



ASSICURAZIONI

TCM SOLUZIONE SERENA  
PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N°

Dati riservati alla Direzione

N. Polizza

N. Antiriciclaggio

Data ultimo aggiornamento del documento 15/07/2024

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 / Sede legale Via / Piazza N. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Domicilio 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 o persona giuridica)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo nascita \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_\_

Residenza Via / Piazza N. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Data scadenza \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il Contraente o il Rappresentante \_\_\_\_\_

## ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Cognome e nome \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ sesso  M  F

Luogo nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_\_

Residenza Via / Piazza N. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Domicilio Via / Piazza N. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Cod. Prof. - (TAB 3) \_\_\_\_\_

Sport \_\_\_\_\_ Cod. Sport - (TAB 3) \_\_\_\_\_

Estremi del documento e dati integrativi dell'Assicurato

Documento di riconoscimento:  carta d'identità  passaporto  patente  altro \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_ Località di rilascio \_\_\_\_\_ Data rilascio \_\_\_\_\_ Data scadenza \_\_\_\_\_

## BENEFICIARI IN CASO DI DECESSO (\*)

**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)

 Codice (\*\*) Eventuale 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

**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 sullo stato di Non Fumatore**  
 Il Contraente, unitamente all'Assicurato, se persona diversa, dichiarano:  
 a) che l'Assicurato non ha mai fumato (sigarette - incluse quelle elettroniche - sigari, pipa o altro), oppure ha smesso di fumare da almeno sei mesi rispetto alla data di sottoscrizione della presente Proposta e non abbia mai fumato 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.

Il Contraente \_\_\_\_\_ L'Assicurando \_\_\_\_\_

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI**

**Temporanea Caso Morte a capitale costante**  Fumatore  Non Fumatore (solo se ha sottoscritto le precedenti dichiarazioni)

Facoltativa Morte da Infortunio (selezionabile solo in caso di Premio annuo costante e capitale assicurato fino a Euro 150.000,00)  
 Facoltativa Invalidità da Infortunio o Malattia (selezionabile solo in caso di Premio annuo costante)

**Efficacia** Carenza: \_\_\_\_\_ Durata \_\_\_\_\_ anni Durata pagamento premi \_\_\_\_\_ anni

**Capitale assicurato** Euro \_\_\_\_\_ **Età Assicurato** \_\_\_\_\_ anni

**Premio:**  annuo costante  unico **Frazionamento del premio:**  annuale  semestrale  quadrimestrale  
 trimestrale  bimestrale  mensile

**Premio della Temporanea Caso Morte** Euro \_\_\_\_\_  
**Premio della Facoltativa Morte da Infortunio** Euro \_\_\_\_\_ (di cui imposte Euro \_\_\_\_\_)  
**Premio della Facoltativa Invalidità da Infortunio o Malattia** Euro \_\_\_\_\_ (di cui imposte Euro \_\_\_\_\_)  
**Premio lordo di rata** Euro \_\_\_\_\_ (di cui imposte Euro \_\_\_\_\_) **Il Premio è indipendente dal sesso**

**Comunicazioni al Contraente** \_\_\_\_\_ caricato \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO SANITARIO E SULLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI / SPORTIVE**  
**Avvertenza: Prima della sottoscrizione del questionario l'Assicurato 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 in case di cura o ospedali o sottoposto a interventi chirurgici o ha in programma di effettuarne (ad esclusione di ricoveri o 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 anche in regime di day-hospital dai quali sia emersa una malattia cardiovascolare, infarto, disturbi circolatori, ipertensione, icterus e/o malattia del fegato, epatopatia acuta o cronica e/o malattia polmonare, tumorale(*), del sangue, dell'apparato urogenitale, respiratorio, osteo-articolare, digerente, del sistema endocrino-metabolico, 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"/>
(*) Le chiediamo di non fornire informazioni se il trattamento di una malattia oncologica si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni o da più di 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni, ai sensi della legge n. 193 del 7 dicembre 2023. Sono previsti termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni.		
3. Ha effettuato negli ultimi _____ mesi esami di laboratorio da cui siano emersi valori fuori dalla norma? Se SI, indicare quali _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. Negli ultimi 12 mesi ha assunto regolarmente medicinali oppure si è sottoposto a terapie continuative o follow up per qualche malattia? Se SI, indicare quali _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5. 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"/>
6. E' portatore di invalidità di qualsiasi grado, entità o genere oppure è titolare di una pensione o assegno di invalidità o ha fatto domanda per ottenerla presso un ente preposto? Se SI, indicare quali _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7. 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"/>
8. 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"/>
9. Costituzione: ALTEZZA: CM _____ PESO: KG _____		
10. Pressione arteriosa: PRESSIONE ARTERIOSA: MAX _____ MIN _____		
11. La sua attività professionale e/o sportiva la espone a particolari rischi? (es. contatto con sostanze chimiche, esplosive, radioattive, velenose e/o tossiche; 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; guida a livello professionale o collaudo di auto, motocicli, natanti e aeromobili (non di linea); appartenenza alle forze dell'ordine, ai militari o ai vigili del fuoco con lavoro non esclusivamente amministrativo; 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) Se SI, fornire dettagli sul tipo di attività professionale e/o sportiva svolta _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Firma \_\_\_\_\_

