

Il presente Fascicolo informativo, contenente la Nota informativa, le Condizioni di assicurazione, il Glossario, il Modulo di proposta, deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Documenti aggiornati ad ottobre 2009

HDI Assicurazioni S.p.A.
Via Abruzzi, 10-00187 Roma
Tel. +39 06 421 031
Fax +39 06 4210 3500
hdi.assicurazioni@hdia.it
www.hdia.it



Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo
"HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

Sommario

Nota informativa	pag. 3
Condizioni contrattuali	pag. 7
Glossario	pag. 9
Tutela Privacy - Informativa	pag. 10
Proposta di assicurazione	pag. 11

Mod. CQP – 11/2009

TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO MORTE IN FORMA DI RENDITA CERTA

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

HDI Assicurazioni S.p.A. – Società per Azioni (Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015) con Direzione Generale e Sede Legale in Italia, Via Abruzzi n.10 (00187) Roma – autorizzata* all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M.I.C.A. n.19570 dell'8 giugno 1993 e iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022– tel. +39 06 421 031 – fax (06) 42103.500 – Sito Internet: www.hdia.it – indirizzo e-mail: hdi.assicurazioni@hdia.it.

La Società di revisione e certificazione è BDO SALA SCELSI FARINA Società di Revisione S.p.A., con sede in Via Andrea Appiani 12 – 20121 Milano.

2. Conflitto di interessi

Il presente prodotto non presenta situazioni in conflitto di interessi. Nessun accordo per il riconoscimento di utilità specifiche è stato stipulato dalla Società con terze parti.

In ogni caso l'impresa, pur in presenza di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata del contratto, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, è pari alla durata del rapporto di finanziamento e non potrà, comunque, essere inferiore a 24 mesi e maggiore di 120 mesi.

Eventuali anticipazioni del finanziamento non sono coperte dalla garanzia.

L'età dell'Assicurato/Cedente alla sottoscrizione del contratto deve essere compresa tra 40 e 78 anni compiuti, mentre l'età massima a scadenza non può risultare superiore a 80 anni compiuti.

Il contratto, che prevede la prestazione successivamente descritta, è predisposto a garanzia delle cessioni di quote della pensione ai sensi del D.P.R. 5 gennaio 1950 n. 180, D.P.R. 28 luglio 1950 n. 895; Legge 19 ottobre 1956 n. 1224; Legge 14 maggio 2005 n. 80 art. 13 bis e successive, per quanto applicabili anche in via analogica.

L'Assicurato è la persona che, nel contratto di cessione cede quote di pensione; il Contraente è la Società erogante il finanziamento.

a) Prestazione in caso di decesso

In caso di morte dell'Assicurato (Cedente) entro la scadenza del contratto il pagamento, in rate mensili, al Contraente-Beneficiario, della rendita annua assicurata a partire dalla rata immediatamente successiva al decesso fino a quella coincidente con la scadenza contrattuale. In caso di morte dell'Assicurato/Cedente, dunque, la Società garantisce al Beneficiario il pagamento delle rate insolute con scadenza successiva all'evento. La rendita è di importo costante.

Il premio unico versato viene utilizzato per far fronte al rischio demografico della mortalità; pertanto nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato/Cedente alla scadenza del contratto e il premio corrisposto resterà acquisito alla Società.

L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti con la proposta completa in ogni parte e firmata dall'Assicurato/Cedente.

Ogni operazione dovrà essere completata con la seguente documentazione:

* C.F. e P.IVA 04349061004

Nota informativa

- ✓ per capitali uguali od inferiori ad Euro 52.000,00, compilazione della dichiarazione di buono stato di salute. Qualora l'Assicurato/Cedente non possa sottoscrivere la predetta dichiarazione dovrà presentare il questionario anamnestico compilato dal medico di famiglia;
- ✓ per capitali superiori ad Euro 52.000,00, il questionario anamnestico compilato dal medico di famiglia;
- ✓ per i pensionati di invalidità e per qualsiasi capitale è obbligatorio il questionario anamnestico compilato dal medico di famiglia.

Le operazioni che non rientrano nei predetti limiti assuntivi dovranno essere sottoposte all'attenzione della Società e da questa autorizzate. Di volta in volta la Società si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria.

La Società ha la facoltà di recedere nel caso non siano rispettati i predetti limiti assuntivi.

L'età anagrafica si arrotonda all'unità per eccesso se la frazione di anno è superiore ai sei mesi, per difetto se inferiore.

