

PREVIDENZA HDI - PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO - FONDO PENSIONE MODULO DI ADESIONE N°

Agenzia	Cod. Agenzia	Cod. Subagenzia	Cod. Produttore	Cat.	Mod. Pag.
		Sede contabile	N. matricola Contr.-Assic.	CIN	

Modulo di adesione a "PREVIDENZA HDI – Piano Individuale pensionistico di tipo assicurativo – Fondo Pensione" iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5007

Attenzione: L'adesione a PREVIDENZA HDI – PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO – FONDO PENSIONE deve essere preceduta dalla consegna e presa visione del documento 'Informazioni chiave per l'Aderente'. La Nota informativa, il Regolamento e le Condizioni generali di contratto sono disponibili sul sito www.hdiassicurazioni.it nella Sezione dei prodotti dedicati alla "Previdenza Complementare". Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

Dati dell'Aderente:

Cognome:	Nome:		Codice Fiscale:	
Sesso: ☐ M ☐ F	Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:	Nr. documento:	Ente di rilascio:	Data di rilascio:	Data fine validità:
Residenza in: Città	Indirizzo:		Cap:	Prov:
Telefono:	e-mail:			
Desidero ricevere la corrispondenza in formato cartaceo al seguente indirizzo (qualora differente da quello sopra indicato):				

Titolo di studio

☐ Nessuno	☐ Licenza elementare	☐ Licenza media inferiore	☐ Diploma professionale
☐ Diploma media superiore	☐ Diploma universitario/laurea triennale	☐ Laurea / laurea magistrale	☐ Specializzazione post-laurea

Condizione professionale

☐ Lavoratore dipendente	☐ Lavoratore autonomo/libero professionista	☐ Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al Fondo	☐ Soggetto diverso da quelli precedenti
☐ Privato ☐ Pubblico			

Data prima iscrizione alla previdenza complementare XX/XX/XXXX

Ente di Previdenza Obbligatoria _____ Anzianità contributiva: anni ____ mesi ____

Data di prima occupazione / / Qualifica di vecchio o nuovo iscritto a fondi pensione ☐ V ☐ N

N.B. si intende vecchio iscritto il Soggetto che alla data del 28/04/1993 aveva già aderito ad un Fondo pensione e successivamente non ha riscattato la relativa posizione previdenziale. Si intende nuovo iscritto il Soggetto che ha aderito a Fondi Pensione dopo il 28/04/1993 oppure vecchio iscritto che dopo tale data ha riscattato la posizione previdenziale accesa prima della medesima.

Età pensionabile anni (*)

(*) L'età pensionabile è quella prevista dal regime obbligatorio o di appartenenza.

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

Istituto bancario	IBAN
-------------------	------

Dati dell'Azienda

(solo in caso di Lavoratore dipendente)

Denominazione:	Codice fiscale/partita IVA:
Indirizzo:	
Fax:	Tel. E-mail:

MODULO DI ADESIONE N°

Dati del Legale Rappresentante/Esercente la potestà / Tutore / Curatore per eventuali Aderenti minori o incapaci

Cognome:	Nome:		Codice Fiscale:	
Sesso: ☐ M ☐ F	Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:	Nr. documento:	Ente di rilascio:	Data di rilascio:	Data fine validità:
Residenza in: Città	Indirizzo:		Cap:	Prov:
Professione:				

Luogo e data	Firma dell'Aderente	Firma del Legale Rappresentante/Esercente la potestà/Tutore/Curatore	Firma del Soggetto incaricato
--------------	---------------------	---	-------------------------------

Se già si aderisce ad altra forma pensionistica complementare, riportare le seguenti informazioni:

Denominazione altra forma pensionistica: Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP:
L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata: ☐ Consegnata ☐ Non consegnata (*)
(*) Non è prevista la consegna della Scheda dei costi solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.
Si richiede il ☐ Trasferimento dal sopra indicato Fondo Pensione Aperto ☐ Trasferimento dalla sopra indicata Forma Pensionistica Individuale di cui all'art. 13, co. 1, lettera b) del D.Lgs. 252 del 5 dicembre 2005

Beneficiari in caso di morte dell'Aderente prima del pensionamento

☐ Eredi legittimi o testamentari dell'Aderente

☐ Beneficiari

☐ Cognome e Nome / Denominazione e Ragione sociale _____
Nato a _____ il ____/____/____ CF / P. IVA _____
Residente in _____ Prov. _____ Cap _____
Indirizzo _____

☐ Cognome e Nome / Denominazione e Ragione sociale _____
Nato a _____ il ____/____/____ CF / P. IVA _____
Residente in _____ Prov. _____ Cap _____
Indirizzo _____

☐ _____

Fonti di finanziamento e modalità di pagamento

☐ Contributo volontario dell'Aderente. Versamento contestuale ☐ Sì ☐ No

L'Aderente intende versare al Fondo, a titolo di **primo contributo** di Euro _____ mediante:

☐ Assegno bancario o circolare n. _____ intestato a _____ e munito della clausola di non trasferibilità

☐ Addebito automatico sul c/c bancario. Per la Clientela delle Banche collocatrici è l'unica modalità di pagamento possibile. In caso di modifica o chiusura del conto corrente bancario, al fine di garantire la continuità dei versamenti, il Contraente è tenuto a comunicare alla Direzione della Società, la variazione delle coordinate bancarie (codice IBAN) almeno quarantacinque giorni prima della scadenza della rata successiva e a sottoscrivere il nuovo mandato SEPA - SDD.

☐ Bonifico bancario intestato alla Compagnia di assicurazione o all'Incaricato espressamente in tale qualità

☐ Bancomat o carta di debito senza oneri a carico dei Clienti

☐ Trattenuta a ruolo

e, a titolo di **versamento successivo**, intende versare un contributo dello stesso importo del primo versamento in rate:

☐ Annuali ☐ Semestrali ☐ Quadrimestrali ☐ Trimestrali ☐ Mensili

mediante:

☐ assegno bancario o circolare e munito della clausola di non trasferibilità

☐ bollettino di conto corrente postale

☐ bonifico bancario intestato alla Compagnia di assicurazione o all'Incaricato espressamente in tale qualità

☐ bancomat o carta di debito senza oneri a carico dei Clienti

☐ addebito automatico su conto corrente (Addebito diretto SEPA - SDD). In caso di modifica o chiusura del conto corrente bancario, al fine di garantire la continuità dei versamenti, il Contraente è tenuto a comunicare alla Direzione della Società, la variazione delle coordinate bancarie (codice IBAN) almeno quarantacinque giorni prima della scadenza della rata successiva e a sottoscrivere il nuovo mandato SEPA - SDD.

Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle sopra indicate. Gli assegni e gli accrediti derivanti da autorizzazioni permanenti di addebito in conto corrente sono accettati salvo buon fine. I costi relativi alle operazioni necessarie all'effettuazione dei pagamenti sono a carico dell'Aderente. Indipendentemente dal mezzo di pagamento utilizzato, la valuta riconosciuta da HDI Assicurazioni S.p.A. coincide con la data del versamento. Esclusivamente in caso di Addebito automatico su conto corrente, per la Clientela delle Banche Collocatrici, la valuta è pari a quella riconosciuta dalla Banca Ordinante.

- ☐ Contributo dell'Aderente da trattenuta sullo stipendio
☐ Contributo da TFR
☐ Contributo Datore di Lavoro

I premi versati dall'Aderente per il tramite del Datore di Lavoro, il TFR conferito e il contributo del datore di lavoro, possono essere pagati solo con bonifico bancario. La valuta riconosciuta da HDI Assicurazioni al versamento coincide con quella riconosciuta al bonifico effettuato dalla Banca Ordinante.

I versamenti, a cura del Datore di lavoro, dovranno avvenire seguendo le istruzioni scaricabili sul sito www.hdiassicurazioni.it.

Recesso dal contratto e revoca della proposta

L'Aderente può revocare per iscritto la propria richiesta di adesione privandola di ogni effetto finché il contratto non è concluso e può esercitare il diritto di recesso entro il termine di trenta giorni dalla conclusione del contratto.

Per l'esercizio del diritto di recesso l'Aderente deve inviare comunicazione scritta alla Società - con lettera raccomandata indirizzata a: HDI Assicurazioni S.p.A. - Vice Direzione Generale Rami Vita e Finanza, Ufficio Assunzione e Gestione Portafoglio, via Abruzzi 10 - 00187 Roma. Il recesso ha l'effetto di liberare l'Aderente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società provvederà a rimborsare all'Aderente, tramite assegno, i versamenti contributivi da questi corrisposti.

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto e di aver preso visione del documento 'Informazioni chiave per l'Aderente' e del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata;
- di essere stato informato della possibilità di richiedere la Nota informativa, il Regolamento e ogni altra documentazione attinente il Fondo, comunque disponibile sul sito www.hdiassicurazioni.it;
- di aver sottoscritto la 'Scheda dei costi' della forma pensionistica di appartenenza, la cui copia è parte integrante del presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare, qualora la forma pensionistica di provenienza la preveda);
- che il Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nella sezione 'Informazioni chiave per l'Aderente' e, in particolare, su quelle inerenti le principali caratteristiche del Fondo con specifico riguardo alla contribuzione, alla natura dell'investimento ed ai relativi rischi al fine di effettuare una scelta consapevole e rispondente alle proprie esigenze;
 - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nel documento 'Informazioni chiave per l'Aderente';
 - in merito ai contenuti del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP, precisando che lo stesso è volto a fornire una proiezione della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.hdiassicurazioni.it;
 - circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso di adesione alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento;
- di aver sottoscritto il 'Questionario di Autovalutazione';
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, anche se materialmente scritte da altri, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti e di riconoscere che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione dei rischi da parte della Società. Si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Prende atto che:

- il contratto si intende concluso con la sottoscrizione del presente modulo di adesione da parte dell'Aderente. La Società invierà una lettera di conferma di adesione entro 15 giorni dalla ricezione del modulo;
- gli effetti economici del contratto concluso decorrono dalle ore 24 del giorno del versamento del primo contributo.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Il Sottoscritto Aderente dichiara, ai sensi e per effetti dell'art.1341 del Codice Civile, di approvare specificatamente l'articolo "La prestazione pensionistica complementare" del documento "Informazioni chiave per l'Aderente".

