



ASSICURAZIONI

**TCM VITA FACILE**  
PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N°

Dati riservati alla Direzione

Data ultimo aggiornamento del documento

N. Polizza

N. Antiriciclaggio

Agenzia

Cod. Agenzia

Cod. Subagenzia

Cod. Produttore

Cat.

Mod. Pag.

Sede Contabile

N. matricola Contraente

CIN

**CONTRAENTE**

**il soggetto che stipula la Polizza e paga il relativo costo (Premio)**

Cognome e nome o Denominazione

Luogo nascita

Prov.

Data nascita

Residenza o Sede legale Via / Piazza N.

Cap

Località

Prov.

Domicilio o Sede secondaria Via / Piazza N. (se diverso dalla residenza)

Cap

Località

Prov.

CF o Partita Iva

**Documento di riconoscimento del Contraente**

Documento di riconoscimento:

carta d'identità

passaporto

patente

altro

Numero

Rilasciato da

Località di rilascio

Data rilascio

Data scadenza

**Eventuale rappresentante del Contraente**

**Il legale rappresentante di una persona giuridica o il rappresentante di una persona fisica**

Cognome e nome

Luogo nascita

Prov.

Data nascita

Residenza Via / Piazza N.

Cap

Località

Prov.

Domicilio Via / Piazza N. (se diverso dalla residenza)

Cap

Località

Prov.

CF

**Documento di riconoscimento del Rappresentante**

Documento di riconoscimento:

carta d'identità

passaporto

patente

altro

Numero

Rilasciato da

Località di rilascio

Data rilascio

Data scadenza

## ASSICURATO (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

la persona fisica la cui vita è assicurata con la Polizza

Cognome e nome

Luogo nascita

Prov.

Data nascita

Residenza Via / Piazza N.

Cap

Località

Prov.

Domicilio Via / Piazza N. (se diverso dalla residenza)

Cap

Località

Prov.

CF

### Documento di riconoscimento dell'Assicurato

Documento di riconoscimento:

carta d'identità

passaporto

patente

altro

Numero

Rilasciato da

Località di rilascio

Data rilascio

Data scadenza

## BENEFICIARI

persone che ricevono il Capitale Assicurato da HDI se l'Assicurato muore prima della scadenza della Polizza

AVVERTENZE: a) Se non compili i dati anagrafici dei Beneficiari, alla morte dell'Assicurato HDI potrà avere più difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari; b) invia una comunicazione scritta ad HDI se vuoi modificare o revocare uno o più Beneficiari.



### CHIARIMENTO

Poiché col passare del tempo le situazioni possono cambiare (es. gli eredi al momento della firma della Proposta potrebbero essere diversi dagli eredi al momento della morte dell'Assicurato), l'indicazione dei Beneficiari in forma specifica è molto utile perché evita dubbi sui soggetti a cui HDI deve pagare il Capitale Assicurato.

### Indicazione Beneficiari in forma specifica

Cognome e Nome o Denominazione

Data e Luogo nascita (se persona fisica)

Sede legale (se persona giuridica)

CF o P. IVA

Recapiti (anche e-mail)

Se vuoi indicare altri Beneficiari in forma specifica, compila il "Modulo per la designazione di ulteriori Beneficiari".

### Indicazione Beneficiari in forma generica

- Eredi testamentari o, in mancanza, eredi legittimi dell'Assicurato, al momento della morte dell'Assicurato, in parti uguali
- Eredi testamentari o, in mancanza, eredi legittimi dell'Assicurato, al momento della morte dell'Assicurato, pro quota in base alle regole successorie
- Figli dell'Assicurato nati e nascituri, in parti uguali
- Figli del Contraente nati e nascituri, in parti uguali
- Contraente (solo se diverso dell'Assicurato)

### Comunicazione ai Beneficiari

- Chiedo ad HDI di non inviare comunicazioni ai Beneficiari prima della morte dell'Assicurato.
- Per ragioni di riservatezza, chiedo ad HDI di contattare - alla morte dell'Assicurato - un referente terzo da me indicato e diverso dai Beneficiari.

Nome e Cognome, Data e Luogo di nascita, C.F., Recapiti (anche di posta elettronica)

Data e firma del Referente Terzo

### Documento di riconoscimento del Referente Terzo

Documento di riconoscimento:	<input type="checkbox"/> carta d'identità	<input type="checkbox"/> passaporto	<input type="checkbox"/> patente	<input type="checkbox"/> altro	_____
					Numero
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Rilasciato da		Località di rilascio	Data rilascio	Data scadenza	

### CARATTERISTICHE DELLA POLIZZA

Data di efficacia: \_\_\_\_\_

Età Assicurato: \_\_\_\_\_

Durata:  5 anni  10 anni

Capitale Assicurato:  50.000  100.000

Premio annuo: € \_\_\_\_\_ di cui imposte € ( \_\_\_\_\_ )

