

N. Polizza

N. Antiriciclaggio

OBIETTIVO FUTURO

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N°

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO 23/08/2016

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)

IBAN _____
Istituto bancario _____

RAPPRESENTANTE

(Compilare se persona diversa dal Contraente e non 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. _____

CF _____ sesso M F

Professione _____ Cod. Prof. - (TAB 3) _____

Sport _____ Cod. Sport - (TAB 3) _____

BENEFICIARI

In caso di vita

A - Assicurato B - Contraente
 C - Coniuge dell'Assicurato D - Figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali
 Z - Altri _____
Cognome, nome, data di nascita "g"eqf leg hucrg

In caso di morte

1 - Eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato 2 - Contraente
 3 - Coniuge dell'Assicurato 4 - Figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali
 0 - Altri _____
Cognome, nome, data di nascita "g"eqf leg hucrg

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

Assicurazione complementare

"Infortuni" "Garanzia di famiglia": _____

Cognome e nome del Partner _____

Data di nascita _____

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

PERIODICITA' DEL PREMIO: ANNUO

Prestazione iniziale _____

Euro

Premio :

annuo costante

annuo rivalutabile

Premio Obiettivo Futuro _____

Euro

Premio della complementare "Infortuni" _____

Euro (di cui imposte _____

Euro)

Premio della complementare "Garanzia di famiglia" _____

Euro

Frazionamento del premio annuo

annuale

semestrale

quadrimestrale

trimestrale

bimestrale

mensile

Premio lordo di rata _____

Euro (di cui imposte _____

Euro)

Il premio è indipendente dal sesso.

Comunicazioni al Contraente _____

L'Incaricato _____

QUESTIONARIO SANITARIO

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto obbligato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del questionario lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche nei casi di cui 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 caso di degenza ospedaliera per interventi chirurgici (ad esclusione di interventi di appendicectomia, adeno-tonsillectomia, emiotomia, meniscectomia, fratture degli arti, 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 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"/>
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 ne ha assunti 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 malattia 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).

SI NO

In caso di risposta affermativa, si prega di fornire dettagli sul tipo di attività professionale e/o sportiva svolta:

Firma _____

Recesso dal 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 dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata. 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 dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata. 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 €25,00 (venticinque/00).

Il Sottoscritto Contraente/Il 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);
5. 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;
6. 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;
7. **dichiara di aver preso visione, prima della sottoscrizione della presente proposta, del Fascicolo Informativo contenente le Condizioni di assicurazione e di accettarle.**

Luogo e f cvc

Il Contraente

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. V10BFFIC Ed. 08/2016) del prodotto, ovvero: Scheda Sintetica, Nota Informativa, Condizioni di assicurazione e Bollo.

Luogo e data

Il Contraente

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

PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO: il premio e' annuo, costante o rivalutabile. Il premio annuo puo' essere corrisposto in rate semestrali, trimestrali, quadrimestrali, trimestrali. I mezzi di pagamento consentiti sono: assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." 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 e' 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:
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-75172
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 Assicuratrici al n. 015