Prima della conclusione del Contratto, il Contraente può revocare per iscritto la presente Proposta 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 revoca, rimborsa al Contraente l'eventuale Premio già pagato. Entro 30 giorni dalla conclusione del Contratto, il Contraente può recedere dal Contratto per iscritto inviando una comunicazione alla Società con le medesime modalità di cui sopra. La Società, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il Premio pagato, al netto delle eventuali imposte.

**II 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, firma la Polizza trasmessa dalla Società;
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;
3. 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 versamento del Premio è effettuato dopo tali date, il Contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento;
4. 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 \_\_\_\_\_

**II 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 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 \_\_\_\_\_

**II 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 \_\_\_\_\_

**II Sottoscritto Contraente** dichiara di aver ricevuto il Set Informativo (mod. TCMCCSIA Ed. 07/20...)

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_

**II 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 previste all'art. 4 della medesima legge.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_

**II Sottoscritto Contraente** dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni al 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 \_\_\_\_\_

**II Sottoscritto Contraente** dichiara di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art.1341 del Codice Civile, le seguenti clausole delle Condizioni di assicurazione: art. 4 (Valutazione del rischio); art. 7 (Periodo di Carenza); art. 16.2 (Esclusioni); art. 17.2 (Esclusioni); art. 18.3 (Esclusioni); art. 19 (Richieste di pagamento); art. 20 (Documentazione richiesta); art. 21 (Controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro); art. 22 (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 atteso 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 o annuo costante. Il Premio annuo può essere corrisposto in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali, bimestrali 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; bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o all'Intermediario espressamente in tale qualità; bollettino di conto corrente postale; bancomat o carta di debito senza oneri a carico dei clienti; carta HDI; carta di credito; trattenuta sulla retribuzione effettuata dal datore di lavoro (solo nel caso di apposita convenzione) e addebito su 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, il Contraente dovrà comunicare alla Società le nuove coordinate bancarie (codice IBAN) almeno quarantacinque giorni prima della scadenza della rata successiva e sottoscrivere il nuovo mandato SEPA - SDD.

**Attenzione: i premi non possono essere corrisposti in contanti**



**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 CONSERVIE 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 INSTALLAZIONE 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 VETTERIE
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 DI COMPATTAMENTO (DILETTANTI)
P018	PERSONALE DI CENTRALI NUCLEARI	S006	ALPINISTI CON GUIDA TENDONTE E GUIDA ALPINA
P019	PERSONALE MINIERE, GALLERIE, SOLFATARE, POZZI, SOTTERRANEI	S007	ALPINISTI SENZA GUIDA TENDONTE E GUIDA ALPINA
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	COCCATORI CALCIO (PROFESSIONISTI)
P026	OPERAI DISTILLAZIONE DEL CATRAMI	S014	PARATE VELISTE
P027	OPERAI INDUSTRIA DELLA CERAMICA	S015	PARATE DUTISMO
P028	OPERAI CON ACCESSO A CELLE FRIGORIFERE	S016	GARE JOB
P029	FUMIGATORI E DISINFESTATORI	S017	MOTONATA
P030	GEOLOGI CHE SVOLGONO ATTIVITA' NEL SOTTOSUOLO	S018	PELELOCA

SEDE CONTABILE	MODALITÀ 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 = 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, 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)

FAC-SIMILE

PAGINA BIANCA