



Assicurazioni

Dati riservati alla Direzione

N. Polizza

N. Antiriciclaggio

## TEMPORANEA PURO RISCHIO IN FORMA DI CAPITALE COSTANTE

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N°

Data ultimo aggiornamento del documento

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)

Istituto bancario IBAN

### RAPPRESENTANTE

(Compilare se persona diversa dal Contraente o per persona giuridica)

Cognome e nome

Luogo nascita Prov. Data nascita

Residenza Via / Piazza N. 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 (\*)

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

**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** anni **Durata pagamento premi** anni **Età Assicurato** anni

**Capitale assicurato** Euro

**PERIODICITÀ DEL PREMIO: UNICO O ANNUO**

**Premio :** ☐ annuo costante ☐ unico **Frazionamento del premio:** ☐ annuale ☐ semestrale ☐ quadrimestrale  
☐ trimestrale ☐ bimestrale ☐ 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) **Il premio è indipendente dal sesso**

**Comunicazioni al Contraente** \_\_\_\_\_ **L'Incaricato** \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO SANITARIO**

**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. Prima della sottoscrizione del questionario lo stesso soggetto 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. Ritene 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 case di cura o ospedali per interventi chirurgici (ad esclusione di 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"/>
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 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 dai quali 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. Gode di pensione per malattia od invalidità o ne ha fatto richiesta? Se SI, indicare quali .....	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, venefiche 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 in 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 € 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. 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;
4. 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;
5. **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 e 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 \_\_\_\_\_

**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. Ed. \_\_\_\_\_) del prodotto, ovvero: Nota Informativa, Condizioni di assicurazione, Glossario.**

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

**Il Sottoscritto Contraente dichiara che tra i Beneficiari indicati nella presente proposta ☐ 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/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. 17 Pagamenti della Società; art. 23 Esclusioni; art. 24 Limitazioni.
- **Condizioni di assicurazione garanzia complementare "Infortuni":** art. 3 Delimitazione dell'Assicurazione - esclusione; art. 4 Estinzione dell'Assicurazione; art. 5 Pagamento del Capitale assicurato.

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 può essere unico o annuo. Il premio annuo può essere corrisposto in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali. 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, bollettino di conto corrente postale, 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, 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, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società le nuove 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-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







**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 CONGERIE 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 O 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 TELEFERICHE
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 VETRERIE
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 DA COMBATTIMENTO (DILETTANTI)
P018	PERSONALE DI CENTRALI NUCLEARI	S006	ALPINISTI CON GUIDA PATENTATA E GUIDA ALPINA
P019	PERSONALE MINIERE, GALLERIE, SOLFATARE, POZZI, SOTTERRANEI	S007	ALPINISTI SENZA GUIDA
P020	PERSONALE CIRCO ACROBATI A TERRA	S008	VOLO IN DELTAPLANO
P021	PERSON. CIRCO ACROBATI IN ARIA, DOMATORI E CUSTODI DI BELVE	S009	CONDUCENTI DI CARRO
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	GIOCATORI DI CALCIO (PROFESSIONISTI)
P026	OPERAI DISTILLAZIONE DEL CATRAME	S014	REGATE VELICHE
P027	OPERAI INDUSTRIA DELLA CERAMICA	S015	PARACATINISMO
P028	OPERAI CON ACCESSO A CELLE FRIGORIFERE	S016	GARE DI BOIA
P029	FUMIGATORI E DISINFESTATORI	S017	MOTONAUTICA
P030	GEOLOGI CHE SVOLGONO ATTIVITA' NEL SOTTOSUOLO	S018	SPELEOLOGIA

SEDE CONTABILE	MODALITA' DI PAGAMENTO	CATEGORIA
Per le categorie ferroviarie è uguale al codice delle FS.	1 = FERROVIERI	C = FERROVIERI CONVENZIONATI *
Per le categorie convenzionate è uguale al codice di appartenenza.	3 = DILETTANTI - C/C POSTALE	F = DIPENDENTI FS *
Per addebito in C/C bancario è uguale a 005.	4 = C/C BANCARIO	N = CLIENTELA ORDINARIA
Per pagamento alla mano o con c/c postale è uguale a 002.		D = DIPENDENTI HDI
Per pagamento premio unico è uguale 003.		* solo per modalità di pagamento 1

**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)

PAGINA BIANCA

FAC-SIMILE