

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: | <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 | |

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: | <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 | |

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 non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni 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)?</p> <p>Se sì, indicare quali:</p> <hr/> | SI <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">• malattia cardiovascolare,• disturbi circolatori,• ipertensione,• ictus,• malattia del fegato quale epatopatia acuta o cronica,• malattia polmonare,• malattia tumorale*,• malattia del sangue,• malattia dell'apparato urogenitale,• malattia dell'apparato respiratorio,• malattia dell'apparato osteo-articolare,• malattia dell'apparato digerente,• malattia dell'apparato del sistema endocrino-metabolico quale diabete,• malattia della tiroide,• malattia del sistema nervoso o della psiche,• paralisi,• sindrome da HIV, AIDS o• patologie correlate alle precedenti? <p>Se sì, indicare quali:</p> <hr/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <p>* 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.</p> | | |
| <p>Hai malattie per le quali ti è stato prescritto dal medico di prendere farmaci per più di 30 giorni consecutivi?</p> <p>Se sì, indicare quali:</p> <hr/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <p>Sei affetto da alcolismo, tossicodipendenza o farmacodipendenza?</p> <p>Se sì, indicare quali:</p> <hr/> | SI <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?</p> <p>Se sì, indicare quali:</p> <hr/> | SI <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. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

Firma _____

Modalità di pagamento del Premio

Puoi pagare il Premio con:

- Assegno non trasferibile intestato ad HDI Assicurazioni S.p.A. o all'intermediario (specificando nel campo "a" dell'assegno, accanto al nome dell'intermediario: "in qualità di intermediario di HDI Assicurazioni S.p.A.")
- Bonifico bancario o postale su conto corrente intestato ad HDI Assicurazioni S.p.A. o all'intermediario (specificando in tal caso "in qualità di intermediario di HDI Assicurazioni S.p.A.") o altri mezzi di pagamento bancario o postale, mezzi di pagamento elettronico, anche online, senza oneri a tuo carico

Non puoi pagare il Premio in contanti.

Coordinate bancarie (inserire in caso di pagamento su conto corrente bancario o postale)

| | |
|-----------------------------|-------------|
| _____ | IBAN: _____ |
| Istituto Bancario / Postale | |

Recesso dalla Polizza

Se cambi idea, puoi recedere dalla Polizza entro 30 giorni dalla firma della Proposta. Per farlo, invia una comunicazione di recesso ai recapiti di HDI indicati nella Pagina di Presentazione che trovi nelle Condizioni di Assicurazione. Il recesso ha effetto dal giorno in cui HDI riceve la tua comunicazione di recesso. Entro i successivi 30 giorni, HDI ti rimborsa il Premio pagato, al netto di (i) eventuali imposte e (ii) un importo di 20 euro per spese di emissione

FIRME DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

FIRMA DEL CONTRAENTE

Io Contraente:

1. Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente Proposta, il Set Informativo mod. V1TCMSSIA composto dal Documento informativo precontrattuale (DIP Vita) ed. 11/2025, dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Vita) ed. 02/2026, dalle Condizioni di Assicurazione ed. 11/2025 comprensive del glossario e dal modulo di proposta ed. 02/2026.
2. intendo stipulare la Polizza, secondo quanto riportato in questa Proposta e nel relativo Set informativo.

Luogo e data _____

Il Contraente _____

FIRMA DEL CONTRAENTE

3. Io Contraente dichiaro di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 c.c., le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione: art. 6 ("Si possono cambiare i Beneficiari?"), art. 10 ("C'è un periodo in cui, se muore l'Assicurato, HDI non paga il Capitale Assicurato?").

Luogo e data _____

Il Contraente _____

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