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Il Sottoscritto Aderente / Legale Rappresentante / Esercente la potestà/ Tutore / Curatore dichiara di voler ricevere la **comunicazione periodica** mediante acquisizione della stessa tramite accesso alla propria **Area Riservata**.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Attenzione: : Il consenso potrà essere ritirato successivamente in qualsiasi istante attraverso comunicazione scritta.

Nome, Cognome e Firma del Soggetto incaricato che dichiara di aver identificato l'Aderente o il Legale Rappresentante/Esercente la potestà /Tutore/Curatore per eventuali Aderenti minori o incapaci, nonché la completezza e correttezza del presente modulo .

Timbro e Firma dell'Azienda

Questionario di Autovalutazione

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'Aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA

- Conoscenza dei fondi pensione
 - ☐ ne so poco
 - ☐ sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare finanziario o assicurativo in particolare finanziario o assicurativo
 - ☐ ho una conoscenza dei diversi tipi di forme pensionistiche e delle principali tipologie di prestazioni
- Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al Fondo pensione
 - ☐ non ne sono al corrente
 - ☐ so che le somme versate non sono liberamente disponibili
 - ☐ so che le somme sono disponibili soltanto al momento del pensionamento ovvero del raggiungimento dell'età pensionabile o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge
- A che età prevede di andare in pensione? _____
- Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)? _____ %
- Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il suo sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione")? ☐ Sì ☐ No
- Ha verificato il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, al fine di decidere quanto versare al Fondo pensione per ottenere una integrazione della Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa? ☐ Sì ☐ No

CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE

Per trarre indicazioni sulla congruità dell'opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7, 8 e 9.

- Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)
 - ☐ Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro (punteggio 1)
 - ☐ Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 Euro (punteggio 2)
 - ☐ Risparmio medio annuo oltre 5.000 Euro (punteggio 3)
 - ☐ Non so / Non rispondo (punteggio 1)
- Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?
 - ☐ 2 anni (punteggio 1)
 - ☐ 5 anni (punteggio 2)
 - ☐ 7 anni (punteggio 3)
 - ☐ 10 anni (punteggio 4)
 - ☐ 20 anni (punteggio 5)
 - ☐ Oltre 20 anni (punteggio 6)
- In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?
 - ☐ Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentando mi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
 - ☐ Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
 - ☐ Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

Punteggio ottenuto _____ Il punteggio va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta tra le diverse opzioni di investimento offerte dal Fondo pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione.

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

	Punteggio fino a 6	Punteggio tra 7 e 12	Punteggio tra 8 e 12
Categoria del comparto	– Garantito – Obbligazionario puro – Obbligazionario misto	– Bilanciato – Obbligazionario misto	– Bilanciato – Azionario

- ☐ L'Aderente attesta che il Questionario è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.
- ☐ L'Aderente, nell'attestare che il Questionario non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Spazio riservato al Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni

PREVIDENZA HDI - PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO - FONDO PENSIONE

MODULO DI ADESIONE N°

Agenzia _____	Cod. Agenzia _____	Cod. Subagenzia _____	Cod. Produttore _____	Cat. _____	Mod. Pag. _____
	Sede contabile _____	N. matricola Contr.-Assic. _____	CIN _____		

Modulo di adesione a "PREVIDENZA HDI – Piano Individuale pensionistico di tipo assicurativo – Fondo Pensione" iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5007

Attenzione: L'adesione a PREVIDENZA HDI – PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO – FONDO PENSIONE deve essere preceduta dalla consegna e presa visione del documento 'Informazioni chiave per l'Aderente'. La Nota informativa, il Regolamento e le Condizioni generali di contratto sono disponibili sul sito www.hdiassicurazioni.it nella Sezione dei prodotti dedicati alla "Previdenza Complementare". Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

Dati dell'Aderente:

Cognome:	Nome:	Codice Fiscale:		
Sesso: ☐ M ☐ F	Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:	Nr. documento:	Ente di rilascio:	Data di rilascio:	Data fine validità:
Residenza in: Città	Indirizzo:		Cap:	Prov:
Telefono:	e-mail:			
Desidero ricevere la corrispondenza in formato cartaceo al seguente indirizzo (qualora differente da quello sopra indicato):				

Titolo di studio

☐ Nessuno	☐ Licenza elementare	☐ Licenza media inferiore	☐ Diploma professionale
☐ Diploma media superiore	☐ Diploma universitario/laurea triennale	☐ Laurea / laurea magistrale	☐ Specializzazione post-laurea

Condizione professionale

☐ Lavoratore dipendente	☐ Lavoratore autonomo/libero professionista	☐ Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al Fondo	☐ Soggetto diverso da quelli precedenti
☐ Privato	☐ Pubblico		

Data prima iscrizione alla previdenza complementare **XX/XX/XXXX**

Ente di Previdenza Obbligatoria _____ Anzianità contributiva: anni ____ mesi ____

Data di prima occupazione / / Qualifica di vecchio o nuovo iscritto a fondi pensione ☐ V ☐ N

N.B. si intende vecchio iscritto il Soggetto che alla data del 28/04/1993 aveva già aderito ad un Fondo pensione e successivamente non ha riscattato la relativa posizione previdenziale. Si intende nuovo iscritto il Soggetto che ha aderito a Fondi Pensione dopo il 28/04/1993 oppure vecchio iscritto che dopo tale data ha riscattato la posizione previdenziale accesa prima della medesima.

Età pensionabile anni (*)

(*) L'età pensionabile è quella prevista dal regime obbligatorio o di appartenenza.

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

Istituto bancario _____	IBAN _____
-------------------------	------------

Dati dell'Azienda

(solo in caso di Lavoratore dipendente)

Denominazione:	Codice fiscale/partita IVA:
Indirizzo:	
Fax:	E-mail:

MODULO DI ADESIONE N°

Dati del Legale Rappresentante/Esercente la potestà / Tutore / Curatore per eventuali Aderenti minori o incapaci

Cognome:	Nome:		Codice Fiscale:	
Sesso: ☐ M ☐ F	Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:	Nr. documento:	Ente di rilascio:	Data di rilascio:	Data fine validità:
Residenza in: Città	Indirizzo:		Cap:	Prov:
Professione:				

Luogo e data	Firma dell'Aderente	Firma del Legale Rappresentante/Esercente la potestà/Tutore/Curatore	Firma del Soggetto incaricato
--------------	---------------------	---	-------------------------------

Se già si aderisce ad altra forma pensionistica complementare, riportare le seguenti informazioni:

Denominazione altra forma pensionistica: Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP:
L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata: ☐ Consegnata ☐ Non consegnata (*)
(*) Non è prevista la consegna della Scheda dei costi solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.
Si richiede il ☐ Trasferimento dal sopra indicato Fondo Pensione Aperto ☐ Trasferimento dalla sopra indicata Forma Pensionistica Individuale di cui all'art. 13, co. 1, lettera b) del D.Lgs. 252 del 5 dicembre 2005

Beneficiari in caso di morte dell'Aderente prima del pensionamento

☐ Eredi legittimi o testamentari dell'Aderente

☐ Beneficiari

☐ Cognome e Nome / Denominazione e Ragione sociale _____
Nato a _____ il ____/____/____ CF / P. IVA _____
Residente in _____ Prov. _____ Cap _____
Indirizzo _____

☐ Cognome e Nome / Denominazione e Ragione sociale _____
Nato a _____ il ____/____/____ CF / P. IVA _____
Residente in _____ Prov. _____ Cap _____
Indirizzo _____

☐ _____

Fonti di finanziamento e modalità di pagamento

☐ Contributo volontario dell'Aderente. Versamento contestuale ☐ Sì ☐ No

L'Aderente intende versare al Fondo, a titolo di **primo contributo** di Euro _____ mediante:

- ☐ Assegno bancario o circolare n. _____ intestato a _____ e munito della clausola di non trasferibilità
- ☐ Addebito automatico sul c/c bancario. Per la Clientela delle Banche collocatrici è l'unica modalità di pagamento possibile. In caso di modifica o chiusura del conto corrente bancario, al fine di garantire la continuità dei versamenti, il Contraente è tenuto a comunicare alla Direzione della Società, la variazione delle coordinate bancarie (codice IBAN) almeno quarantacinque giorni prima della scadenza della rata successiva e a sottoscrivere il nuovo mandato SEPA - SDD.
- ☐ Bonifico bancario intestato alla Compagnia di assicurazione o all'Incaricato espressamente in tale qualità
- ☐ Bancomat o carta di debito senza oneri a carico dei Clienti
- ☐ Trattenuta a ruolo

e, a titolo di **versamento successivo**, intende versare un contributo dello stesso importo del primo versamento in rate:

☐ Annuali ☐ Semestrali ☐ Quadrimestrali ☐ Trimestrali ☐ Mensili

mediante:

- ☐ assegno bancario o circolare e munito della clausola di non trasferibilità
- ☐ bollettino di conto corrente postale
- ☐ bonifico bancario intestato alla Compagnia di assicurazione o all'Incaricato espressamente in tale qualità
- ☐ bancomat o carta di debito senza oneri a carico dei Clienti
- ☐ addebito automatico su conto corrente (Addebito diretto SEPA - SDD). In caso di modifica o chiusura del conto corrente bancario, al fine di garantire la continuità dei versamenti, il Contraente è tenuto a comunicare alla Direzione della Società, la variazione delle coordinate bancarie (codice IBAN) almeno quarantacinque giorni prima della scadenza della rata successiva e a sottoscrivere il nuovo mandato SEPA - SDD.

Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle sopra indicate. Gli assegni e gli accrediti derivanti da autorizzazioni permanenti di addebito in conto corrente sono accettati salvo buon fine. I costi relativi alle operazioni necessarie all'effettuazione dei pagamenti sono a carico dell'Aderente. Indipendentemente dal mezzo di pagamento utilizzato, la valuta riconosciuta da HDI Assicurazioni S.p.A. coincide con la data del versamento. Esclusivamente in caso di Addebito automatico su conto corrente, per la Clientela delle Banche Collocatrici, la valuta è pari a quella riconosciuta dalla Banca Ordinante.

- ☐ Contributo dell'Aderente da trattenuta sullo stipendio
- ☐ Contributo da TFR
- ☐ Contributo Datore di Lavoro

I premi versati dall'Aderente per il tramite del Datore di Lavoro, il TFR conferito e il contributo del datore di lavoro, possono essere pagati solo con bonifico bancario. La valuta riconosciuta da HDI Assicurazioni al versamento coincide con quella riconosciuta al bonifico effettuato dalla Banca Ordinante.

I versamenti, a cura del Datore di lavoro, dovranno avvenire seguendo le istruzioni scaricabili sul sito www.hdiassicurazioni.it.

Recesso dal contratto e revoca della proposta

L'Aderente può revocare per iscritto la propria richiesta di adesione privandola di ogni effetto finché il contratto non è concluso e può esercitare il diritto di recesso entro il termine di trenta giorni dalla conclusione del contratto.

Per l'esercizio del diritto di recesso l'Aderente deve inviare comunicazione scritta alla Società - con lettera raccomandata indirizzata a: HDI Assicurazioni S.p.A. - Vice Direzione Generale Rami Vita e Finanza, Ufficio Assunzione e Gestione Portafoglio, via Abruzzi 10 - 00187 Roma. Il recesso ha l'effetto di liberare l'Aderente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società provvederà a rimborsare all'Aderente, tramite assegno, i versamenti contributivi da questi corrisposti.

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto e di aver preso visione del documento 'Informazioni chiave per l'Aderente' e del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata;
- di essere stato informato della possibilità di richiedere la Nota informativa, il Regolamento e ogni altra documentazione attinente il Fondo, comunque disponibile sul sito www.hdiassicurazioni.it;
- di aver sottoscritto la 'Scheda dei costi' della forma pensionistica di appartenenza, la cui copia è parte integrante del presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare, qualora la forma pensionistica di provenienza la preveda);
- che il Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nella sezione 'Informazioni chiave per l'Aderente' e, in particolare, su quelle inerenti le principali caratteristiche del Fondo con specifico riguardo alla contribuzione, alla natura dell'investimento ed ai relativi rischi al fine di effettuare una scelta consapevole e rispondente alle proprie esigenze;
 - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nel documento 'Informazioni chiave per l'Aderente';
 - in merito ai contenuti del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP, precisando che lo stesso è volto a fornire una proiezione della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.hdiassicurazioni.it;
 - circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso di adesione alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento;
- di aver sottoscritto il 'Questionario di Autovalutazione';
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, anche se materialmente scritte da altri, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti e di riconoscere che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione dei rischi da parte della Società. Si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Prende atto che:

- il contratto si intende concluso con la sottoscrizione del presente modulo di adesione da parte dell'Aderente. La Società invierà una lettera di conferma di adesione entro 15 giorni dalla ricezione del modulo;
- gli effetti economici del contratto concluso decorrono dalle ore 24 del giorno del versamento del primo contributo.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Il Sottoscritto Aderente dichiara, ai sensi e per effetti dell'art.1341 del Codice Civile, di approvare specificatamente l'articolo "La prestazione pensionistica complementare" del documento "Informazioni chiave per l'Aderente".

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Il Sottoscritto Aderente / Legale Rappresentante / Esercente la potestà/ Tutore / Curatore dichiara di voler ricevere la **comunicazione periodica** mediante acquisizione della stessa tramite accesso alla propria **Area Riservata**.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Attenzione: : Il consenso potrà essere ritirato successivamente in qualsiasi istante attraverso comunicazione scritta.

Nome, Cognome e Firma del Soggetto incaricato che dichiara di aver identificato l'Aderente o il Legale Rappresentante/Esercente la potestà /Tutore/Curatore per eventuali Aderenti minori o incapaci, nonché la completezza e correttezza del presente modulo .

Timbro e Firma dell'Azienda

Questionario di Autovalutazione

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'Aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA

- Conoscenza dei fondi pensione
 - ☐ ne so poco
 - ☐ sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare finanziario o assicurativo in particolare finanziario o assicurativo
 - ☐ ho una conoscenza dei diversi tipi di forme pensionistiche e delle principali tipologie di prestazioni
- Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al Fondo pensione
 - ☐ non ne sono al corrente
 - ☐ so che le somme versate non sono liberamente disponibili
 - ☐ so che le somme sono disponibili soltanto al momento del pensionamento ovvero del raggiungimento dell'età pensionabile o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge
- A che età prevede di andare in pensione? _____
- Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)? _____ %
- Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il suo sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione")? ☐ Sì ☐ No
- Ha verificato il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, al fine di decidere quanto versare al Fondo pensione per ottenere una integrazione della Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa? ☐ Sì ☐ No

CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE

Per trarre indicazioni sulla congruità dell'opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7, 8 e 9.

- Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)
 - ☐ Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro (punteggio 1)
 - ☐ Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 Euro (punteggio 2)
 - ☐ Risparmio medio annuo oltre 5.000 Euro (punteggio 3)
 - ☐ Non so / Non rispondo (punteggio 1)
- Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?
 - ☐ 2 anni (punteggio 1)
 - ☐ 5 anni (punteggio 2)
 - ☐ 7 anni (punteggio 3)
 - ☐ 10 anni (punteggio 4)
 - ☐ 20 anni (punteggio 5)
 - ☐ Oltre 20 anni (punteggio 6)
- In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?
 - ☐ Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentando mi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
 - ☐ Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
 - ☐ Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

Punteggio ottenuto _____ Il punteggio va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta tra le diverse opzioni di investimento offerte dal Fondo pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione.

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

	Punteggio fino a 6	Punteggio tra 7 e 12	Punteggio tra 8 e 12
Categoria del comparto	– Garantito – Obbligazionario puro – Obbligazionario misto	– Bilanciato – Obbligazionario misto	– Bilanciato – Azionario

- ☐ L'Aderente attesta che il Questionario è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.
- ☐ L'Aderente, nell'attestare che il Questionario non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Spazio riservato al Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni

PREVIDENZA HDI - PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO - FONDO PENSIONE

MODULO DI ADESIONE N°

Agenzia _____	Cod. Agenzia _____	Cod. Subagenzia _____	Cod. Produttore _____	Cat. _____	Mod. Pag. _____
	Sede contabile _____	N. matricola Contr.-Assic. _____	CIN _____		

Modulo di adesione a "PREVIDENZA HDI – Piano Individuale pensionistico di tipo assicurativo – Fondo Pensione" iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5007

Attenzione: L'adesione a PREVIDENZA HDI – PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO – FONDO PENSIONE deve essere preceduta dalla consegna e presa visione del documento 'Informazioni chiave per l'Aderente'. La Nota informativa, il Regolamento e le Condizioni generali di contratto sono disponibili sul sito www.hdiassicurazioni.it nella Sezione dei prodotti dedicati alla "Previdenza Complementare". Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

Dati dell'Aderente:

Cognome:	Nome:	Codice Fiscale:		
Sesso: ☐ M ☐ F	Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:	Nr. documento:	Ente di rilascio:	Data di rilascio:	Data fine validità:
Residenza in: Città	Indirizzo:		Cap:	Prov:
Telefono:	e-mail:			
Desidero ricevere la corrispondenza in formato cartaceo al seguente indirizzo (qualora differente da quello sopra indicato):				

Titolo di studio

☐ Nessuno	☐ Licenza elementare	☐ Licenza media inferiore	☐ Diploma professionale
☐ Diploma media superiore	☐ Diploma universitario/laurea triennale	☐ Laurea / laurea magistrale	☐ Specializzazione post-laurea

Condizione professionale

☐ Lavoratore dipendente	☐ Lavoratore autonomo/libero professionista	☐ Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al Fondo	☐ Soggetto diverso da quelli precedenti
☐ Privato ☐ Pubblico			

Data prima iscrizione alla previdenza complementare **XX/XX/XXXX**

Ente di Previdenza Obbligatoria _____ Anzianità contributiva: anni ____ mesi ____

Data di prima occupazione / / Qualifica di vecchio o nuovo iscritto a fondi pensione ☐ V ☐ N

N.B. si intende vecchio iscritto il Soggetto che alla data del 28/04/1993 aveva già aderito ad un Fondo pensione e successivamente non ha riscattato la relativa posizione previdenziale. Si intende nuovo iscritto il Soggetto che ha aderito a Fondi Pensione dopo il 28/04/1993 oppure vecchio iscritto che dopo tale data ha riscattato la posizione previdenziale accesa prima della medesima.

Età pensionabile anni (*)

(*) L'età pensionabile è quella prevista dal regime obbligatorio o di appartenenza.