(Es.: 5 anni e 10 mesi = 6 anni
5 anni e 5 mesi = 5 anni)

In caso di estinzione anticipata del finanziamento, la copertura assicurativa si intenderà decaduta e la Società provvederà alla restituzione al Contraente della parte di premio pagata relativa al periodo residuo per il quale il rischio è cessato. L'importo da rimborsare è determinato in relazione al numero delle mensilità originariamente previste dal finanziamento e al numero intero delle mensilità residue alla data di estinzione anticipata del finanziamento stesso, dedotte le spese quantificate in via forfettaria nella misura del 35% dello stesso Premio secondo la seguente formula:

$$R = [(P * 0.65) / N] * T$$

Dove:

R è l'ammontare da rimborsare;

P è il premio unico al netto di eventuali imposte;

T è il numero delle rate residue del finanziamento alla data dell'anticipata estinzione;

N è il numero totale di rate in cui è stato previsto il rimborso del finanziamento.

Se l'anticipata estinzione del rapporto avviene per rinnovo del finanziamento e **sempreché anche per il nuovo finanziamento l'Assicurato/Cedente chiedi di aderire alla presente polizza collettiva, l'ammontare del rimborso sarà determinato applicando la suddetta formula sostituendo 1 al valore 0,65.** Tale importo sarà decurtato da quanto dovuto dal Contraente quale premio per la nuova adesione.

La Società provvederà, entro 60 giorni di calendario successivi alla comunicazione dell'estinzione anticipata, a rimborsare al Contraente la quota di Premio.

L'Assicurato/Cedente ha altresì la facoltà di chiedere che la garanzia rimanga in vigore.

4. Premi

Il contratto prevede la corresponsione di un premio unico anticipato il cui importo è indicato nel documento di polizza. L'entità del premio dipende dall'importo della rendita assicurata, dalla durata dell'assicurazione, dall'età dal sesso e dallo stato di salute. Il premio assicurativo, comprensivo dei diritti e dell'imposta in vigore, verrà versato con bonifico dal Contraente alla Società entro tre giorni dalla data di ricevimento di apposita appendice di regolazione mensile.

Il mancato pagamento del premio comporta la sospensione della garanzia e la sua risoluzione trascorsi i predetti tre giorni

TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI

Riportiamo di seguito alcune esemplificazioni degli importi di premio unico richiesti per la copertura assicurativa, relativi alle diverse combinazioni di età, durata e rendita indicate. Gli importi indicati nella tabella non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti ad esempio allo stato di salute dell'Assicurato/Cedente, che potranno essere effettuate solo dopo che l'Assicurato/Cedente abbia reso le necessarie informazioni attraverso la dichiarazione di buono stato di salute o, nei casi previsti, dal Questionario Anamnestico o da ulteriore documentazione sanitaria eventualmente richiesta dalla Società.

Rendita annua pagabile mensilmente **1.000,00 €**
Sesso **Maschio**

Età	Durata polizza / Durata pagamento premi (anni)	
	5	10
50	83,20 €	254,20 €
60	185,90 €	661,10 €
67	361,20 €	1.316,20 €
75	730,40 €	-

Rendita annua pagabile mensilmente **1.000,00 €**
Sesso **Femmina**

Età	Durata polizza / Durata pagamento premi (anni)	
	5	10
50	56,20 €	137,70 €
60	96,60 €	306,20 €
67	184,10 €	675,70 €
75	439,60 €	-

Rendita annua pagabile mensilmente **2.000,00 €**
Sesso **Maschio**

Età	Durata polizza / Durata pagamento premi (anni)	
	5	10
50	136,40 €	478,40 €
60	341,80 €	1.292,20 €
67	692,40 €	2.602,40 €
75	1.430,80 €	-

Rendita annua pagabile mensilmente **2.000,00 €**
Sesso **Femmina**

Età	Durata polizza / Durata pagamento premi (anni)	
	5	10
50	82,40 €	245,40 €
60	163,20 €	582,40 €
67	338,20 €	1.321,40 €
75	849,20 €	-

Rendita annua pagabile mensilmente **4.000,00 €**
Sesso **Maschio**

Età	Durata polizza / Durata pagamento premi (anni)	
	5	10
50	242,80 €	926,80 €
60	653,60 €	2.554,40 €
67	1.354,80 €	5.174,80 €
75	2.831,60 €	-

Rendita annua pagabile mensilmente **4.000,00 €**
Sesso **Femmina**

Età	Durata polizza / Durata pagamento premi (anni)	
	5	10
50	134,80 €	460,80 €
60	296,40 €	1.134,80 €
67	646,40 €	2.612,80 €
75	1.668,40 €	-

