

N. Polizza

N. Antiriciclaggio

TEMPORANEA PURO RISCHIO IN FORMA DI RENDITA CERTA

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N°

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO 28/01/2014

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 3) Cod. Sottogruppo (TAB 1)

CF/ Partita IVA

Sesso M F

Coordinate bancarie (solo in caso di pagamento in conto corrente bancario)

Istituto bancario

RAPIRESENTANTE

(Compilare se persona diversa dal Contraente e persona fisica)

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

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 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 rendita certa ☐ Fumatore ☐ Non Fumatore (si applica esclusivamente in caso di sottoscrizione delle precedenti dichiarazioni)

Decorrenza _____ Durata _____ anni Durata pagamento premi _____ anni Età Assicurato _____ anni

Rendita annua assicurata _____ Euro Rateazione della Rendita ☐ annuale ☐ semestrale ☐ mensile

PERIODICITA' DEL PREMIO: UNICO O ANNUO

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

Premio lordo di rata _____ Euro (di cui imposte _____ Euro) Il premio è _____ indipendente dal sesso.

Comunicazione al Contraente _____

QUESTIONARIO SANITARIO

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal sottoscrittore o dal beneficiario, fornite per ottenere la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla polizza assicurativa. Il sottoscrittore o il beneficiario deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di esso. Anche se non è obbligato a pagare il premio, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare lo 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 ospedale di cura o di cura palliativa per interventi chirurgici (ad esclusione di interventi di appendicectomia, adeno-tomografia, proctotomia, emicistomia, frattura di un arto, ernia, chirurgia estetica, parto)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. Negli ultimi 5 anni hai sofferto di disturbi cronici, anche in regime di day-hospital dai quali sia emersa una malattia cardiovascolare, di disturbi circolatori, di artrosi, di osteoporosi e/o di malattie del fegato quale epatopatia acuta o cronica e/o malattia polmonare, tumorale, diabete, disturbi 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, 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 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).

II Sottoscritto Contraente/II 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 Sue 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 in materia di limiti sopra indicati ed in linea con le autorizzazioni rilasciate dal Garante.

Luogo e data

Il Contraente

L'Assicurando

II Sottoscritto Assicurando (quando non sia lo stesso del Contraente) dichiara di aver preso visione della presente proposta e di accettare le Condizioni di assicurazione e di accettarle.

Luogo e data

L'Assicurando

II Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti che, in relazione alla presente proposta, sono contenuti nel Fascicolo Informativo (mod. VITCMRFB Ed. 01/2014) del prodotto, ovvero la Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.

Luogo e data

Il Contraente

II Sottoscritto Contraente/II 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: 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.

Luogo e data

Il Contraente

L'Assicurando

PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO: il premio può essere unico o annuo. Il premio annuo può essere corrisposto in rate semestrali, 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 è 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)
Telefono +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 Imprese di Roma 7122/92
R.E.A. di Roma 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 TETTI
P033	OPERAI CONCIERIE PELLI
P034	OPERAI RICERCA,ESTRAZIONE E CONTROLLO SU TERRA
P035	PERSONALE RICERCA,ESTRAZIONE E PETROLCH.ATTAFORMA ALPINA
P036	OPERAI RACCOMANDA ELETTRICI
P037	PULITRICI,SCALFITORI E CORDA ALTEZZE RILEV.
P038	RADIO ELETTRICI CON ACCESSO ALLA LINEA DI ANTENNE SOTTERRANEE
P039	SCARICATORI
P040	ADDETTI ALL'ESPLORAZIONE DI LINEE TELEFERICHE
P041	ADDETTI ALL'ESPLORAZIONE DI LINEE TELEFONICHE
P042	OPERAI ELEMENTI PRESERVISORI
P043	OPERAI MINIERE
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 DELTA PLANO
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

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 * <u>solo per modalità di pagamento 1</u>

PAGINA FINALE
FAC-SIMILE