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

Istituto bancario _____	IBAN _____
-------------------------	------------

Dati dell'Azienda

(solo in caso di Lavoratore dipendente)

Denominazione:	Codice fiscale/partita IVA:
Indirizzo:	
Fax:	E-mail:

MODULO DI ADESIONE N°

Dati del Legale Rappresentante/Esercente la potestà / Tutore / Curatore per eventuali Aderenti minori o incapaci

Cognome:	Nome:		Codice Fiscale:	
Sesso: ☐ M ☐ F	Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:	Nr. documento:	Ente di rilascio:	Data di rilascio:	Data fine validità:
Residenza in: Città	Indirizzo:		Cap:	Prov:
Professione:				

Luogo e data	Firma dell'Aderente	Firma del Legale Rappresentante/Esercente la potestà/Tutore/Curatore	Firma del Soggetto incaricato
--------------	---------------------	---	-------------------------------

Se già si aderisce ad altra forma pensionistica complementare, riportare le seguenti informazioni:

Denominazione altra forma pensionistica: Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP:
L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata: ☐ Consegnata ☐ Non consegnata (*)
(*) Non è prevista la consegna della Scheda dei costi solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.
Si richiede il ☐ Trasferimento dal sopra indicato Fondo Pensione Aperto ☐ Trasferimento dalla sopra indicata Forma Pensionistica Individuale di cui all'art. 13, co. 1, lettera b) del D.Lgs. 252 del 5 dicembre 2005

Beneficiari in caso di morte dell'Aderente prima del pensionamento

☐ Eredi legittimi o testamentari dell'Aderente

☐ Beneficiari

☐ Cognome e Nome / Denominazione e Ragione sociale _____
Nato a _____ il ____/____/____ CF / P. IVA _____
Residente in _____ Prov. _____ Cap _____
Indirizzo _____

☐ Cognome e Nome / Denominazione e Ragione sociale _____
Nato a _____ il ____/____/____ CF / P. IVA _____
Residente in _____ Prov. _____ Cap _____
Indirizzo _____

☐ _____

Fonti di finanziamento e modalità di pagamento

☐ Contributo volontario dell'Aderente. Versamento contestuale ☐ Sì ☐ No

L'Aderente intende versare al Fondo, a titolo di **primo contributo** di Euro _____ mediante:

- ☐ Assegno bancario o circolare n. _____ intestato a _____ e munito della clausola di non trasferibilità
- ☐ Addebito automatico sul c/c bancario. Per la Clientela delle Banche collocatrici è l'unica modalità di pagamento possibile. In caso di modifica o chiusura del conto corrente bancario, al fine di garantire la continuità dei versamenti, il Contraente è tenuto a comunicare alla Direzione della Società, la variazione delle coordinate bancarie (codice IBAN) almeno quarantacinque giorni prima della scadenza della rata successiva e a sottoscrivere il nuovo mandato SEPA - SDD.
- ☐ Bonifico bancario intestato alla Compagnia di assicurazione o all'Incaricato espressamente in tale qualità
- ☐ Bancomat o carta di debito senza oneri a carico dei Clienti
- ☐ Trattenuta a ruolo

e, a titolo di **versamento successivo**, intende versare un contributo dello stesso importo del primo versamento in rate:

☐ Annuali ☐ Semestrali ☐ Quadrimestrali ☐ Trimestrali ☐ Mensili

mediante:

- ☐ assegno bancario o circolare e munito della clausola di non trasferibilità
- ☐ bollettino di conto corrente postale
- ☐ bonifico bancario intestato alla Compagnia di assicurazione o all'Incaricato espressamente in tale qualità
- ☐ bancomat o carta di debito senza oneri a carico dei Clienti
- ☐ addebito automatico su conto corrente (Addebito diretto SEPA - SDD). In caso di modifica o chiusura del conto corrente bancario, al fine di garantire la continuità dei versamenti, il Contraente è tenuto a comunicare alla Direzione della Società, la variazione delle coordinate bancarie (codice IBAN) almeno quarantacinque giorni prima della scadenza della rata successiva e a sottoscrivere il nuovo mandato SEPA - SDD.

Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle sopra indicate. Gli assegni e gli accrediti derivanti da autorizzazioni permanenti di addebito in conto corrente sono accettati salvo buon fine. I costi relativi alle operazioni necessarie all'effettuazione dei pagamenti sono a carico dell'Aderente. Indipendentemente dal mezzo di pagamento utilizzato, la valuta riconosciuta da HDI Assicurazioni S.p.A. coincide con la data del versamento. Esclusivamente in caso di Addebito automatico su conto corrente, per la Clientela delle Banche Collocatrici, la valuta è pari a quella riconosciuta dalla Banca Ordinante.

- ☐ Contributo dell'Aderente da trattenuta sullo stipendio
- ☐ Contributo da TFR
- ☐ Contributo Datore di Lavoro

I premi versati dall'Aderente per il tramite del Datore di Lavoro, il TFR conferito e il contributo del datore di lavoro, possono essere pagati solo con bonifico bancario. La valuta riconosciuta da HDI Assicurazioni al versamento coincide con quella riconosciuta al bonifico effettuato dalla Banca Ordinante.

I versamenti, a cura del Datore di lavoro, dovranno avvenire seguendo le istruzioni scaricabili sul sito www.hdiassicurazioni.it.

Recesso dal contratto e revoca della proposta

L'Aderente può revocare per iscritto la propria richiesta di adesione privandola di ogni effetto finché il contratto non è concluso e può esercitare il diritto di recesso entro il termine di trenta giorni dalla conclusione del contratto.

Per l'esercizio del diritto di recesso l'Aderente deve inviare comunicazione scritta alla Società - con lettera raccomandata indirizzata a: HDI Assicurazioni S.p.A. - Vice Direzione Generale Rami Vita e Finanza, Ufficio Assunzione e Gestione Portafoglio, via Abruzzi 10 - 00187 Roma. Il recesso ha l'effetto di liberare l'Aderente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società provvederà a rimborsare all'Aderente, tramite assegno, i versamenti contributivi da questi corrisposti.

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto e di aver preso visione del documento 'Informazioni chiave per l'Aderente' e del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata;
- di essere stato informato della possibilità di richiedere la Nota informativa, il Regolamento e ogni altra documentazione attinente il Fondo, comunque disponibile sul sito www.hdiassicurazioni.it;
- di aver sottoscritto la 'Scheda dei costi' della forma pensionistica di appartenenza, la cui copia è parte integrante del presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare, qualora la forma pensionistica di provenienza la preveda);
- che il Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nella sezione 'Informazioni chiave per l'Aderente' e, in particolare, su quelle inerenti le principali caratteristiche del Fondo con specifico riguardo alla contribuzione, alla natura dell'investimento ed ai relativi rischi al fine di effettuare una scelta consapevole e rispondente alle proprie esigenze;
 - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nel documento 'Informazioni chiave per l'Aderente';
 - in merito ai contenuti del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP, precisando che lo stesso è volto a fornire una proiezione della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.hdiassicurazioni.it;
 - circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso di adesione alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento;
- di aver sottoscritto il 'Questionario di Autovalutazione';
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, anche se materialmente scritte da altri, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti e di riconoscere che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione dei rischi da parte della Società. Si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Prende atto che:

- il contratto si intende concluso con la sottoscrizione del presente modulo di adesione da parte dell'Aderente. La Società invierà una lettera di conferma di adesione entro 15 giorni dalla ricezione del modulo;
- gli effetti economici del contratto concluso decorrono dalle ore 24 del giorno del versamento del primo contributo.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Il Sottoscritto Aderente dichiara, ai sensi e per effetti dell'art.1341 del Codice Civile, di approvare specificatamente l'articolo "La prestazione pensionistica complementare" del documento "Informazioni chiave per l'Aderente".

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Il Sottoscritto Aderente / Legale Rappresentante / Esercente la potestà/ Tutore / Curatore dichiara di voler ricevere la **comunicazione periodica** mediante acquisizione della stessa tramite accesso alla propria **Area Riservata**.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Attenzione: : Il consenso potrà essere ritirato successivamente in qualsiasi istante attraverso comunicazione scritta.

Nome, Cognome e Firma del Soggetto incaricato che dichiara di aver identificato l'Aderente o il Legale Rappresentante/Esercente la potestà /Tutore/Curatore per eventuali Aderenti minori o incapaci, nonché la completezza e correttezza del presente modulo .

Timbro e Firma dell'Azienda

Questionario di Autovalutazione

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'Aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA

- Conoscenza dei fondi pensione
 - ☐ ne so poco
 - ☐ sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare finanziario o assicurativo in particolare finanziario o assicurativo
 - ☐ ho una conoscenza dei diversi tipi di forme pensionistiche e delle principali tipologie di prestazioni
- Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al Fondo pensione
 - ☐ non ne sono al corrente
 - ☐ so che le somme versate non sono liberamente disponibili
 - ☐ so che le somme sono disponibili soltanto al momento del pensionamento ovvero del raggiungimento dell'età pensionabile o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge
- A che età prevede di andare in pensione? _____
- Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)? _____ %
- Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il suo sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione")? ☐ Sì ☐ No
- Ha verificato il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, al fine di decidere quanto versare al Fondo pensione per ottenere una integrazione della Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa? ☐ Sì ☐ No

CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE

Per trarre indicazioni sulla congruità dell'opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7, 8 e 9.

- Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)
 - ☐ Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro (punteggio 1)
 - ☐ Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 Euro (punteggio 2)
 - ☐ Risparmio medio annuo oltre 5.000 Euro (punteggio 3)
 - ☐ Non so / Non rispondo (punteggio 1)
- Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?
 - ☐ 2 anni (punteggio 1)
 - ☐ 5 anni (punteggio 2)
 - ☐ 7 anni (punteggio 3)
 - ☐ 10 anni (punteggio 4)
 - ☐ 20 anni (punteggio 5)
 - ☐ Oltre 20 anni (punteggio 6)
- In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?
 - ☐ Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentando mi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
 - ☐ Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
 - ☐ Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

Punteggio ottenuto _____ Il punteggio va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta tra le diverse opzioni di investimento offerte dal Fondo pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione.

