

# PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N.

## OBIETTIVO INVESTIMENTO

N. Polizza

(Riservato alla Direzione)

N. Antiriciclaggio

(Riservato alla Direzione)

Data ultimo aggiornamento del documento 13/12/2023

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

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

### CONTRAENTE

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE / DENIMINAZIONE SOCIALE

DATA DI NASCITA                                      LUOGO DI NASCITA                                      PROV.

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente)                      Cod.PROF.(vedi retro)                                      SESSO

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

CODICE SOTTOGRUPPO                                      CODICE GRUPPO / RAMO

RESIDENZA / SEDE LEGALE : INDIRIZZO                                      N.

CAP                                      LOCALITÀ                                      PROV.

DOMICILIO / SEDE: INDIRIZZO                                      N.

CAP                                      LOCALITÀ                                      PROV.

NUMERO TELEFONICO                                      EMAIL

PAESE ESTERO DI RESIDENZA                                      CODICE

CODICE FISCALE / PARTITA IVA

DOC. DI RICON.                                      NUMERO                                      RILASCIATO DA

LOCALITÀ DI RILASCIO                                      DATA DI RILASCIO                                      DATA DI SCADENZA

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 / SEDE: INDIRIZZO                                      N.

DOMICILIO / SEDE: INDIRIZZO                                      N.

PROFESSIONE (indicare dettagliatamente)                      COD.PROF                                      SESSO

DOC. DI RICON.                                      NUMERO                                      RILASCIATO DA

LOCALITÀ DI RILASCIO                                      DATA DI RILASCIO                                      DATA DI SCADENZA

DATA DI NASCITA                                      LUOGO DI NASCITA                                      PROV.

CAP                                      LOCALITÀ                                      PROV.

CAP                                      LOCALITÀ                                      PROV.

CODICE FISCALE

NUMERO                                      RILASCIATO DA

DATA DI RILASCIO                                      DATA DI SCADENZA

### 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) \_\_\_\_\_

Eventuale 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

<b>Efficacia</b>	Età dell'Assicurato <input type="text"/> anni
<b>Prestazione iniziale</b>	Euro
<b>Periodicità del premio:</b>	
<b>Premio Unico (*)</b>	Euro di cui
	Euro derivante da reinvestimento <input type="checkbox"/> totale o <input type="checkbox"/> parziale del
	<input type="checkbox"/> capitale in scadenza della/e polizza/e n. _____
	<input type="checkbox"/> riscatto della/e polizza/e n. _____
<b>Il premio è indipendente dal sesso</b>	
<b>COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE</b> _____ <b>L'Incaricato</b> _____	

(\*) L'importo del premio unico non può essere inferiore ad € 50.000,00 (cinquantamila/00) e non superiore ad € 2.000.000,00 (duemilioni/00).

## RECESSO DAL CONTRATTO

Entro 30 giorni dalla sottoscrizione della proposta, il Contraente può recedere dal contratto per iscritto 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 dalla ricezione della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio pagato, meno le spese già sostenute dalla Società per l'emissione del contratto, quantificate in Euro 100,00 (cento/00). Tale importo di Euro 100,00 (cento/00) non sarà dovuto nel caso in cui il recesso venga esercitato dal Contraente prima del pagamento del Premio.

**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.**

## DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

### Il Sottoscritto

- prende atto che il contratto si considera concluso con la sottoscrizione della proposta da parte del Contraente (che pertanto ha valore di accettazione) e produce effetti dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio;
- dichiara di prendere atto che la conclusione e gli effetti del contratto sono subordinate alle verifiche previste dalla normativa vigente in assenza di impedimenti normativi, riceve dalla Società una lettera riepilogativa delle caratteristiche del contratto;
- 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 anche specificamente per l'ipotesi di decesso dello stesso, ad acquisire eventuale documentazione giudiziarie presso le Autorità competenti.**

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

**Il Sottoscritto Assicurando** (quando non sia lo stesso del Contraente) dichiara di avere 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. V10BINSIA Ed 12/2023) del prodotto.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ IL CONTRAENTE \_\_\_\_\_

**Il Sottoscritto Contraente** dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni all/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/no di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art.1341 del codice civile, le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione art. 9 e ss. Riscatto - Art. 15 e ss. Documentazione necessaria - Art. 16 Termini di pagamento della Società.

