

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

Dati riservati alla Direzione

---

**N. Polizza**

Data ultimo aggiornamento del documento

---

**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:	<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

### **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.

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, adenotonsillectomia, erniotomia, meniscectomia, frattura degli arti, varici, chirurgia estetica, parto)?  
Se sì, indicare quali:

Negli ultimi 5 anni hai fatto cure o accertamenti da cui è emersa una delle seguenti malattie?

- 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?

Se sì, indicare quali:

\* 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.

Hai malattie per le quali ti è stato prescritto dal medico di prendere farmaci per più di 30 giorni consecutivi?  
Se sì, indicare quali:

Sei affetto da alcolismo, toxicodipendenza o farmacodipendenza?  
Se sì, indicare quali:

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:

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

**AVVERTENZA:** le dichiarazioni non veritieri, 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 Assicurative al n. 1.00022  
Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni"  
iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015