Rendita annua pagabile mensilmente **6.000,00 €**
Sesso **Maschio**

Età	Durata polizza / Durata pagamento premi (anni)	
	5	10
50	349,20 €	1.375,20 €
60	965,40 €	3.816,60 €
67	2.017,20 €	7.747,20 €
75	4.232,40 €	-

Rendita annua pagabile mensilmente **6.000,00 €**
Sesso **Femmina**

Età	Durata polizza / Durata pagamento premi (anni)	
	5	10
50	187,20 €	676,20 €
60	429,60 €	1.687,20 €
67	954,60 €	3.904,20 €
75	2.487,60 €	-

5. Opzioni di contratto

Al momento dell'erogazione della prestazione il Beneficiario ha facoltà di chiedere la liquidazione immediata di una somma di denaro pari al valore attuale delle rate di rendita da corrispondere, calcolato al tasso di interesse del 4% annuo composto.

C. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

6. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto si intende perfezionato e concluso nel giorno in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta.

Le garanzie decorrono dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che:

- il premio contrattualmente previsto sia stato corrisposto;
- non sia pervenuto al Contraente il rifiuto da parte della Società.

7. Risoluzione del contratto

Il contratto si estingue in caso di decesso dell'Assicurato/Cedente nel corso della durata contrattuale oppure alla sua scadenza.

8. Riscatto e riduzione

Non previsti.

9. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni

Al verificarsi del decesso dell'Assicurato/Cedente, la liquidazione verrà effettuata entro 30 giorni dal ricevimento del certificato anagrafico di morte dell'Assicurato/Cedente dal quale risulti la data di nascita. I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivano in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda secondo quanto stabilito dall'art.2952 del Codice Civile.

Le somme dovute dalla Società per qualsiasi titolo non fruttano interessi.

10. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire l'applicazione di una diversa legislazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella da applicare, sulla quale, comunque, prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

10.1 Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art.1923 del Codice Civile, le somme dovute in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili, né sequestrabili.

10.2 Attribuzione del beneficio

Beneficiario delle prestazioni garantite dalla presente Convenzione è il Contraente. Per le somme che eccedono il debito residuo in caso di morte dell'Assicurato/Cedente, sono beneficiari gli eredi legittimi o testamentari dello stesso.

In caso di anticipata estinzione del finanziamento e sempreché l'Assicurato/Cedente abbia chiesto la prosecuzione della copertura assicurativa, l'Assicurato/Cedente assumerà anche la qualifica di Contraente ed avrà la facoltà di designare il nuovo Beneficiario. In mancanza di tale designazione saranno automaticamente considerati Beneficiari gli eredi legittimi dell'Assicurato/Cedente.

11. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ed ogni documento ad esso allegato, viene redatto in lingua italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire una diversa lingua di redazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella da utilizzare.

12. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

HDI Assicurazioni S.p.A. – RECLAMI

Via Abruzzi, 10 – 00187 ROMA

Fax: +39 06 4210 3583 – E-mail: reclami@hdia.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono +39 06 421 031, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

HDI Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Il Rappresentante Legale
(Alfonso Scarpa)



TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO MORTE IN FORMA DI RENDITA CERTA

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Art. 1 - Prestazioni assicurate

La Società con il presente contratto di assicurazione sulla vita si obbliga, in caso di morte dell'Assicurato/Cedente nel corso della durata del contratto, a corrispondere ai Beneficiari designati una rendita annua il cui importo è indicato nella scheda consegnata al Contraente. La rendita annua assicurata è erogata secondo la rateazione mensile e per la durata residua alle scadenze pattuite. La prima rata è corrisposta alla prima scadenza successiva alla data di decesso dell'Assicurato/Cedente e l'ultima alla scadenza contrattuale.

Nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato/Cedente alla scadenza del contratto.

In caso di estinzione anticipata del finanziamento, la copertura assicurativa si intenderà decaduta e la Società provvederà alla restituzione al Contraente della parte di premio pagata relativa al periodo residuo per il quale il rischio è cessato. L'importo da rimborsare è determinato in relazione al numero delle mensilità originariamente previste dal finanziamento e al numero intero delle mensilità residue alla data di estinzione anticipata del finanziamento stesso, dedotte le spese quantificate in via forfettaria nella misura del 35% dello stesso premio secondo la seguente formula:

$$R = [(P * 0.65) / N] * T$$

Dove:

R è l'ammontare da rimborsare;

P è il premio unico al netto di eventuali imposte;

T è il numero delle rate residue del finanziamento alla data dell'anticipata estinzione;

N è il numero totale di rate in cui è stato previsto il rimborso del finanziamento.