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

	Punteggio fino a 6	Punteggio tra 7 e 12	Punteggio tra 8 e 12
Categoria del comparto	– Garantito – Obbligazionario puro – Obbligazionario misto	– Bilanciato – Obbligazionario misto	– Bilanciato – Azionario

- ☐ L'Aderente attesta che il Questionario è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.
- ☐ L'Aderente, nell'attestare che il Questionario non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Spazio riservato al Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni

PREVIDENZA HDI - PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO - FONDO PENSIONE

MODULO DI ADESIONE N°

Agenzia _____	Cod. Agenzia _____	Cod. Subagenzia _____	Cod. Produttore _____	Cat. _____	Mod. Pag. _____
	Sede contabile _____	N. matricola Contr.-Assic. _____	CIN _____		

Modulo di adesione a "PREVIDENZA HDI – Piano Individuale pensionistico di tipo assicurativo – Fondo Pensione" iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5007

Attenzione: L'adesione a PREVIDENZA HDI – PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO – FONDO PENSIONE deve essere preceduta dalla consegna e presa visione del documento 'Informazioni chiave per l'Aderente'. La Nota informativa, il Regolamento e le Condizioni generali di contratto sono disponibili sul sito www.hdiassicurazioni.it nella Sezione dei prodotti dedicati alla "Previdenza Complementare". Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

Dati dell'Aderente:

Cognome:	Nome:		Codice Fiscale:	
Sesso: ☐ M ☐ F	Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:	Nr. documento:	Ente di rilascio:	Data di rilascio:	Data fine validità:
Residenza in: Città _____	Indirizzo: _____		Cap: _____	Prov: _____
Telefono: _____		e-mail: _____		
Desidero ricevere la corrispondenza in formato cartaceo al seguente indirizzo (qualora differente da quello sopra indicato): _____				

Titolo di studio

☐ Nessuno	☐ Licenza elementare	☐ Licenza media inferiore	☐ Diploma professionale
☐ Diploma media superiore	☐ Diploma universitario/laurea triennale	☐ Laurea / laurea magistrale	☐ Specializzazione post-laurea

Condizione professionale

☐ Lavoratore dipendente	☐ Lavoratore autonomo/libero professionista	☐ Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al Fondo	☐ Soggetto diverso da quelli precedenti
☐ Privato ☐ Pubblico			

Data prima iscrizione alla previdenza complementare **XX/XX/XXXX**

Ente di Previdenza Obbligatoria _____ Anzianità contributiva: anni ____ mesi ____

Data di prima occupazione / / Qualifica di vecchio o nuovo iscritto a fondi pensione ☐ V ☐ N

N.B. si intende vecchio iscritto il Soggetto che alla data del 28/04/1993 aveva già aderito ad un Fondo pensione e successivamente non ha riscattato la relativa posizione previdenziale. Si intende nuovo iscritto il Soggetto che ha aderito a Fondi Pensione dopo il 28/04/1993 oppure vecchio iscritto che dopo tale data ha riscattato la posizione previdenziale accesa prima della medesima.

Età pensionabile anni (*)

(*) L'età pensionabile è quella prevista dal regime obbligatorio o di appartenenza.

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

Istituto bancario _____	IBAN _____
-------------------------	------------

Dati dell'Azienda

(solo in caso di Lavoratore dipendente)

Denominazione:	Codice fiscale/partita IVA:
Indirizzo:	
Fax:	E-mail:

MODULO DI ADESIONE N°

Dati del Legale Rappresentante/Esercente la potestà / Tutore / Curatore per eventuali Aderenti minori o incapaci

Cognome:	Nome:		Codice Fiscale:	
Sesso: ☐ M ☐ F	Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:	Nr. documento:	Ente di rilascio:	Data di rilascio:	Data fine validità:
Residenza in: Città	Indirizzo:		Cap:	Prov:
Professione:				

Luogo e data	Firma dell'Aderente	Firma del Legale Rappresentante/Esercente la potestà/Tutore/Curatore	Firma del Soggetto incaricato
--------------	---------------------	---	-------------------------------

Se già si aderisce ad altra forma pensionistica complementare, riportare le seguenti informazioni:

Denominazione altra forma pensionistica: Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP:
L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata: ☐ Consegnata ☐ Non consegnata (*)
(*) Non è prevista la consegna della Scheda dei costi solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.
Si richiede il ☐ Trasferimento dal sopra indicato Fondo Pensione Aperto ☐ Trasferimento dalla sopra indicata Forma Pensionistica Individuale di cui all'art. 13, co. 1, lettera b) del D.Lgs. 252 del 5 dicembre 2005

Beneficiari in caso di morte dell'Aderente prima del pensionamento

☐ Eredi legittimi o testamentari dell'Aderente

☐ Beneficiari

☐ Cognome e Nome / Denominazione e Ragione sociale _____
Nato a _____ il ____/____/____ CF / P. IVA _____
Residente in _____ Prov. _____ Cap _____
Indirizzo _____

☐ Cognome e Nome / Denominazione e Ragione sociale _____
Nato a _____ il ____/____/____ CF / P. IVA _____
Residente in _____ Prov. _____ Cap _____
Indirizzo _____

☐ _____

Fonti di finanziamento e modalità di pagamento

☐ Contributo volontario dell'Aderente. Versamento contestuale ☐ Sì ☐ No

L'Aderente intende versare al Fondo, a titolo di **primo contributo** di Euro _____ mediante:

☐ Assegno bancario o circolare n. _____ intestato a _____ e munito della clausola di non trasferibilità

☐ Addebito automatico sul c/c bancario. Per la Clientela delle Banche collocatrici è l'unica modalità di pagamento possibile. In caso di modifica o chiusura del conto corrente bancario, al fine di garantire la continuità dei versamenti, il Contraente è tenuto a comunicare alla Direzione della Società, la variazione delle coordinate bancarie (codice IBAN) almeno quarantacinque giorni prima della scadenza della rata successiva e a sottoscrivere il nuovo mandato SEPA - SDD.

☐ Bonifico bancario intestato alla Compagnia di assicurazione o all'Incaricato espressamente in tale qualità

☐ Bancomat o carta di debito senza oneri a carico dei Clienti

☐ Trattenuta a ruolo

e, a titolo di **versamento successivo**, intende versare un contributo dello stesso importo del primo versamento in rate:

☐ Annuali ☐ Semestrali ☐ Quadrimestrali ☐ Trimestrali ☐ Mensili

mediante:

☐ assegno bancario o circolare e munito della clausola di non trasferibilità

☐ bollettino di conto corrente postale

☐ bonifico bancario intestato alla Compagnia di assicurazione o all'Incaricato espressamente in tale qualità

☐ bancomat o carta di debito senza oneri a carico dei Clienti

☐ addebito automatico su conto corrente (Addebito diretto SEPA - SDD). In caso di modifica o chiusura del conto corrente bancario, al fine di garantire la continuità dei versamenti, il Contraente è tenuto a comunicare alla Direzione della Società, la variazione delle coordinate bancarie (codice IBAN) almeno quarantacinque giorni prima della scadenza della rata successiva e a sottoscrivere il nuovo mandato SEPA - SDD.

Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle sopra indicate. Gli assegni e gli accrediti derivanti da autorizzazioni permanenti di addebito in conto corrente sono accettati salvo buon fine. I costi relativi alle operazioni necessarie all'effettuazione dei pagamenti sono a carico dell'Aderente. Indipendentemente dal mezzo di pagamento utilizzato, la valuta riconosciuta da HDI Assicurazioni S.p.A. coincide con la data del versamento. Esclusivamente in caso di Addebito automatico su conto corrente, per la Clientela delle Banche Collocatrici, la valuta è pari a quella riconosciuta dalla Banca Ordinante.

- ☐ Contributo dell'Aderente da trattenuta sullo stipendio
- ☐ Contributo da TFR
- ☐ Contributo Datore di Lavoro

I premi versati dall'Aderente per il tramite del Datore di Lavoro, il TFR conferito e il contributo del datore di lavoro, possono essere pagati solo con bonifico bancario. La valuta riconosciuta da HDI Assicurazioni al versamento coincide con quella riconosciuta al bonifico effettuato dalla Banca Ordinante.

I versamenti, a cura del Datore di lavoro, dovranno avvenire seguendo le istruzioni scaricabili sul sito www.hdiassicurazioni.it.

Recesso dal contratto e revoca della proposta

L'Aderente può revocare per iscritto la propria richiesta di adesione privandola di ogni effetto finché il contratto non è concluso e può esercitare il diritto di recesso entro il termine di trenta giorni dalla conclusione del contratto.

Per l'esercizio del diritto di recesso l'Aderente deve inviare comunicazione scritta alla Società - con lettera raccomandata indirizzata a: HDI Assicurazioni S.p.A. - Vice Direzione Generale Rami Vita e Finanza, Ufficio Assunzione e Gestione Portafoglio, via Abruzzi 10 - 00187 Roma. Il recesso ha l'effetto di liberare l'Aderente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società provvederà a rimborsare all'Aderente, tramite assegno, i versamenti contributivi da questi corrisposti.

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto e di aver preso visione del documento 'Informazioni chiave per l'Aderente' e del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata;
- di essere stato informato della possibilità di richiedere la Nota informativa, il Regolamento e ogni altra documentazione attinente il Fondo, comunque disponibile sul sito www.hdiassicurazioni.it;
- di aver sottoscritto la 'Scheda dei costi' della forma pensionistica di appartenenza, la cui copia è parte integrante del presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare, qualora la forma pensionistica di provenienza la preveda);
- che il Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nella sezione 'Informazioni chiave per l'Aderente' e, in particolare, su quelle inerenti le principali caratteristiche del Fondo con specifico riguardo alla contribuzione, alla natura dell'investimento ed ai relativi rischi al fine di effettuare una scelta consapevole e rispondente alle proprie esigenze;
 - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nel documento 'Informazioni chiave per l'Aderente';
 - in merito ai contenuti del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP, precisando che lo stesso è volto a fornire una proiezione della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.hdiassicurazioni.it;
 - circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso di adesione alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento;
- di aver sottoscritto il 'Questionario di Autovalutazione';
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, anche se materialmente scritte da altri, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti e di riconoscere che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione dei rischi da parte della Società. Si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Prende atto che:

- il contratto si intende concluso con la sottoscrizione del presente modulo di adesione da parte dell'Aderente. La Società invierà una lettera di conferma di adesione entro 15 giorni dalla ricezione del modulo;
- gli effetti economici del contratto concluso decorrono dalle ore 24 del giorno del versamento del primo contributo.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Il Sottoscritto Aderente dichiara, ai sensi e per effetti dell'art.1341 del Codice Civile, di approvare specificatamente l'articolo "La prestazione pensionistica complementare" del documento "Informazioni chiave per l'Aderente".

