

N. Polizza

N. Antiriciclaggio

## TEMPORANEA PURO RISCHIO IN FORMA DI CAPITALE COSTANTE

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N°

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO 27/05/2013

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) \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

### RAFFRESCAMENTO

(Completare se persona diversa dal Contraente e persona incaricata)

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

Firma del Contraente o del Rappresentante

Firma dell'Incaricato

### 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

- Eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato  - Contraente  - Coniuge dell'Assicurato

- Figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali  - Altri \_\_\_\_\_  
 Cognome, nome e data di nascita \_\_\_\_\_

**Dichiarazioni sullo stato di Non Fumatore**

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**

**Temporanea puro rischio a capitale costante**     Fumatore     Non Fumatore (si applica esclusivamente in caso di sottoscrizione delle precedenti dichiarazioni)

Assicurazione complementare "Infortuni" (abbinabile solo con la Temporanea puro rischio a premio annuo costante)

**Decorrenza**    /    /    **Durata**    0    anni    **Durata pagamento premi**    anni    **Età Assicurato**    0    anni

**Capitale assicurato**    Euro

**PERIODICITA' DEL PREMIO: UNICO O ANNUO**

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

**Premio della temporanea puro rischio**    Euro)

**Premio della complementare "Infortuni"**    Euro (di cui imposte    Euro)

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

**Comunicazione al Contraente** \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO SANITARIO**

**AVVERTENZA:** Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto assicurato, fornite per le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla polizza. La Società si riserva il diritto di sospendere o di annullare la polizza e di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute del soggetto assicurato. Il premio è indipendente dal sesso.

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 ospedale per interventi chirurgici (ad esclusione di interventi di appendicectomia, adenotomia, tonsillectomia, miomectomia, frantumazione di calcoli, varici, chirurgia estetica, parto)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. Negli ultimi 5 anni è mai stato ricoverato in ospedale (anche in regime di day-hospital) dai quali sia emersa una malattia cardiovascolare, di disturbi del sistema circolatorio, di malattie del fegato quale epatopatia acuta o cronica e/o malattia polmonare, tumorale, diabete, malattie del sistema endocrino-metabolico quali diabete, ipertensione, osteo-arteriosclerosi, respiratorio, osteo- articolare, digerente, del sistema endocrino-metabolico quali diabete, ipertensione, osteo- articolare, digerente, del sistema nervoso o della psiche, paralisi, AIDS o patologie ad esso correlate?	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?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5. Assume regolarmente medicinali o ne ha assunti negli ultimi dodici mesi?	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. Gode di pensione per malattia od invalidità o ne ha fatto richiesta?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8. 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"/>
9. 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"/>
10. Costituzione:    ALTEZZA: CM _____    PESO: KG _____		
11. 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 individuate e quantificate in € 20,00 (venti/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.4 delle Condizioni di assicurazione);
3. proscioglie dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono e potranno averlo curato o visitato e le altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, Aziende sanitarie, alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere;
4. 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;
5. 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;
6. 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

**Tutela Privacy - Consenso ai dati sensibili**

Il Sottoscritto Contraente / Assicurando, nella Sua qualità di interessato, dichiara di avere ricevuto e preso atto dell'Informativa sulla Privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. N. 196/03. Pertanto, apponendo la Sua firma di seguito, esprime il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi assicurativi della nostra Società e di Terzi a cui i dati verranno quindi comunicati. Sarà possibile soddisfare, inoltre, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le richieste in qualità di danneggiato. Il consenso che Lei esprime si estende anche al trattamento di eventuali dati sensibili, dati relativi a procedimenti giudiziari o infortuni nei casi sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

Luogo e data

Il Contraente

L'Assicurando

**Il Sottoscritto Assicurando** (quando non sia lo stesso del Contraente) dichiara di dare il consenso all'assicurazione e alla proposta di polizza assicurativa di cui sopra.

Luogo e data

L'Assicurando

**Il Sottoscritto Contraente** dichiara che i documenti che stanno alla base della presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (mod. VITCMCFIA Ed. 05/2013) del prodotto, ovvero nel Fascicolo Informativo Condizioni di Assicurazione e Glossario.

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:

- **Condizioni di assicurazione:** art. 4 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; art. 5 Aggravamento del rischio per perdita dello stato di Non Fumatore; art.6 Aggravamento del rischio per cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato; art. 11 Mancato pagamento del premio annuo - riattivazione; art. 13 Riscatto; art. 14 Pagamenti della Società; art. 23 Esclusioni; art. 24 Limitazioni.
- **Condizioni di assicurazione garanzia complementare "Infortuni":** art. 3 Delimitazioni dell'assicurazione - esclusioni; art.4 Estinzione dell'assicurazione; art.5 Pagamento del Capitale assicurato.

Luogo e data

Il Contraente

L'Assicurando

**PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO:** il premio puo' essere unico o annuo. Il premio annuo puo' essere corrisposto in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali, bimestrali e mensili. 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, bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società, come indicato per il pagamento tramite assegno, bancomat o carta di credito/debito se disponibile presso l'intermediario assicurativo, 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 (RID). In caso di modifica o chiusura del conto corrente bancario, il Contraente e' tenuto a comunicare alla Società le nuove coordinate bancarie (codice IBAN) almeno quarantacinque giorni prima della scadenza della rata successiva.

**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)  
Tel. +39.06.421.031 - Fax +39.06.4210.3500  
www.hdiassicurazioni.it

Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v.  
C.F. e P. IVA 04349061004  
Registro delle Imprese di Roma 7122/92  
R.E.A. di Roma n. 757172/92  
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



**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,AUTO SERV. PIAZZA, PIAZZISTI ,RAPPRESENTANTI
- P003 CONDUTTORI MACCHINE AGRICOLE (TRATTORISTI, ECC.)
- P004 CONDUTTORI MACCHINE OPERATRICI (GRU,RUSPE,PALE MECCANICHE)
- 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, DOMATORI E 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 PER TAVOLATI
- P033 OPERAI CONCIERIE PELLI
- P034 OPERAI RICERCA,ESTRAZIONE E CONTROLLO SU TERRA
- P035 PERSONALE RICERCA,ESTRAZIONE E PETROLCH. PIATTAFORME ALPINE
- P036 OPERAI PER LA AZIONE ELETTRICA
- P037 PULITRICI, SCAFFALATEE E ALTEZZE RILEV.
- P038 RADICENICI CON SUOLA DI ANTENNE SOTTERRANEE
- P039 SCARICATORI
- P040 ADDETTI ALL'OPERAZIONE DI TELEFERICHE
- P041 ADDETTI ALL'OPERAZIONE DI LINEE TELEFONICHE
- P042 OPERAI ELEMENTI RESISTENTI
- P043 OPERAI STRERIE
- P044 GUIDA MONTANA
- P045 MILITARI EQUIPAGGIO DI VOLO
- P046 MILITARI PILOTA IN SERVIZIO
- P047 TRAPEZISTA
- P048 SOMMOZZATORE
- P049 PALOMBARO
- P050 STUNT-MAN
- P051 GIORNALISTA INVIATO SPECIALE
- P052 PILOTA DI VELIVOLI IN GENERE
- 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 = FERROVIERI CONVENZIONATI * F = DIPENDENTI FS * N = CLIENTELA ORDINARIA D = DIPENDENTI HDI  * solo per modalità di pagamento 1

PAGINA CHIAMA  
FAC-SIMILE