Se l'anticipata estinzione del rapporto avviene per rinnovo del finanziamento e **sempreché anche per il nuovo finanziamento l'Assicurato/Cedente chiedi di aderire alla presente polizza collettiva, l'ammontare del rimborso sarà determinato applicando la suddetta formula sostituendo 1 al valore 0,65. Tale importo sarà decurtato da quanto dovuto dal Contraente quale premio per la nuova adesione.**

La Società provvederà, entro 60 giorni di calendario successivi alla comunicazione dell'estinzione anticipata, a rimborsare al Contraente la quota di Premio.

L'Assicurato/Cedente ha altresì la facoltà di chiedere che la garanzia rimanga in vigore.

Art. 2 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato/Cedente

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato/Cedente devono essere veritiere, esatte e complete ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società.

L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti con la proposta completa in ogni parte e firmata dall'Assicurato/Cedente e dalla ulteriore documentazione indicata nella Nota Informativa.

Art. 3 – Decorrenza e durata

Le garanzie assicurate decorrono dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che:

- il premio contrattualmente previsto sia stato corrisposto;
- non sia pervenuto al Contraente il rifiuto da parte della Società.

La durata dell'assicurazione, cioè l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, è pari alla durata del rapporto di finanziamento e pertanto non può essere inferiore a 24 mesi e superiore a 120 mesi.

Eventuali anticipazioni del finanziamento non sono coperte dalla garanzia.

Art. 4 - Pagamento del premio

La prestazione assicurata viene garantita dietro il pagamento di un premio unico anticipato.

Il premio complessivo è composto dal premio netto a cui si aggiungono i diritti per le attività collegate all'emissione dei contratti e alla valutazione dei rischi. Il premio netto si ottiene moltiplicando il tasso relativo all'età tariffaria ed alla durata del contratto per l'importo della rendita annua. L'importo dei diritti è pari a 30 euro.

Il premio assicurativo, comprensivo dei diritti e dell'imposta in vigore, verrà versato dal Contraente tramite bonifico alla Società entro tre giorni dalla data di ricevimento di apposita appendice di regolazione mensile.

Il mancato pagamento dei premi comporta la sospensione della garanzia e la sua risoluzione trascorsi i predetti tre giorni.

Art. 5 - Riduzione

La garanzia prevista dal presente contratto non dà diritto alla prestazione ridotta.

Art. 6 - Riscatto

La garanzia prevista dal presente contratto non ammette il valore di riscatto.

Art. 7 - Opzioni

Al momento dell'erogazione della prestazione il Beneficiario ha facoltà di chiedere la liquidazione immediata di una somma di denaro pari al valore attuale delle rate di rendita da corrispondere, calcolato al tasso di interesse del 4% annuo composto.

Art. 8 - Beneficiari

Beneficiario delle prestazioni è il Contraente.

Per le somme che eccedono il debito residuo in caso di morte dell'Assicurato/Cedente, sono beneficiari gli eredi legittimi o testamentari dello stesso.

Poiché la garanzia viene stipulata sulla vita di un terzo, ciascun Assicurando deve rilasciare, ai fini dell'art. 1919 C.C., una dichiarazione, contenuta nella proposta, che autorizza il Contraente a stipulare un'assicurazione sulla di lui vita.

In caso di anticipata estinzione del finanziamento e sempreché l'Assicurato/Cedente abbia chiesto la prosecuzione della copertura assicurativa, l'Assicurato/Cedente assumerà anche la qualifica di Contraente ed avrà la facoltà di designare il nuovo Beneficiario. In mancanza di tale designazione saranno automaticamente considerati Beneficiari gli eredi legittimi dell'Assicurato/Cedente.

Art. 9 - Pagamenti della Società

La Società condiziona il pagamento delle prestazioni alla preventiva acquisizione del certificato di morte dell'Assicurato/Cedente dal quale risulti la data di nascita.

La Società esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione.

Decorsi i termini sopra indicati non sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari.

Art. 10 - Tasse e imposte

Le tasse e le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente.

Art. 11 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto la sede del Foro competente è quella della sede del Contraente.

Art. 12 - Legge applicabile

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

GLOSSARIO

Assicurato/Cedente: Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto: le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita. L'Assicurato, nel presente contratto, è colui che, nel contratto di cessione, cede quote della pensione (Cedente).