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Il Sottoscritto Aderente / Legale Rappresentante / Esercente la potestà/ Tutore / Curatore dichiara di voler ricevere la **comunicazione periodica** mediante acquisizione della stessa tramite accesso alla propria **Area Riservata**.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Attenzione: : Il consenso potrà essere ritirato successivamente in qualsiasi istante attraverso comunicazione scritta.

Nome, Cognome e Firma del Soggetto incaricato che dichiara di aver identificato l'Aderente o il Legale Rappresentante/Esercente la potestà /Tutore/Curatore per eventuali Aderenti minori o incapaci, nonché la completezza e correttezza del presente modulo .

Timbro e Firma dell'Azienda

Questionario di Autovalutazione

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'Aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA

- Conoscenza dei fondi pensione
 - ☐ ne so poco
 - ☐ sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare finanziario o assicurativo in particolare finanziario o assicurativo
 - ☐ ho una conoscenza dei diversi tipi di forme pensionistiche e delle principali tipologie di prestazioni
- Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al Fondo pensione
 - ☐ non ne sono al corrente
 - ☐ so che le somme versate non sono liberamente disponibili
 - ☐ so che le somme sono disponibili soltanto al momento del pensionamento ovvero del raggiungimento dell'età pensionabile o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge
- A che età prevede di andare in pensione? _____
- Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)? _____ %
- Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il suo sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione")? ☐ Sì ☐ No
- Ha verificato il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, al fine di decidere quanto versare al Fondo pensione per ottenere una integrazione della Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa? ☐ Sì ☐ No

CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE

Per trarre indicazioni sulla congruità dell'opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7, 8 e 9.

- Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)
 - ☐ Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro (punteggio 1)
 - ☐ Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 Euro (punteggio 2)
 - ☐ Risparmio medio annuo oltre 5.000 Euro (punteggio 3)
 - ☐ Non so / Non rispondo (punteggio 1)
- Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?
 - ☐ 2 anni (punteggio 1)
 - ☐ 5 anni (punteggio 2)
 - ☐ 7 anni (punteggio 3)
 - ☐ 10 anni (punteggio 4)
 - ☐ 20 anni (punteggio 5)
 - ☐ Oltre 20 anni (punteggio 6)
- In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?
 - ☐ Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentando mi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
 - ☐ Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
 - ☐ Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

Punteggio ottenuto _____ Il punteggio va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta tra le diverse opzioni di investimento offerte dal Fondo pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione.

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

	Punteggio fino a 6	Punteggio tra 7 e 12	Punteggio tra 8 e 12
Categoria del comparto	– Garantito – Obbligazionario puro – Obbligazionario misto	– Bilanciato – Obbligazionario misto	– Bilanciato – Azionario

- ☐ L'Aderente attesta che il Questionario è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.
- ☐ L'Aderente, nell'attestare che il Questionario non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Spazio riservato al Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni

TABELLA 1 - SOTTOGRUPPI DI ATTIVITA' ECONOMICA

SOTTO GRUPPO	DESCRIZIONE
AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	
AMMINISTRAZIONI CENTRALI	
102	AMMINISTRAZIONE STATALE E ORGANI COSTITUZIONALI
200	TESORO DELLO STATO
165	ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI ECONOMICI E DI REGOLAZIONE DELL'ATTIVITA' ECONOMICA
166	ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI ASSISTENZIALI, RICREATIVI E CULTURALI
167	ENTI DI RICERCA
AMMINISTRAZIONI LOCALI	
120	AMMINISTRAZIONI REGIONALI
121	AMMINISTRAZIONI PROVINCIALI E CITTA' METROPOLITANE
173	AMMINISTRAZIONI COMUNALI E UNIONI DI COMUNI
174	ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI SANITARI
175	ALTRI ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI SANITARI
176	ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI ECONOMICI E DI REGOLAZIONE DELL'ATTIVITA' ECONOMICA
177	ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI ASSISTENZIALI, RICREATIVI E CULTURALI
ENTI DI PREVIDENZA E ASSISTENZA SOCIALE	
191	ENTI DI PREVIDENZA E ASSISTENZA SOCIALE
SOCIETA' FINANZIARIE	
AUTORITA' BANCARIE CENTRALI	
300	BANCA D'ITALIA
301	UFFICIO ITALIANO DEI CAMBI (U.I.C.)
ALTRE ISTITUZIONI FINANZIARIE MONETARIE: BANCHE	
245	SISTEMA BANCARIO
ALTRE ISTITUZIONI FINANZIARIE MONETARIE: ALTRI INTERMEDIARI	
101	CASSA DD.PP.
247	FONDI COMUNI DI INVESTIMENTO MONETARIO
ALTRI INTERMEDIARI FINANZIARI	
250	FONDAZIONI BANCARIE
255	HOLDING FINANZIARIE PUBBLICHE
256	HOLDING FINANZIARIE PRIVATE
257	MERCHANT BANKS
258	SOCIETA' DI LEASING
259	SOCIETA' DI FACTORING
263	SOCIETA' DI CREDITO AL CONSUMO
264	SOCIETA' DI INTERMEDIAZIONE MOBILIARE (SIM)
265	SOCIETA' FIDUCIARIE DI GESTIONE
266	FONDI COMUNI DI INVESTIMENTO MOBILIARE E SOCIETA' DI INVESTIMENTO CAPITALE VARIABILE (SICAV)
267	ALTRI ORGANISMI DI INVESTIMENTO COLLETTIVO DEL RISPARMIO (O.I.C.R.)
268	ALTRE FINANZIARIE
264	SOCIETA' DI INTERMEDIAZIONE MOBILIARE (SIM)
265	SOCIETA' FIDUCIARIE DI GESTIONE
266	FONDI COMUNI DI INVESTIMENTO MOBILIARE E SOCIETA' DI INVESTIMENTO CAPITALE VARIABILE (SICAV)
267	ALTRI ORGANISMI DI INVESTIMENTO COLLETTIVO DEL RISPARMIO (O.I.C.R.)
268	ALTRE FINANZIARIE
AUSILIARI FINANZIARI	
270	SOCIETA' DI GESTIONE DI FONDI
273	SOCIETA' FIDUCIARIE DI AMMINISTRAZIONE
275	ENTI PREPOSTI AL FUNZIONAMENTO DEI MERCATI
276	AGENTI DI CAMBIO
279	ASSOCIAZIONI BANCARIE
278	ASSOCIAZIONI TRA IMPRESE FINANZIARIE E ASSICURATIVE
279	AUTORITA' CENTRALI DI CONTROLLO
280	MEDIATORI, AGENTI E CONSULENTI DI ASSICURAZIONE
283	PROMOTORI FINANZIARI
284	ALTRI AUSILIARI FINANZIARI

TABELLA 2 - GRUPPI/RAMI DI ATTIVITA' ECONOMICA

GRUPPO/RAMO	DESCRIZIONE
011	PRODOTTI VEGETALI DELL'AGRICOLTURA E DELLE FORESTE
012	VINO
013	OLIO DI OLIVA NON RAFFINATO
014	PRODOTTI ANIMALI DELL'AGRICOLTURA E DELLA CACCIA
015	PRODOTTI AGRICOLI ESCLUSIVAMENTE IMPORTATI
020	PRODOTTI DELLA SILVICOLTURA
030	PRODOTTI DELLA PESCA
111	CARBONE E AGGLOMERATI DI CARBONE
112	LIGNITE E MATTONELLE DI LIGNITE
120	PRODOTTI DELLA COKERIZZAZIONE
130	PETROLIO GREGGIO, GAS NATURALE E SCISTI BITUMINOSI
140	PRODOTTI PETROLIFERI RAFFINATI
151	MINERALI CONTENENTI MATERIE FISSILI E FERTILI
152	PRODOTTI DELLA TRASFORMAZIONE DI MATERIE FISSILI E FERTILI
161	ENERGIA ELETTRICA
162	GAS DISTRIBUITO
163	VAPORE, ACQUA CALDA, ARIA COMPRESSA
170	ACQUA (RACCOLTA, DEPURAZIONE, DISTRIBUZIONE)
211	MINERALI DI FERRO
212	MINERALI NON FERROSI (ESCLUSI QUELLI FISSILI E FERTILI)
221	GHISA, ACCIAIO GREZZO, LAMINATI A CALDO, LAMINATI DA ROTTAMI
222	TUBI IN ACCIAIO
223	TRAFILATI, LAMINATI IN SFOGLIA, PROFILATI A FREDDO
224	METALLI NON FERROSI
231	MATERIALE DA COSTRUZIONE E TERRE REFRATTARIE
232	SALI DI POTASSIO E DI FOSFATI NATURALI
233	SALGEMMA E SALE MARINO
239	ALTRI MINERALI E TORBA
241	MATERIALI DA COSTRUZIONE IN TERRACOTTA
242	CEMENTO, CALCE E GESSO
243	MATERIALI DA COSTRUZIONE IN CALCESTRUZZO, CEMENTO O GESSO
244	ARTICOLI IN AMIANTO (CON L'ESCLUSIONE DI MANUFATTI IN CEMENTO)
245	PIETRE E PRODOTTI MINERALI NON METALLIFERI
246	MOLE E ALTRI PRODOTTI ABRASIVI
247	VETRO
248	PRODOTTI IN CERAMICA
252	PRODOTTI DELLA PETROLCHIMICA E DELLA CARBOCHIMICA
253	ALTRI PRODOTTI CHIMICI DI BASE
255	INTONACI, PITTURE, VERNICI E INCHIOSTRI DA STAMPA
256	ALTRI PRODOTTI CHIMICI DESTINATI PREVALENTEMENTE IND.
257	PRODOTTI FARMACEUTICI
258	SAPONI, DETERSIVI SINTETICI, ALTRI PRODOTTI IGIENE, ECC.
259	ALTRI PRODOTTI CHIMICI DESTINATI AL CONSUMO DOMESTICO
260	FIBRE ARTIFICIALI E SINTETICHE
311	PRODOTTI DELLE FONDERIE
312	PRODOTTI IN METALLO FORGIATO, STAMPATI, STOZZATI, ECC.
313	PRODOTTI DI SECONDA TRASFORMAZIONE DEI METALLI
314	PRODOTTI PER COSTRUZIONI METALLICHE
315	PRODOTTI DELL'ARTE E DEL LAVORO DEL CALDERAIO
316	UTENSILI E ARTICOLI FINITI IN METALLO (ESCLUSO ELETR.)
321	MACCHINE E TRATTORI AGRICOLI
322	MACCHINE E UTENSILI PER LA LAVORAZIONE METALLI, UTENSILERIA
323	MACCHINE TESSILI E PER CUCIRE E LORO ACCESSORI
324	MACCHINE E APPARECCHI PER INDUSTRIE ALIMENTARI E CHIMICHE
325	MACCHINE E APPARECCHI PER LE MINIERE, LA METALLURGIA, ECC.
326	INGRANAGGI E ALTRI ORGANI DI TRASMISSIONE: CUSCINETTI, ECC.
327	MACCHINE PER LA LAVORAZIONE DEL LEGNO, DELLA CARTA, ECC.
328	ALTRE MACCHINE E APPARECCHI MECCANICI
330	MACCHINE PER UFFICIO E PER LA ELABORAZIONE DEI DATI
341	FIILI E CAVI ELETTRICI
342	APPARECCHI ELETTRICI
343	MATERIALE ELETTRICO PER USO INDUSTRIALE, PILE E ACCESSORI
344	MATERIALE PER TELECOMUNICAZIONE, CONTATORI, APPARECCHI
345	APPARECCHI ELETTRONICI, RADIODTELEVISIVI, ELETTROACUSTICI

