto che il contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta riceve da parte della Societ  la polizza debitamente sottoscritta o la comunicazione scritta di accettazione della proposta;
 - 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   concluso, ovvero dalle ore 24 del giorno indicato in polizza qualora la stessa preveda una data di decorrenza successiva. Se il premio   versato dopo tali date, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento;
 - 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 _____

Il Sottoscritto Assicurando delega irrevocabilmente (ex art. 1723, 2 c., c.c.) la Societ  ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 ed anche specificamente per l'ipotesi di decesso dello stesso, ad acquisire eventuale documentazione e giudiziaria presso le Autorit  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 i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. V1VIOBFIE Ed. 09/2018) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____

Il Sottoscritto Contraente dichiara che tra i beneficiari indicati nella presente proposta vi sono non vi sono persone con disabilit  grave come definita dall'art. 3, comma 3, della legge n. 104 del 28/02/1992, accertata con le modalit  di cui all'art. 4 della medesima legge.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____

Il Sottoscritto Contraente/Il Sottoscritto Assicurando dichiara/no di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del codice civile, le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione: Art. 6 Riscatto - Art. 9 Pagamenti della Societ .

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

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

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

LUOGO E DATA _____ L'INCARICATO _____

PERIODICIT  E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO: il premio   unico ed   possibile effettuare versamenti aggiuntivi. I mezzi di pagamento consentiti sono: assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." o all'Intermediario espressamente in tale qualit  munito della clausola di non trasferibilit , bonifico bancario su conto corrente intestato alla Societ  o all'Intermediario espressamente in tale qualit  e pagamento effettuato in pari data con liquidazione del capitale proveniente da altra/e polizza/e emessa/e dalla Societ .

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
Societ  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

N. Polizza

Data ultimo aggiornamento del documento 26/09/2018

(Riservato alla Direzione)

Agenzia _____ Codice Agenzia _____ Codice Produttore _____ Cat. _____ Mod. Pag. _____ Sede Cont. _____

N. Antiriciclaggio

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

(Riservato alla Direzione)

CONTRAENTE

RAPPRESENTANTE

(SE PERSONA DIVERSA DAL CONTRAENTE E PER PERSONA GIURIDICA)

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE / DENOMINAZIONE SOCIALE _____

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente) _____ Cod. PROF. (vedi retro) _____ SESSO M F

QUALIFICA LEGALE RAPPRESENTANTE (PER SOCIETÀ E ASSOCIAZIONI)

SPORT (indicare dettagliatamente) _____ Cod. SPORT. (vedi retro) _____

RAPPRESENTANTE

CODICE SOTTOGRUPPO _____ CODICE GRUPPO / RAMO _____
(vedi Tabella 1 sul retro) (vedi Tabella 2 sul retro)

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

RESIDENZA / SEDE: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE / PARTITA IVA _____

CODICE FISCALE _____ SESSO M F

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

Istituto bancario _____ IBAN _____
(compilare solo in caso di pagamento in conto corrente bancario)

DATA _____ IL CONTRAENTE O IL RAPPRESENTANTE _____

ASSICURANDO (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente) _____ COD. PROF. _____ SESSO M F

CODICE FISCALE _____

BENEFICIARI (*)

Nome e Cognome o Ragione sociale, Data e Luogo di nascita o Sede Legale, C.F. o P.IVA, Recapiti _____

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

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 / / Et  dell'Assicurato anni

Prestazione iniziale . . Euro

Periodicit  del Premio: unico

Premio Unico (*) . . Euro di cui

. . Euro derivante da reinvestimento totale o parziale del

capitale in scadenza della/e polizza/e n. _____

riscatto della/e polizza/e n. _____

Il premio   indipendente dal sesso

COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE _____ **L'Incaricato** _____

(*) L'importo del premio unico non pu  essere inferiore ad   10.000,00 (diecimila/00).

RECESSO DAL CONTRATTO E REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente pu  revocare per iscritto la presente proposta privandola di ogni effetto finch  il contratto non   concluso. Entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente pu  recedere dallo stesso dandone comunicazione alla Societ  con lettera raccomandata.

La Societ , entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio versato. La Societ  trattiene dalla somma rimborsabile l'importo di   100,00 (cento/00) per il recupero delle spese sostenute per l'emissione del contratto. Le comunicazioni, contenenti gli elementi identificativi del contratto, devono essere indirizzate al seguente recapito:

**HDI Assicurazioni S.p.A. -
RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOLIO -
Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma**

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

- Il Sottoscritto**
- prende atto che il contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta riceve da parte della Societ  la polizza debitamente sottoscritta o la comunicazione scritta di accettazione della proposta;
 - 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   concluso, ovvero dalle ore 24 del giorno indicato in polizza qualora la stessa preveda una data di decorrenza successiva. Se il premio   versato dopo tali date, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento;
 - 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 _____

Il Sottoscritto Assicurando delega irrevocabilmente (ex art. 1723, 2 c., c.c.) la Societ  ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 ed anche specificamente per l'ipotesi di decesso dello stesso, ad acquisire eventuale documentazione e giudiziaria presso le Autorit  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 i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. V1VIOBFIE Ed. 09/2018) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____

Il Sottoscritto Contraente dichiara che tra i beneficiari indicati nella presente proposta vi sono non vi sono persone con disabilit  grave come definita dall'art. 3, comma 3, della legge n. 104 del 28/02/1992, accertata con le modalit  di cui all'art. 4 della medesima legge.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____

Il Sottoscritto Contraente/Il Sottoscritto Assicurando dichiara/no di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del codice civile, le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione: Art. 6 Riscatto - Art. 9 Pagamenti della Societ .