Contraente/ Beneficiario: Persona giuridica, che stipula il contratto di assicurazione (Convenzione) e si impegna al versamento dei premi alla Società ed esercita i diritti derivanti dalla polizza. Nel presente contratto è la Società erogante il finanziamento e coincide con il soggetto che riceverà la prestazione economica prevista al verificarsi dell'evento assicurato (Beneficiario).

Decorrenza: Momento dal quale il contratto di assicurazione diviene valido ed efficace

Durata: Periodo, compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza dell'assicurazione, durante il quale il contratto è efficace.

Fascicolo informativo: Insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

1. nota informativa;
2. condizioni di assicurazione;
3. glossario;
4. modulo di proposta.

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Opzione: Facoltà del Contraente di chiedere, entro il termine di scadenza del contratto, la conversione della prestazione contrattualmente prevista in una delle alternative indicate dal contratto.

Premio: Importo che il Contraente è tenuto a pagare per ottenere la prestazione prevista dal contratto.

Prestazione: Somma – pagabile in un'unica soluzione (capitale) o in via ricorrente (rendite) – che viene garantita dalla Società al verificarsi dell'evento per il quale è stata chiesta la copertura assicurativa.

Proposta: Documento dal quale derivano tutte le garanzie assicurative che il cliente firma all'atto della sottoscrizione del Contratto di finanziamento.

Scheda: Documento emesso dalla Società e consegnato al Contraente per ogni posizione in cui sono riportate le generalità, l'età, la durata, la prestazione ed il relativo premio.

Società: HDI Assicurazioni S.p.A., Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, con la quale il contraente stipula il contratto di assicurazione.

TUTELA PRIVACY INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30.06.2003 N°196

1) FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

HDI Assicurazioni S.p.A., al fine di fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, deve disporre dei Suoi dati personali - compresi eventualmente anche quelli sensibili - e si impegna a trattarli esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.

2) CONSEGUENZE DEL RIFIUTO AL CONFERIMENTO DEI DATI

HDI Assicurazioni S.p.A., senza i Suoi dati, non potrà fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi.

3) MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

3.1) Il trattamento dei dati, da parte di HDI Assicurazioni S.p.A. consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione con modalità e procedure informatiche e telematiche; dal trattamento la HDI Assicurazioni S.p.A. esclude sempre la diffusione dei dati e limita la comunicazione ai soggetti di cui al successivo punto 3.3.

3.2) I dati sono trattati da tutti i dipendenti/collaboratori di HDI che svolgono compiti di natura tecnica-organizzativa, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle finalità di cui al precedente punto 1).

3.3) I dati trattati da HDI Assicurazioni S.p.A., potranno essere comunicati ad altri soggetti esclusivamente:

- a) per le finalità di cui al punto 1) (a mero titolo esemplificativo a: coassicuratori, riassicuratori, agenti e loro collaboratori, avvocati, medici, periti, e organismi associativi di settore etc.);
- b) per ottemperare ad obblighi di legge (a mero titolo esemplificativo a: ISVAP, CONSAP, COVIP, UIC, MOTORIZZAZIONE, AUTORITA' GIUDIZIARIA, etc.).

4) DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art.7 del D. L.gvo 196/03 Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra i quali quello di ottenere, in ogni momento, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei Suoi dati e, in caso di violazione di legge, il blocco e la cancellazione degli stessi.

5) TITOLARE E RESPONSABILE/I DEL TRATTAMENTO DEI DATI

5.1) Titolare del trattamento è HDI Assicurazioni S.p.A. con sede e Direzione Generale nella Repubblica Italiana - 00187 Roma - Via Abruzzi n. 10 telefono +39 06 421 031, telefax +39 06 4210 3500.

5.2) Il titolare ha designato più Responsabili, tra i quali la Direzione Legale ed Affari Societari sita nella Repubblica Italiana - 00187 Roma - Via Abruzzi n. 10; l'elenco aggiornato dei Responsabili è consultabile presso il sito internet: www.hdia.it.

5.3) La Direzione Legale ed Affari Societari è stata altresì designata quale Responsabile per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D.L.gvo 196/03.



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 421 031 - Telefax +39 06 4210 3500 Capitale Sociale € 96,000,000,00 i.w. - C.F. e P. IVA 04349061004 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92 - Iscrizione R.E.A. di Roma n. 757172/92 - Impresa 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 - Società con unico azionista - Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

ASSICURANDO

Cognome e nome nato il
 a..... e residente a..... Prov..... CAP.....
 indirizzo n°..... sesso..... età..... Codice Fiscale
 Tipo documento..... n°..... luogo di rilascio.....
 prov..... data..... Fondo di previdenza

CONTRAENTE/BENEFICIARIO _____

PRESTAZIONE

Temporanea per il caso di morte di rendita certa a premio unico: La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla morte dell'Assicurato le rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste insolute, con scadenza successiva all'evento. La prestazione è erogata in una unica soluzione ed è pari al valore attuale, alla data del decesso, delle rate di rendita con scadenza successiva all'evento, rimaste insolute e scontate al tasso del 4,0%.