TABELLA 3

G001	IMPIEGATO
G002	OPERAIO F.S.
G003	MANOVRATORE/DEVIATORE F.S.
G004	MACCHINISTA F.S.
G005	PERSONALE VIAGGIANTE F.S.
G006	CASALINGA
G007	COMMERCIANTE
G008	STUDENTE
G009	PENSIONATO
G010	MEDICO GENERICO
G011	MINORI, DISOCCUPATI
P001	ARTIFICIERE - ADDETTO ALL'UTILIZZO DI MATERIALE ESPLOSIVO
P002	AUTISTI AUTOTRENI, AUTOSERV. PIAZZA, PIAZZISTI, RAPPRESENTANTI
P003	CONDUTTORI MACCHINE AGRICOLE (TRATTORISTI, ECC.)
P004	CONDUTTORI MACCHINE OPERATRICI (GRU, RUSPE, PALEMECCANICHE)
P005	MARITTIMI IMBARCATI VELIERI, PESCHER., RIMORC, PICCOLO CABOT.
P006	PERSONALE IMPIANTI PRODUZIONE CEMENTO GESSO CALCE
P007	PERSONALE EDILIZIA CON ACCESSO AD IMPALCATURE E TETTI
P008	PERSON. NAVALE - EDILE CON ACCESSO A IMPALCATURE, SCALI, STIVE
P009	PERSONALE ADDETTO INSTALLAZ., MANUTENZ. LINEE ELETTRICHE
P010	CHIMICO E PETROLCH. A CONTATTO CON MAT. ESPL. RADIOATT. TOSSICO
P011	PERSONALE INDUSTRIE METALLURGICHE, SIDERURGICHE, ACCIAIERIE
P012	RADIOLOGI, PERSONALE REPARTI MALATTIE INFETTIVE E CONTAGIOSE
P013	MILITARI E FORZE DELL'ORDINE DI REPARTI OPERATIVI
P014	PUBBLICA SICUREZZA FINO AL GRADO DI COMMISSARIO
P015	GUARDIA DI FINANZA FINO AL GRADO DI TENENTE
P016	POMPIERI, G. GIURATE, G. NOTTURNI, VIGILI U., AGENTI CUSTODIA
P017	PERSONALE ADDETTO A LAVORI IN POZZI, CAVE E GALLERIE
P018	PERSONALE DI CENTRALI NUCLEARI
P019	PERSONALE MINIERE, GALLERIE, SOLFATARE, POZZI, SOTTERRANEI
P020	PERSONALE CIRCO ACROBATI A TERRA
P021	PERSON. CIRCO ACROBATI IN ARIA, DOMATORIE CUSTODI DI BELVE
P022	PERSONALE CHE ACCUDISCE IL BESTIAME
P023	OPERAI ASFALTATURA STRADALE
P024	COLLAUDATORI PNEUMATICI
P025	COLLAUDATORI AUTOMOBILI PROVE DI VELOCITA'
P026	OPERAI DISTILLAZIONE DEL CATRAME
P027	OPERAI INDUSTRIA DELLA CERAMICA
P028	OPERAI CON ACCESSO A CELLE FRIGORIFERE
P029	FUMIGATORI E DISINFESTATORI
P030	GEOLOGI CHE SVOLGONO ATTIVITA' NEL SOTTOSUOLO
P031	OPERAI PRODUZIONE GHIACCIO ARTIFICIALE
P032	OPERAI LATERIZI E MATERIALI REFRATTARI
P033	OPERAI CONCERIE PELLI
P034	OPERAI RICERCA, ESTRAZIONE PETROLIO SU TERRA FERMA
P035	PERSONALE RICERCA, ESTRAZIONE PETROLIO SU TERRA FERMA E ALLOMBAR
P036	OPERAI RAFFINAZIONE PETROLIO
P037	PULITORI CON SCALE AEREE O AD ALTEZZE RINFORZATE
P038	RADIOTECNICI CON INSTALLAZIONE DI ANTENNE SOTTILI
P039	SCARICATORI
P040	ADDETTI INSTALLAZIONE TRALICCI E CAVI TELEFONICHE
P041	ADDETTI INSTALLAZIONE LINEE TELEFONICHE
P042	OPERAI TREMENTINA, RESINA
P043	OPERAI VETRERIE
P044	GUIDA MONTANA
P045	MILITARE EQUIPAGGIO DI VOLO
P046	MILITARE PILOTA IN SERVIZIO
P047	TRAPEZISTA
P048	SOMMOZZATORE
P049	PALOMBARO
P050	STUNT - MAN
P051	GIORNALISTA INVIATO SPECIALE
P052	PILOTA DI VELIVOLI INGEGNERE
P053	OPERAIO GENERICO
S001	SPORT SUBACQUEI E SCI NAUTICO (SENZA AUTORESPIRATORE)
S002	CICLISMO, EQUITAZIONE (PROFESSIONISTI)
S003	AUTOMOBILISMO E MOTOCICLISMO SU PISTA (DILETTANTI)
S004	AUTOCROSS E MOTOCROSS (CON PARTECIPAZIONE A GARE)
S005	PUGILATO E DISCIPLINE DA COMBATTIMENTO (DILETTANTI)
S006	ALPINISTI CON GUIDA PATENTATA E GUIDA ALPINA
S007	ALPINISTI SENZA GUIDA
S008	VOLO IN DELTAPLANO
S009	CONDUCENTI DI GO - KART
S010	AUTOMOBILISMO, MOTOCICLISMO GARE DI REGOLARITA' (DILETTANTI)
S011	AUTOMOBILISMO PROFESSIONISTI GARE DI REGOLARITA' (RALLIES)
S012	PROFESSIONISTI ARTI MARZIALI, LOTTA
S013	GIOCATORI DI CALCIO (PROFESSIONISTI)
S014	REGATE VELISTICHE
S015	PARACADUTISMO
S016	GARE DI BOB
S017	MOTONAUTICA
S018	SPELEOLOGIA

FAC-SIMILE

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 = FERROVIARI CONVENZIONATI * F = DIPENDENTI FS * N = CLIENTELA ORDINARIA D = DIPENDENTI HDI * solo per modalità di pagamento 1

PAGINA BIANCA
FAC-SIMILE