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

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

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

LUOGO E DATA _____ L'INCARICATO _____

PERIODICIT  E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO: il premio   unico ed   possibile effettuare versamenti aggiuntivi. I mezzi di pagamento consentiti sono: assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." o all'Intermediario espressamente in tale qualit  munito della clausola di non trasferibilit , bonifico bancario su conto corrente intestato alla Societ  o all'Intermediario espressamente in tale qualit  e pagamento effettuato in pari data con liquidazione del capitale proveniente da altra/e polizza/e emessa/e dalla Societ .

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
Societ  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

N. Polizza

Data ultimo aggiornamento del documento 26/09/2018

(Riservato alla Direzione)

Agenzia _____ Codice Agenzia _____ Codice Produttore _____ Cat. _____ Mod. Pag. _____ Sede Cont. _____

N. Antiriciclaggio _____
(Riservato alla Direzione)

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

CONTRAENTE

RAPPRESENTANTE

(SE PERSONA DIVERSA DAL CONTRAENTE E PER PERSONA GIURIDICA)

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE / DENOMINAZIONE SOCIALE _____

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente) _____ Cod. PROF. (vedi retro) _____ SESSO M F

QUALIFICA LEGALE RAPPRESENTANTE (PER SOCIETÀ E ASSOCIAZIONI)

SPORT (indicare dettagliatamente) _____ Cod. SPORT. (vedi retro) _____

RAPPRESENTANTE

CODICE SOTTOGRUPPO _____ CODICE GRUPPO / RAMO _____
(vedi Tabella 1 sul retro) (vedi Tabella 2 sul retro)

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

RESIDENZA / SEDE: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

NUMERO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

PAESE ESTERO DI RESIDENZA _____ CODICE _____

CODICE FISCALE / PARTITA IVA _____

CODICE FISCALE _____ SESSO M F

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

DOC. DI RICON. _____ NUMERO _____ RILASCIATO DA _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

LOCALITÀ DI RILASCIO _____ DATA DI RILASCIO _____

Istituto bancario _____ IBAN _____
(compilare solo in caso di pagamento in conto corrente bancario)

DATA _____ IL CONTRAENTE O IL RAPPRESENTANTE _____

ASSICURANDO (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

RESIDENZA: INDIRIZZO _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____ PROV. _____

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente) _____ COD. PROF. _____ SESSO M F

CODICE FISCALE _____

BENEFICIARI (*)

Nome e Cognome o Ragione sociale, Data e Luogo di nascita o Sede Legale, C.F. o P.IVA, Recapiti _____

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

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 / / Età dell'Assicurato anni

Prestazione iniziale . . . Euro

Periodicità del Premio: unico

Premio Unico (*) . . . Euro di cui

. . . Euro derivante da reinvestimento totale o parziale del

capitale in scadenza della/e polizza/e n. _____

riscatto della/e polizza/e n. _____

Il premio è indipendente dal sesso

COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE _____ **L'Incaricato** _____

(*) L'importo del premio unico non può essere inferiore ad € 10.000,00 (diecimila/00).

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 il premio versato. La Società trattiene dalla somma rimborsabile l'importo di € 100,00 (cento/00) per il recupero delle spese sostenute per l'emissione del contratto. Le comunicazioni, contenenti gli elementi identificativi del contratto, devono essere indirizzate al seguente recapito:

**HDI Assicurazioni S.p.A. -
RAMI VITA - GESTIONE PORTAFOLIO -
Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma**

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

- Il Sottoscritto**
- 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 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. Se il premio è versato dopo tali date, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento;
 - 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 _____

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 eventuale documentazione e 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 i documenti che, unitamente alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (Mod. V1VIOBFIE Ed. 09/2018) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.

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 28/02/1992, accertata con le modalità di cui all'art. 4 della medesima legge.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____

Il Sottoscritto Contraente/Il Sottoscritto Assicurando dichiara/no di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del codice civile, le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione: Art. 6 Riscatto - Art. 9 Pagamenti della Società.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURANDO _____

ATTENZIONE: NON E' 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 _____

PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO: il premio è unico ed è possibile effettuare versamenti aggiuntivi. I mezzi di pagamento consentiti sono: assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." o all'Intermediario espressamente in tale qualità munito della clausola di non trasferibilità, bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o all'Intermediario espressamente in tale qualità e pagamento effettuato in pari data con liquidazione del capitale proveniente da altra/e polizza/e emessa/e dalla Società.