L'importo del premio unico dovuto alla decorrenza è indicato nel contratto di finanziamento.

La garanzia **decorre** dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento e ha **durata** pari a quella del rapporto di finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 120 mesi.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

1. Il Sottoscritto, avendo chiesto un finanziamento a, presta, sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C.C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla vita, nel quale rivestirà la qualifica di Contraente/Beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
2. Il Sottoscritto autorizza all'uopo a richiedere ad HDI Assicurazioni S.p.A., in suo nome e per suo conto, il contratto di Assicurazione suddetto.
3. Il Sottoscritto, inoltre, dichiara:
 - di aver ricevuto le condizioni di assicurazione, di averne preso visione e di accettarle come parte integrante del contratto;
 - che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
 - di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
 - di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni;
4. Tutela Privacy: la Società si impegna a trattare i dati esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del rapporto assicurativo posto in essere con il presente contratto, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante. L'Assicurato dichiara inoltre, nella Sua qualità di interessato, di aver ricevuto mediante apposito modulo "Tutela Privacy", l'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003.

Data..... Firma.....

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE (NON RICHIESTA PER PENSIONATI DI INVALIDITÀ)

Qualora l'Assicurato non sia in grado di sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione sanitaria e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere compilato dal medico di famiglia il Questionario Anamnestico.

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 della dichiarazione di buono stato di salute o del Questionario anamnestico lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di essi. 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.

Il sottoscritto dichiara:

- 1) di essere in buono stato di salute, di non aver sofferto di malattie da cui siano residuati postumi permanenti;
- 2) di non avere malattie in atto escluse le malattie stagionali;
- 3) di non essere sottoposto ad alcuna terapia continuativa;
- 4) di non essere stato ricoverato negli scorsi 5 anni salvo che per conseguenze traumatiche di lesioni degli arti, per parto, per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, emorroidectomia, chirurgia estetica, alluce valgo, safenectomia, splenectomia post traumatica, meniscectomia, colecistectomia per calcolosi, varicocele, ernia inguinale.

Il sottoscritto prende atto del fatto che in caso di falsa dichiarazione la polizza assicurativa non sarà efficace, con espressa conseguente assunzione a proprio carico nonché dei propri eredi di ogni responsabilità sia nei confronti del contraente che nei confronti della Compagnia.

ATTENZIONE: Per i pensionati di invalidità è obbligatorio il Questionario Anamnestico compilato dal medico di famiglia.

Data

Firma

PAGINA BIANCA



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 421 031 - Telefax +39 06 4210 3500 Capitale Sociale € 96,000,000,00 i.v. - C.F. e P. IVA 04349061004 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92 - Iscrizione R.E.A. di Roma n. 757172/92 - Impresa 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 - Società con unico azionista - Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

ASSICURANDO

Cognome e nome nato il
 a e residente a Prov. CAP.....
 indirizzo n° sesso età Codice Fiscale
 Tipo documento n° luogo di rilascio
 prov. data Fondo di previdenza

CONTRAENTE/BENEFICIARIO _____

PRESTAZIONE

Temporanea per il caso di morte di rendita certa a premio unico: La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla morte dell'Assicurato le rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste insolute, con scadenza successiva all'evento. La prestazione è erogata in una unica soluzione ed è pari al valore attuale, alla data del decesso, delle rate di rendita con scadenza successiva all'evento, rimaste insolute e scontate al tasso del 4,0%.

L'importo del premio unico dovuto alla decorrenza è indicato nel contratto di finanziamento.

La garanzia **decorre** dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento e ha **durata** pari a quella del rapporto di finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 120 mesi.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

1. Il Sottoscritto, avendo chiesto un finanziamento a, presta, sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C.C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla vita, nel quale rivestirà la qualifica di Contraente/Beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
2. Il Sottoscritto autorizza all'uopo a richiedere ad HDI Assicurazioni S.p.A., in suo nome e per suo conto, il contratto di Assicurazione suddetto.
3. Il Sottoscritto, inoltre, dichiara:
 - di aver ricevuto le condizioni di assicurazione, di averne preso visione e di accettarle come parte integrante del contratto;
 - che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
 - di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
 - di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni;
4. Tutela Privacy: la Società si impegna a trattare i dati esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del rapporto assicurativo posto in essere con il presente contratto, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante. L'Assicurato dichiara inoltre, nella Sua qualità di interessato, di aver ricevuto mediante apposito modulo "Tutela Privacy", l'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003.