SOTTO GRUPPO	DESCRIZIONE
IMPRESSE DI ASSICURAZIONE E FONDI PENSIONE	
294	IMPRESSE DI ASSICURAZIONE
295	FONDI PENSIONE
296	ALTRI FONDI PREVIDENZIALI
SOCIETA' NON FINANZIARIE	
IMPRESSE PUBBLICHE	
470	(*) AZIENDE MUNICIPALIZZATE, PROVINCIALIZZATE E REGIONALIZZATE
471	(*) IMPRESSE PARTECIPATE DALLO STATO
472	(*) IMPRESSE A PARTECIPAZIONE REGIONALE E LOCALE
473	(*) ALTRE UNITA' PUBBLICHE
474	(*) HOLDING PUBBLICHE
IMPRESSE PRIVATE	
430	(*) IMPRESSE PRODUTTIVE
431	(*) HOLDING PRIVATE
ASSOCIAZIONI FRA IMPRESSE NON FINANZIARIE	
450	(*) ASSOCIAZIONI FRA IMPRESSE NON FINANZIARIE
QUASSIOSOCIETA' NON FINANZIARIE ARTIGIANE	
480	(*) UNITA' O SOCIETA' CON 20 O PIU' ADDETTI
481	(*) UNITA' O SOCIETA' CON PIU' DI 5 E MENO DI 20 ADDETTI
482	(*) SOCIETA' CON MENO DI 20 ADDETTI
QUASSIOSOCIETA' NON FINANZIARIE ALTRE	
490	(*) UNITA' O SOCIETA' CON 20 O PIU' ADDETTI
491	(*) UNITA' O SOCIETA' CON PIU' DI 5 E MENO DI 20 ADDETTI
492	(*) SOCIETA' CON MENO DI 20 ADDETTI
FAMIGLIE	
FAMIGLIE PRODUTTRICI	
614	(*) ARTIGIANI
615	(*) ALTRE FAMIGLIE PRODUTTRICI
FAMIGLIE CONSUMATRICI	
600	FAMIGLIE CONSUMATRICI
ISTITUZIONI SENZA SCOPO DI LUCRO AL SERVIZIO DELLE FAMIGLIE	
500	ISTITUZIONI ED ENTI ECCLESIASTICI E RELIGIOSI
501	ISTITUZIONI ED ENTI CON FINALITA' DI ASSISTENZA, BENEFICENZA, ISTRUZIONE, CULTURALI, SINDACALI, POLITICHE, SPORTIVE, RICREATIVE E SIMILI
RESTO DEL MONDO	
AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	
704	AMMINISTRAZIONI CENTRALI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'UM
705	AMMINISTRAZIONI CENTRALI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'UM
706	AMMINISTRAZIONI DI STATI FEDERATI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'UM
707	AMMINISTRAZIONI DI STATI FEDERATI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'UM
708	AMMINISTRAZIONI LOCALI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'UM
709	AMMINISTRAZIONI LOCALI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'UM
713	ENTI DI ASSISTENZA E PREVIDENZA SOCIALE DEI PAESI UE MEMBRI DELL'UM
714	ENTI DI ASSISTENZA E PREVIDENZA SOCIALE DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'UM
715	AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE E ENTI DI ASSISTENZA E PREVIDENZA DI PAESI NON UE
346 ELETTRODOMESTICI	
347 LAMPADIE, APPARECCHI PER ILLUMINAZIONE	
351 AUTOVEICOLI E RELATIVI MOTORI	
352 CARROZZERIE DI OGNI TIPO, RIMORCHI	
353 ACCESSORI E PEZZI DI RIMBAMBIO PER AUTOVEICOLI	
361 NAVI MERCANTILI, PIROSCAFI, NAVI DA GUERRA, RIMORCHIATORI	
362 MATERIALE ROTABILE, FERROTRAMVIARIO E FILOVIARIO	
363 BICICLETTE, MOTOVEICOLI, CARROZZELLE PER INVAILDI	
364 AEREI, ELICOTTERI, MISSILI, VEICOLI SPAZIALI, ECC.	
365 CARROZZINE PER BAMBINI E MALATI, VEICOLI A TRAZ. ANIMALE	
371 STRUMENTI DI PRECISIONE, APPARECCHI DI MISURA E DI CTR	
372 MATERIALE MEDICO CHIRURGICO, APPARECCHI DI MISURA	
373 STRUMENTI OTTICI, MATERIALE FOTOGRAFICO	
374 OROLOGI	
411 GRASSI VEGETALI E ANIMALI	
412 CARNI FRESCHE E CONSERVATE ED ALTRI PRODOTTI DELLA MACEL.	
413 LATTE E PRODOTTI DELLA TRASFORMAZIONE DEL LATTE	
414 CONSERVE, SUCCONI DI FRUTTA E LEGUMI	
415 PESCE CONSERVATO ED ALTRI PRODOTTI DEL MARE	
416 FARINE, GRANELLE, SEMOLE, FIOCCHI DI CEREALI	
417 PASTE ALIMENTARI	
418 PRODOTTI AMIDACEI	
419 PANE, BISCOTTI, PRODOTTI DI PASTICCERIA	
420 ZUCCHERO	
421 PRODOTTI A BASE DI CACAO, CARAMELLE, GELATI	
422 PRODOTTI PER L'ALIMENTAZIONE DEGLI ANIMALI	
423 ALTRI PRODOTTI ALIMENTARI	
424 ALCOL, ETILICO DI FERMENTAZIONE DI PRODOTTI VEGETALI	
425 CHAMPAGNE, VINI SPUMANZI, APERITIVI A BASE DI VINI	
426 SIDRO DI MELE E DI PERE	
427 MALTO, BIRRA, LIEVITO DI BIRRA	
428 ACQUE MINERALI E BEVANDE NON ALCOLICHE NON ALTROVE CLASSIF.	
429 PRODOTTI A BASE DI TABACCO	
431 FIBRE TESSILI, PRODOTTI DELLA FILATURA E SIMIL.	
432 TESSUTI, VELI	
436 PRODOTTI DELLA MAGLIERIA	
438 TAPPETI E TAPPEZZERIE, TELE INCERATE E LINOLEUM	
439 ALTRI PRODOTTI TESSILI	
441 CUOI, PELLI, PELLETTIERIE CONSOCIATE E ALTRIMENTI PREPARATE	
442 ARTICOLI IN CUOIO E IN PELLE	
441 CALAZATURE, PANTOFOLE	
453 ARTICOLI DI ABBIGLIAMENTO E ACCESSORI	
455 BIANCHERIA PER LA CASA, ARTICOLI PER IL LETTO	
456 ARTICOLI DI PELLICCERIA	
461 LEGNO SEGATO, PIALLATO, ESSICCATO E TRATTATO A VAPORE	
462 LEGNO IMPIALLACCIATO, PANNELLI FIBRO-LEGNOSI	
436 CARPENTERIA E COSTRUZIONI IN LEGNO, LAVORI DI FALEGNAMERIA	
464 IMBALLAGGI IN LEGNO	
465 ARTICOLI IN LEGNO (ESCL. MOBILI) FARINE E LANA DI LEGNO	
466 ARTICOLI DI SUGHERO, GIUNCO E VIMINI (ESCL. MOBILI) SPAZZOLE	
467 MOBILI DI LEGNO E DI GIUNCO, MATERASSI	
471 PASTA PER CARTA, CARTA, CARTONI	
472 ARTICOLI IN PASTA DI CARTA, CARTA, CARTONI	
473 PRODOTTI DELLA STAMPA	
474 PRODOTTI DELL'EDITORIA	
481 ARTICOLI IN GOMMA	
482 PNEUMATICI RICAMBIATI	
483 ARTICOLI E MATERIALI PLASTICI	
491 GIOIELLI, PRODOTTI DI OREFICERIA, INCISIONE, DIAMANTI	
492 STRUMENTI MUSICALI	
493 PRODOTTI DELLA CINEMATOGRAFIA E DELLA FOTOGRAFIA	
494 GIOCHI, GIOCATTOI, ARTICOLI SPORTIVI	
495 PENNE STILOGRAFICHE E A SFERA, TAMPONI, TIMBRI, ECC	