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

CODICI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO

ATTIVITA' PROFESSIONALI

- Impiegato
- Operaio F.S.
- Manovratore/Deviatore F.S.
- Macchinista F.S.
- Personale viaggiante F.S.
- Casalinga
- Commerciante
- Studente
- Pensionato
- Medico generico
- Minori, disoccupati
- Artificiere - addetto all'utilizzo di materiale esplosivo
- Autisti autotreni, auto servizio di piazza, piazzisti e rappresentanti
- Conduttori macchine agricole (trattoristi, ecc.)
- Conduttori macchine operatrici (gru, ruspe, pale meccaniche)
- Marittimi imbarcati su velieri, pescherecci, rimorchiatori, piccolo cabotaggio
- Personale impianti produzione cemento, gesso, calce
- Personale edilizia con accesso ad impalcature e tetti
- Personale navale-edile con accesso a impalcature, scali, stive
- Personale addetto installazione, manutenzione linee elettriche
- Chimico e petrolchimico a contatto con materiali esplosivi radioattivi-tossico
- Personale industrie metallurgiche, siderurgiche, acciaierie
- Radiologi, personale reparti di malattie infettive e contagiose
- Militari e forze dell'ordine di reparti operativi
- Pubblica sicurezza fino al grado di commissario
- Guardia di finanza fino al grado di tenente
- Pompieri, guardie giurate, guardiani notturni, vigili urbani, agenti di custodia
- Personale addetto a lavori in pozzi, cave e gallerie
- Personale di centrali termonucleari
- Personale miniere, gallerie, solfatore, pozzi, sotterranei
- Personale circo, acrobati a terra
- Personale circo acrobati in aria, domatori e custodi di belve
- Personale che accudisce il bestiame
- Operai asfaltatura stradale
- Collaudatori pneumatici
- Collaudatori automobili prove di velocità
- Operai distillazione del catrame
- Operai industria della ceramica
- Operai con accesso a celle frigorifere
- Fumigatori e disinfestatori
- Geologi che svolgono attività nel sottosuolo
- Operai produzione ghiaccio artificiale

CODICE ATTIVITA' PROFESSIONALI

- G 001 - Operai laterizi e materiali refrattari
- G 002 - Operai concerie pelli
- G 003 - Operai ricerca, estrazione petrolio su terraferma
- G 004 - Personale ricerca, estrazione petrolio piattaforme alto mare
- G 005 - Operai raffinazione petrolio
- G 006 - Pulitori con scale aeree o ad altezze rilevanti
- G 007 - Radiotecnici con installazione di antenne su tetti
- G 008 - Scaricatori
- G 009 - Addetti installazione tralicci e cavi teleferiche
- G 010 - Addetti installazione linee telefoniche
- G 011 - Operai trementina, resina
- P 001 - Operai vetrerie
- P 002 - Guida montana
- P 003 - Militare equipaggio di volo
- P 004 - Militare pilota in servizio
- Trapezista
- P 005 - Sommozzatore
- P 006 - Palombaro
- P 007 - Stunt-man
- P 008 - Giornalista inviato speciale
- P 009 - Pilota di velivoli in genere
- Operaio generico
- P 010
- P 011
- P 012
- P 013 **ATTIVITA' SPORTIVE** (per tutte le categorie)
- P 014
- P 015 - Sport sulla neve sci nautico (senza autorespiratore)
- Ciclismo su pista (professionisti)
- P 016 - Automobilismo e motociclismo su pista (dilettanti)
- P 017 - Automobilismo e motociclismo (con partecipazione a gare)
- P 018 - Pugilato e discipline da combattimento (dilettanti)
- P 019 - Alpinisti con guida patentata e guida alpina
- P 020 - Alpinisti senza guida
- P 021 - Volo in deltaplano
- P 022 - Conducenti di go-kart
- P 023 - Automobilismo, motociclismo, gare di regolarità (dilettanti)
- P 024 - Automobilismo professionisti gare di regolarità (rallies)
- P 025 - Professionisti arti marziali, lotta
- P 026 - Giocatori di calcio (professionisti)
- P 027 - Regate velistiche
- P 028 - Paracadutismo
- P 029 - Gare di bob
- P 030 - Motonautica
- P 031 - Speleologia

CODICE

- P 032
- P 033
- P 034
- P 035
- P 036
- P 037
- P 038
- P 039
- P 040
- P 041
- P 042
- P 043
- P 044
- P 045
- P 046
- P 047
- P 048
- P 049
- P 050
- P 051
- P 052
- P 053
- CODICE**
- S 001
- S 002
- S 003
- S 004
- S 005
- S 006
- S 007
- S 008
- S 009
- S 010
- S 011
- S 012
- S 013
- S 014
- S 015
- S 016
- S 017
- S 018

SEDE CONTABILE

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 a 003.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

1 = A ruolo
 3 = Contanti - C/C postale
 4 = C/C bancario

CATEGORIA

F = Dipendenti FS*
 N = Clientela ordinaria
 D = Dipendenti HDI
 * solo per modalità di pagamento

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)