Data Firma

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE (NON RICHIESTA PER PENSIONATI DI INVALIDITÀ)

Qualora l'Assicurato non sia in grado di sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione sanitaria e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere compilato dal medico di famiglia il Questionario Anamnestico.

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 della dichiarazione di buono stato di salute o del Questionario anamnestico lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di essi. 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.

Il sottoscritto dichiara:

- 1) di essere in buono stato di salute, di non aver sofferto di malattie da cui siano residuati postumi permanenti;
- 2) di non avere malattie in atto escluse le malattie stagionali;
- 3) di non essere sottoposto ad alcuna terapia continuativa;
- 4) di non essere stato ricoverato negli scorsi 5 anni salvo che per conseguenze traumatiche di lesioni degli arti, per parto, per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, emorroidectomia, chirurgia estetica, alluce valgo, safenectomia, splenectomia post traumatica, meniscectomia, colecistectomia per calcolosi, varicocele, ernia inguinale.

Il sottoscritto prende atto del fatto che in caso di falsa dichiarazione la polizza assicurativa non sarà efficace, con espressa conseguente assunzione a proprio carico nonché dei propri eredi di ogni responsabilità sia nei confronti del contraente che nei confronti della Compagnia.

ATTENZIONE: Per i pensionati di invalidità è obbligatorio il Questionario Anamnestico compilato dal medico di famiglia.

Data

Firma

PAGINA BIANCA



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 421 031 - Telefax +39 06 4210 3500 Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F. e P. IVA 04349061004 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92 - Iscrizione R.E.A. di Roma n. 757172/92 - Impresa 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 - Società con unico azionista - Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

ASSICURANDO

Cognome e nome nato il
 a..... e residente a..... Prov..... CAP.....
 indirizzo n°..... sesso..... età..... Codice Fiscale
 Tipo documento..... n°..... luogo di rilascio.....
 prov..... data..... Fondo di previdenza

CONTRAENTE/BENEFICIARIO _____

PRESTAZIONE

Temporanea per il caso di morte di rendita certa a premio unico: La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla morte dell'Assicurato le rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste insolute, con scadenza successiva all'evento. La prestazione è erogata in una unica soluzione ed è pari al valore attuale, alla data del decesso, delle rate di rendita con scadenza successiva all'evento, rimaste insolute e scontate al tasso del 4,0%.

L'importo del premio unico dovuto alla decorrenza è indicato nel contratto di finanziamento.

La garanzia **decorre** dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento e ha **durata** pari a quella del rapporto di finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 120 mesi.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

1. Il Sottoscritto, avendo chiesto un finanziamento a, presta, sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C.C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla vita, nel quale rivestirà la qualifica di Contraente/Beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
2. Il Sottoscritto autorizza all'uopo a richiedere ad HDI Assicurazioni S.p.A., in suo nome e per suo conto, il contratto di Assicurazione suddetto.
3. Il Sottoscritto, inoltre, dichiara:
 - di aver ricevuto le condizioni di assicurazione, di averne preso visione e di accettarle come parte integrante del contratto;
 - che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
 - di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
 - di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni;
4. Tutela Privacy: la Società si impegna a trattare i dati esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del rapporto assicurativo posto in essere con il presente contratto, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante. L'Assicurato dichiara inoltre, nella Sua qualità di interessato, di aver ricevuto mediante apposito modulo "Tutela Privacy", l'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003.

Data..... Firma.....

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE (NON RICHIESTA PER PENSIONATI DI INVALIDITÀ)

Qualora l'Assicurato non sia in grado di sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione sanitaria e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere compilato dal medico di famiglia il Questionario Anamnestico.

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 della dichiarazione di buono stato di salute o del Questionario anamnestico lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di essi. 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.

Il sottoscritto dichiara:

- 1) di essere in buono stato di salute, di non aver sofferto di malattie da cui siano residuati postumi permanenti;
- 2) di non avere malattie in atto escluse le malattie stagionali;
- 3) di non essere sottoposto ad alcuna terapia continuativa;
- 4) di non essere stato ricoverato negli scorsi 5 anni salvo che per conseguenze traumatiche di lesioni degli arti, per parto, per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, emorroidectomia, chirurgia estetica, alluce valgo, safenectomia, splenectomia post traumatica, meniscectomia, colecistectomia per calcolosi, varicocele, ernia inguinale.