SOTTO GRUPPO	DESCRIZIONE
ISTITUZIONI FINANZIARIE MONETARIE	
724	AUTORITA' BANCARIE CENTRALI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'UM
725	AUTORITA' BANCARIE CENTRALI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'UM
726	AUTORITA' BANCARIE CENTRALI DEI PAESI NON UE
727	SISTEMA BANCARIO DEI PAESI UE MEMBRI DELL'UM
728	SISTEMA BANCARIO DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'UM
729	SISTEMA BANCARIO DEI PAESI NON UE
733	ALTRE ISTITUZIONI FINANZIARIE MONETARIE DEI PAESI UE MEMBRI DELL'UM
734	ALTRE ISTITUZIONI FINANZIARIE MONETARIE DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'UM
735	ALTRE ISTITUZIONI FINANZIARIE MONETARIE DEI PAESI NON UE
ALTRE SOCIETA' FINANZIARIE	
739	ALTRI INTERMEDIARI FINANZIARI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'UM
743	ALTRI INTERMEDIARI FINANZIARI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'UM
744	IMPRESSE DI ASSICURAZIONE E FONDI PENSIONE DEI PAESI UE MEMBRI DELL'UM
745	IMPRESSE DI ASSICURAZIONE E FONDI PENSIONE DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'UM
746	AUSILIARI FINANZIARI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'UM
747	AUSILIARI FINANZIARI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'UM
748	ALTRE SOCIETA' FINANZIARIE DI PAESI NON UE
SOCIETA' NON FINANZIARIE	
757	SOCIETA' NON FINANZIARIE DEI PAESI UE MEMBRI DELL'UM
758	SOCIETA' NON FINANZIARIE DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'UM
759	SOCIETA' NON FINANZIARIE DI PAESI NON UE
FAMIGLIE	
768	FAMIGLIE PRODUTTRICI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'UM
769	FAMIGLIE PRODUTTRICI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'UM
772	FAMIGLIE PRODUTTRICI DI PAESI NON UE
773	FAMIGLIE CONSUMATRICI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'UM
774	FAMIGLIE CONSUMATRICI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'UM
775	FAMIGLIE CONSUMATRICI DI PAESI NON UE
ISTITUZIONI SENZA SCOPO DI LUCRO AL SERVIZIO DELLE FAMIGLIE	
783	ISTITUZIONI SENZA SCOPO DI LUCRO AL SERVIZIO DELLE FAMIGLIE DEI PAESI UE MEMBRI DELL'UM
784	ISTITUZIONI SENZA SCOPO DI LUCRO AL SERVIZIO DELLE FAMIGLIE DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'UM
785	ISTITUZIONI SENZA SCOPO DI LUCRO AL SERVIZIO DELLE FAMIGLIE DEI PAESI NON UE
ORGANISMI INTERNAZIONALI E ALTRE ISTITUZIONI	
791	BANCA CENTRALE EUROPEA
770	ISTITUZIONI DELL'UE
771	ALTRI ORGANISMI
794	RAPPRESENTANZE ESTERE
UNITA' NON CLASSIFICABILI E NON CLASSIFICATE	
551	UNITA' NON CLASSIFICABILI
552	UNITA' NON CLASSIFICATE
(*) I codici così contrassegnati devono obbligatoriamente essere accompagnati dall'indicazione del Ramo di Attività secondo la classificazione della TABELLA 2.	
Qualora non sia possibile individuare il Sottogruppo di Attività economica, possono essere riportati i seguenti codici generici:	
430	IMPRESSE PRODUTTIVE
551	UNITA' NON CLASSIFICABILI
552	UNITA' NON CLASSIFICATE
605 ABITAZIONI	
506 FABBRICATI NON RESIDENZIALI	
507 OPERE PUBBLICHE	
509 DEMOLIZIONI DI IMMOBILI	
611 COMMERCIO INGROSSO MATERIE PRIME AGRICOLE, ANIMALI VIVI, ECC.	
612 COMMERCIO INGROSSO COMBUSTIBILI, MINERALI, CHIMICI	
613 COMMERCIO INGROSSO LEGNAME, SEMILAVORATI IN LEGNO	
614 COMMERCIO INGROSSO MACCHINE, ATTREZZATURE E VEICOLI	
615 COMMERCIO INGROSSO MOBILI, ELETTRODOMESTICI, CASALINGHI	
616 COMMERCIO INGROSSO PRODOTTI TESSILI, ABBIGLIAMENTO	
617 COMMERCIO INGROSSO PRODOTTI ALIMENTARI, BEVANDE/TABACCO	
618 COMMERCIO INGROSSO PRODOTTI FARMACEUTICI, APP. SANITARI	
619 COMMERCIO INGROSSO PRODOTTI NON ALIMENTARI	
620 BENI DI RECUPERO (FERRAGLIE, METALLI VECCHI, CARTE VECCHIE)	
630 SERVIZI INTERMEDIARI DEL COMMERCIO	
641 COMMERCIO AL MINUTO PRODOTTI OTTOFOTRUTICOLI, CARNE, PESCE	
642 COMMERCIO AL MINUTO BEVANDE, OLI E ALTRI PRODOTTI ALIMENTARI	
643 FARMACIE	
644 COMMERCIO AL MINUTO ARTICOLI SANITARI E BELLEZZA	
645 COMMERCIO AL MINUTO ARTICOLI ABBIGLIAMENTO	
646 COMMERCIO AL MINUTO CALZATURE, PELLETTERIA	
647 COMMERCIO AL MINUTO TESSUTI PER ABBIGLIAMENTO, TAPPETI	
648 COMMERCIO AL MINUTO MOBILI APPARECCHI E MATERIALI CASA	
649 COMMERCIO AL MINUTO CARTE DA PARATI, RIVESTIMENTI, ECC.	
651 COMMERCIO AL MINUTO AUTOMOBILI, CICLI O MOTOCICLI NATANTI	
652 COMMERCIO AL MINUTO CARBURANTI E LUBRIFICANTI	
653 COMMERCIO AL MINUTO LIBRI NUOVI E USATI, GIORNALI	
654 COMMERCIO AL MINUTO ALTRI ARTICOLI NON ALTROVE CLASSIFICATI	
655 COMMERCIO AL MINUTO ALTRI ARTICOLI D'OCCASIONE	
656 COMMERCIO AL MINUTO PRODOTTI NON ALIMENTARI	
660 SERVIZI DEGLI ALBERGHI E PUBBLICI ESERCIZI	
671 RIPARAZIONI AUTOVEICOLI E BICICLETTE	
672 RIPARAZ. CALZAT. ART. CUOIO APP. ELETTRODOM. GIOIELLI OROLOGI	
710 SERVIZI DEI TRASPORTI FERROVIARI E SERVIZI CONNESSI	
721 SERVIZI DEI TRASPORTI METRO, TRAM, AUTOBUS	
722 SERVIZI DEI TRASPORTI SU STRADA DI PERSONE	
723 SERVIZI DEI TRASPORTI SU STRADA DI MERCI	
724 SERVIZI PER OLEODOTTO E GASDOTTO	
725 SERVIZI DEI TRASPORTI TERRESTRI NON CLASSIFICATI ALTROVE	
730 SERVIZI DI NAVIGAZIONE INTERNA	
741 SERVIZI DEI TRASPORTI MARITIMI	
742 SERVIZI DEI TRASPORTI DI CABOTAGGIO	
750 SERVIZI DEI TRASPORTI AEREI	
761 SERVIZI CONNESSI AI TRASPORTI TERRESTRI DIV. DA FERR.	
762 SERVIZI CONNESSI ALLA NAVIGAZIONE INTERNA	
763 SERVIZI CONNESSI AI TRASPORTI MARITIMI E DI CABOTAGGIO	
764 SERVIZI CONNESSI AI TRASPORTI AEREI	
771 SERVIZI DELLE AGENZIE DI VIAGGIO	
772 SERVIZI DEGLI INTERMEDIARI DEI TRASPORTI	
773 SERVIZI DI CUSTODIA E DI DEPOSITO	
790 SERVIZI DELLE COMUNICAZIONI	
830 SERVIZI AUSILIARI E FINANZIARI DI ASSICURAZIONE AFF. IMM.	
840 SERVIZI DI NOLEGGIO E DI BENI MOBILI SENZA PERSONALE PERM.	
850 SERVIZI DELLA LOCAZIONE DI BENI IMMOBILI	
920 SERVIZI DI NETTEZZA URBANA, DI DISINFEZIONE, PULIZIA	
930 SERVIZI DELL'INSEGNAMENTO	
940 SERVIZI DELLA RICERCA E SVILUPPO	
950 SERVIZI SANITARI DESTINABILI ALLA VENDITA	
960 SERVIZI DELLE ISTITUZIONI SOCIALI SERV. ASS.NI PROF.LI	
970 SERVIZI RICREATIVI E CULTURALI	
981 SERVIZI DI LAVANDERIA, DI TINTORIA E SIMILI	
982 SERVIZI DI PARRUCCHIERI, DEI BARBIERI E IST DI BELLEZZA	
983 SERVIZI DEGLI STUDI FOTOGRAFICI	
984 ALTRI SERVIZI PERSONALI NON ALTROVE CLASSIFICATI	

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 REFRATTARI
P033	OPERAI CONNERIE PELLI
P034	OPERAI RICERCA,ESTRAZIONE PETROLIO SU TERRAFERMA
P035	PERSONALE RICERCA,ESTRAZIONE PETROLIO PIATTAFORME ALTO MARE
P036	OPERAI RAFFINAZIONE PETROLIO
P037	PULITORI CON SCALE AEREE O AD ALTEZZE RILEVANTI
P038	RADIOTECNICI CON INSTALLAZIONE DI ANTENNE SU TETTI
P039	SCARICATORI
P040	ADDETTI INSTALLAZIONE TRALICCI E CAVI TELEFERICHE
P041	ADDETTI INSTALLAZIONE LINEE TELEFONICHE
P042	OPERAI TREMENTINA, RESINA
P043	OPERAI VETRERIE
P044	GUIDA MONTANA
P045	MILITARE EQUIPAGGIO DI VOLO
P046	MILITARE 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 DELTAPLANO
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 * solo per modalità di pagamento 1

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA



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
hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it

Capitale Sociale € 96.000.000,00 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