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 \_\_\_\_\_

**PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO:** Il Contraente può versare i premi (premio unico iniziale e versamenti aggiuntivi) con assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." o all'Intermediario (specificando in tal caso che il versamento è fatto a tale soggetto "in qualità di intermediario di HDI Assicurazioni S.p.A.") e munito della clausola di non trasferibilità, con bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o all'Intermediario (specificando in tal caso che il versamento è fatto a tale soggetto "in qualità di intermediario di HDI Assicurazioni S.p.A."), con bancomat o carta di debito senza oneri a carico del cliente, con pagamento effettuato nella stessa data di liquidazione del capitale proveniente da altra/e polizza/e emessa/e dalla Società o, ove previsto, con addebito su conto corrente (Addebito diretto SEPA SDD) intestato al Contraente. In quest'ultimo caso, qualora il conto corrente bancario di addebito venga estinto o modificato, al fine di garantire la continuità dei versamenti, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società, la variazione delle coordinate bancarie (codice IBAN) almeno quarantacinque giorni prima della scadenza della rata successiva o eventualmente a sottoscrivere un 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

## CODICI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO

ATTIVITA' PROFESSIONALI	CODICE	ATTIVITA' PROFESSIONALI	CODICE
– Impiegato	G 001	– Operai laterizi e materiali refrattari	P 032
– Operaio F.S.	G 002	– Operai concerie pelli	P 033
– Manovratore/Deviatore F.S.	G 003	– Operai ricerca, estrazione petrolio su terraferma	P 034
– Macchinista F.S.	G 004	– Personale ricerca, estrazione petrolio piattaforme alto mare	P 035
– Personale viaggiante F.S.	G 005	– Operai raffinazione petrolio	P 036
– Casalinga	G 006	– Pulitori con scale aeree o ad altezze rilevanti	P 037
– Commerciante	G 007	– Radiotecnici con installazione di antenne su tetti	P 038
– Studente	G 008	– Scaricatori	P 039
– Pensionato	G 009	– Addetti installazione tralicci e cavi teleferiche	P 040
– Medico generico	G 010	– Addetti installazione linee telefoniche	P 041
– Minori, disoccupati	G 011	– Operai trementina, resina	P 042
– Artificiere - addetto all'utilizzo di materiale esplosivo	P 001	– Operai vetrerie	P 043
– Autisti autotreni, auto servizio di piazza, piazzisti e rappresentanti	P 002	– Guida montana	P 044
– Conduttori macchine agricole (trattoristi, ecc.)	P 003	– Militare equipaggio di volo	P 045
– Conduttori macchine operatrici (gru, ruspe, pale meccaniche)	P 004	– Militare pilota in servizio	P 046
– Marittimi imbarcati su velieri, pescherecci, rimorchiatori, piccolo cabotaggio	P 005	– Trapezista	P 047
– Personale impianti produzione cemento, gesso, calce	P 006	– Sommozzatore	P 048
– Personale edilizia con accesso ad impalcature e tetti	P 007	– Palombaro	P 049
– Personale navale-edile con accesso a impalcature, scali, stive	P 008	– Stunt-man	P 050
– Personale addetto installazione, manutenzione linee elettriche	P 009	– Giornalista inviato speciale	P 051
– Chimico e petrolchimico a contatto con materiali esplosivi radioattivi-tossico	P 010	– Pilota di velivoli in genere	P 052
– Personale industrie metallurgiche, siderurgiche, acciaierie	P 011	– Operaio generico	P 053
– Radiologi, personale reparti di malattie infettive e contagiose	P 012		
– Militari e forze dell'ordine di reparti operativi	P 013	<b>ATTIVITA' SPORTIVE (per le categorie)</b>	<b>CODICE</b>
– Pubblica sicurezza fino al grado di commissario	P 014	– Sport acquatici e subacqueo (senza autorespiratore)	S 001
– Guardia di finanza fino al grado di tenente	P 015	– Ciclismo (categorizzazione professionisti)	S 002
– Pompieri, guardie giurate, guardiani notturni, vigili urbani, agenti di custodia	P 016	– Automobilismo e motociclismo su pista (dilettanti)	S 003
– Personale addetto a lavori in pozzi, cave e gallerie	P 017	– Motocross e motocross (con partecipazione a gare)	S 004
– Personale di centrali termonucleari	P 018	– Arti marziali discipline da combattimento (dilettanti)	S 005
– Personale miniere, gallerie, solfatare, pozzi, sotterranei	P 019	– Alpinisti (senza guida patentata e guida alpina)	S 006
– Personale circo, acrobati a terra	P 020	– Alpinisti (senza guida)	S 007
– Personale circo acrobati in aria, domatori e custodi di belve	P 021	– Volo in deltaplano	S 008
– Personale che accudisce il bestiame	P 022	– Conducenti di go-kart	S 009
– Operai asfaltatura stradale	P 023	– Automobilismo, motociclismo, gare di regolarità (dilettanti)	S 010
– Collaudatori pneumatici	P 024	– Automobilismo professionisti gare di regolarità (rallies)	S 011
– Collaudatori automobili prove di velocità	P 025	– Professionisti arti marziali, lotta	S 012
– Operai distillazione del catrame	P 026	– Giocatori di calcio (professionisti)	S 013
– Operai industria della ceramica	P 027	– Regate velistiche	S 014
– Operai con accesso a celle frigorifere	P 028	– Paracadutismo	S 015
– Fumigatori e disinfestatori	P 029	– Gare di bob	S 016
– Geologi che svolgono attività nel sottosuolo	P 030	– Motonautica	S 017
– Operai produzione ghiaccio artificiale	P 031	– Speleologia	S 018

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