Il sottoscritto prende atto del fatto che in caso di falsa dichiarazione la polizza assicurativa non sarà efficace, con espressa conseguente assunzione a proprio carico nonché dei propri eredi di ogni responsabilità sia nei confronti del contraente che nei confronti della Compagnia.

ATTENZIONE: Per i pensionati di invalidità è obbligatorio il Questionario Anamnestico compilato dal medico di famiglia.

Data

Firma

PAGINA BIANCA



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 421 031 - Telefax +39 06 4210 3500 Capitale Sociale € 96,000,000,00 i.v. - C.F. e P. IVA 04349061004 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92 - Iscrizione R.E.A. di Roma n. 757172/92 - Impresa 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 - Società con unico azionista - Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

ASSICURANDO

Cognome e nome nato il
 a..... e residente a..... Prov..... CAP.....
 indirizzo n°..... sesso..... età..... Codice Fiscale
 Tipo documento..... n°..... luogo di rilascio.....
 prov..... data..... Fondo di previdenza

CONTRAENTE/BENEFICIARIO _____

PRESTAZIONE

Temporanea per il caso di morte di rendita certa a premio unico: La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla morte dell'Assicurato le rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste insolute, con scadenza successiva all'evento. La prestazione è erogata in una unica soluzione ed è pari al valore attuale, alla data del decesso, delle rate di rendita con scadenza successiva all'evento, rimaste insolute e scontate al tasso del 4,0%.

L'importo del premio unico dovuto alla decorrenza è indicato nel contratto di finanziamento.

La garanzia **decorre** dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento e ha **durata** pari a quella del rapporto di finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 120 mesi.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

1. Il Sottoscritto, avendo chiesto un finanziamento a, presta, sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 C.C., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto sulla vita, nel quale rivestirà la qualifica di Contraente/Beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
2. Il Sottoscritto autorizza all'uopo a richiedere ad HDI Assicurazioni S.p.A., in suo nome e per suo conto, il contratto di Assicurazione suddetto.
3. Il Sottoscritto, inoltre, dichiara:
 - di aver ricevuto le condizioni di assicurazione, di averne preso visione e di accettarle come parte integrante del contratto;
 - che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
 - di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, dalla Società;
 - di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni;
4. Tutela Privacy: la Società si impegna a trattare i dati esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del rapporto assicurativo posto in essere con il presente contratto, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante. L'Assicurato dichiara inoltre, nella Sua qualità di interessato, di aver ricevuto mediante apposito modulo "Tutela Privacy", l'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003.

Data..... Firma.....

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE (NON RICHIESTA PER PENSIONATI DI INVALIDITÀ)

Qualora l'Assicurato non sia in grado di sottoscrivere la sotto indicata dichiarazione sanitaria e nei casi espressamente previsti dalle condizioni di assicurazione, deve essere compilato dal medico di famiglia il Questionario Anamnestico.

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 della dichiarazione di buono stato di salute o del Questionario anamnestico lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di essi. 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.

Il sottoscritto dichiara:

- 1) di essere in buono stato di salute, di non aver sofferto di malattie da cui siano residuati postumi permanenti;
- 2) di non avere malattie in atto escluse le malattie stagionali;
- 3) di non essere sottoposto ad alcuna terapia continuativa;
- 4) di non essere stato ricoverato negli scorsi 5 anni salvo che per conseguenze traumatiche di lesioni degli arti, per parto, per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, emorroidectomia, chirurgia estetica, alluce valgo, safenectomia, splenectomia post traumatica, meniscectomia, colecistectomia per calcolosi, varicocele, ernia inguinale.

Il sottoscritto prende atto del fatto che in caso di falsa dichiarazione la polizza assicurativa non sarà efficace, con espressa conseguente assunzione a proprio carico nonché dei propri eredi di ogni responsabilità sia nei confronti del contraente che nei confronti della Compagnia.

ATTENZIONE: Per i pensionati di invalidità è obbligatorio il Questionario Anamnestico compilato dal medico di famiglia.

Data

Firma

PAGINA BIANCA



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) Telefono +39 06 421 031 - Telefax +39 06 4210 3500 Capitale Sociale € 96,000,000,00 i.v. - C.F. e P. IVA 04349061004 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92 - Iscrizione R.E.A. di Roma n. 757172/92 - Impresa 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 - Società con unico azionista - Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015