#### Costi aggiuntivi per il pagamento a rate

Rate	mensili	semestrali
Costo aggiuntivo	3,50%	1,50%

Premio:  annuale € \_\_\_\_\_  semestrale € \_\_\_\_\_  mensile € \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO SANITARIO PER L'ASSICURATO

**AVVERTENZE:** a) prima di firmare, verifica di aver fornito dichiarazioni esatte nel Questionario Sanitario; b) anche se la Polizza non lo prevede, l'Assicurato può sottoporsi, a sue spese, ad una visita medica per certificare il suo stato di salute; c) L'Assicurato che esercita il diritto all'oblio oncologico non è tenuto a sottoporsi ad accertamenti medici che forniscono indicazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

<p>Negli ultimi 5 anni sei mai stato ricoverato (anche in regime di day hospital) o adesso sei in attesa di essere 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 sì, indicare quali:</p> <p>_____</p>	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<p>Negli ultimi 5 anni hai fatto cure o accertamenti da cui è emersa una delle seguenti malattie?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• malattia cardiovascolare,</li> <li>• disturbi circolatori,</li> <li>• ipertensione,</li> <li>• ictus,</li> <li>• malattia del fegato quale epatopatia acuta o cronica,</li> <li>• malattia polmonare,</li> <li>• malattia tumorale*,</li> <li>• malattia del sangue,</li> <li>• malattia dell'apparato urogenitale,</li> <li>• malattia dell'apparato respiratorio,</li> <li>• malattia dell'apparato osteo-articolare,</li> <li>• malattia dell'apparato digerente,</li> <li>• malattia dell'apparato del sistema endocrino-metabolico quale diabete,</li> <li>• malattia della tiroide,</li> <li>• malattia del sistema nervoso o della psiche,</li> <li>• paralisi,</li> <li>• sindrome da HIV, AIDS o</li> <li>• patologie correlate alle precedenti?</li> </ul> <p>Se sì, indicare quali:</p> <p>_____</p> <p><small>* Ti chiediamo di non fornire informazioni se il trattamento attivo di una malattia tumorale 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.</small></p>	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<p>Hai malattie per le quali ti è stato prescritto dal medico di prendere farmaci per più di 30 giorni consecutivi? Se sì, indicare quali:</p> <p>_____</p>	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<p>Sei affetto da alcolismo, tossicodipendenza o farmacodipendenza? Se sì, indicare quali:</p> <p>_____</p>	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<p>Sei portatore di invalidità di qualsiasi grado, entità o genere oppure sei titolare di una pensione o assegno di invalidità o hai fatto domanda per ottenerla presso un ente preposto? Se sì, indicare quali:</p> <p>_____</p>	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**AVVERTENZA:** le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per stipula della Polizza possono compromettere il diritto alla prestazione. Ciò non si applica nei casi in cui il soggetto esercita il diritto all'oblio oncologico.

Firma \_\_\_\_\_



## FIRMA DEL CONTRAENTE O DELL'ASSICURATO, SE DIVERSO DAL CONTRAENTE

\* \* \*

Il Contraente o l'Assicurato, se persona diversa, delega irrevocabilmente HDI (ex art. 1723, 2 c., c.c.), ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 e anche specificamente per l'ipotesi di propria morte, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause della sua morte presso qualsiasi professionista o Ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Contraente o l'Assicurato, se diverso \_\_\_\_\_

## FIRMA DELL'ASSICURATO, SE DIVERSO DAL CONTRAENTE

L'Assicurato, se persona diversa dal Contraente, dà il suo consenso all'assicurazione sulla sua vita, ai sensi dell'art. 1919 c.c.

Luogo e data \_\_\_\_\_

l'Assicurato \_\_\_\_\_

## SPAZIO RISERVATO ALL'INTERMEDIARIO

**Io sottoscritto Incaricato dichiaro di aver ricevuto, al momento della firma della presente Proposta, il pagamento del Premio o della prima rata di Premio secondo le modalità di seguito indicate:**

L'importo del Premio annuo o della prima rata di Premio :  annuale  semestrale  mensile

di Euro \_\_\_\_\_ viene versato dal Contraente in data \_\_\_\_\_

mediante:  Assegno non trasferibile n° \_\_\_\_\_  Bonifico  Altro (tra i mezzi di pagamento sopra indicati)

\* \* \*

**Io sottoscritto Incaricato dichiaro di aver accertato l'identità del Contraente (ed eventuale suo Rappresentante) o del Legale Rappresentante a mezzo di documento di riconoscimento di cui ho acquisito copia. Inoltre, tutte le firme di questa Proposta sono state apposte in mia presenza.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

L'incaricato \_\_\_\_\_



HDI Assicurazioni S.p.A.  
Sede Legale e Direzione Generale:  
Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (IT)  
Telefono +39 06.4210.31 - Fax +39 06.4210.3500  
hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it

Capitale Sociale € 351.000.000,00 i.v.  
Codice Fiscale, Partita IVA  
e Numero d'iscrizione: 04349061004  
del Registro Imprese di Roma,  
N. REA: RM-757172

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