

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE		N.			
PRODOTTO 543A CBA SOSTEGNO FINANZIAMENTO PA		Questo è il numero attribuito alla presente proposta, cui entrambe le parti faranno riferimento - qualora non sia di seguito indicato il numero di polizza definitiva - fino a comunicazione da parte della Società della numerazione definitiva della polizza.			
DISTRIBUTORE DIR. GEN.		CODICE		CODICE FILIALE E PRODUTTORE	
CONTRAENTE					
COGNOME E NOME (del Contraente o del legale rappresentante)			CODICE FISCALE		SESSO
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA		PROVINCIA	STATO
RESIDENZA (via e numero civico)			C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA		STATO
DOMICILIO (via e numero civico)			C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA		STATO
TIPO	ESTREMI DOCUMENTO	DATA RILASCIO	DATA SCADENZA	RILASCIATO DA (ente e luogo)	
CI PT PS TP PA AA					
CODIFICA TIPO DOCUMENTO DI IDENTITA': CI = Carta di identità TP = Tessera postale PT = Patente PA = Porto d'armi PS = Passaporto AA = Altri documenti					
Nel caso in cui il Contraente sia un'impresa					
RAGIONE SOCIALE				PARTITA	
RESIDENZA / SEDE LEGALE (via e numero civico)			C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA		STATO
ASSICURATO (se diverso dal Contraente)					
COGNOME E NOME			CODICE FISCALE		SESSO
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA		PROVINCIA	STATO
RESIDENZA (via e numero civico)			C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA		STATO
DOMICILIO (via e numero civico)			C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA		STATO
PROFESSIONE					ETA'
TIPO	ESTREMI DOCUMENTO	DATA RILASCIO	DATA SCADENZA	RILASCIATO DA (ente e luogo)	
CI PT PS TP PA AA					
CODIFICA TIPO DOCUMENTO DI IDENTITA': CI = Carta di identità TP = Tessera Postale PT = Patente PA = Porto d'armi PS = Passaporto AA = Altri documenti					
BENEFICIARI					
Avvertenze: a) in caso di mancata comunicazione dei dati anagrafici del/dei Beneficiario/i, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/dei Beneficiario/i; b) la modifica o revoca del/dei Beneficiario/i deve essere comunicata alla Società.					
IN CASO DI VITA: IN CASO DI MORTE: Figli del Contraente nati e nati in parti uguali EVENTUALE REFERENTE TELEFONICO DICHIARATO					
CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO					
DATA DECORRENZA	DURATA	DATA SCADENZA	PAGAMENTO PREMI		DATA SCADENZA ULTIMO PREMIO
	anni mesi		Durata (anni)	frequenza	
PRESTAZIONE	PREMIO ASSICURATA	PREMIO GARANZIA BASE	PREMIO GARANZIE COMPLEMENTARI		PREMIO TOTALE
PREMIO DA CORRISPONDERE	NETTO	DIRITTI	SPESE EMIS.	IMPOSTE	TOTALE
PREMIO UNICO O RATA DI PERFEZIONAMENTO					
PREMIO AGGIUNTIVO					
RATE SUCCESSIVE DA					
NOTE E CONDIZIONI PARTICOLARI - Spazio riservato per eventuali indicazioni o richieste del Contraente (appendici, vincoli, caricamenti, carenza, ecc)					
SPESE DI EMISSIONE TRATTENUTE IN CASO DI RECESSO: EURO					
SPESE TOTALI GRAVANTI SUL PREMIO: EURO DI CUI QUOTA PARTE PERCEPITA DALL'INTERMEDIARIO EURO					
CODICE IDENTIFICATIVO DEL MUTUO/FINANZIAMENTO COLLEGATO:					
EMESSO DA:					
L'EROGAZIONE DEL MUTUO/FINANZIAMENTO NON E' CONDIZIONATA DALLA STIPULA DELLA PRESENTE POLIZZA					
SI INTENDE OPERANTE LA CLAUSOLA DI CARENZA.					

FIRMA DEL COLLOCATORE

FIRMA DELL'ASSICURATO
(se diverso dal contraente)

FIRMA DEL CONTRAENTE



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (IT) - Telefono +39 06.421031 Fax +39 06.4210.3500 - hdi.assicurazioni@pec.hdi.it - www.hdiassicurazioni.it Capitale Sociale € 351.000.000 i.v.
C.F., P. 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

REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

Prima della conclusione del Contratto, il Contraente può revocare per iscritto la proposta inviando una comunicazione alla Società per lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, per e-mail, per PEC o per il tramite della banca che gestisce il Contratto.

Entro 30 giorni dalla conclusione del Contratto, il Contraente può recedere dallo stesso per iscritto inviando una comunicazione alla Società per lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, per e-mail, per PEC o per il tramite della banca che gestisce il Contratto.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

- Bonifico bancario (anche mediante addebito automatico sul proprio conto corrente) con accredito sull'apposito conto corrente intestato alla Società;
- Bonifico bancario con accredito sull'apposito conto corrente intestato al competente soggetto abilitato al collocamento, purché in qualità di intermediario della Società.
- Assegno bancario o circolare munito di clausola di non trasferibilità emesso all'ordine competente soggetto abilitato al collocamento, purché in qualità di intermediario della Società, contro rilascio di apposita quietanza dallo stesso sottoscrittore.

AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE DEI MODULI RIGUARDANTI LO STATO DI SALUTE (per i prodotti che li prevedono)

- a. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b. Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso;
- c. L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Data

_____ FIRMA DEL CONTRAENTE

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE / DELL'ASSICURANDO

Il Sottoscritto Assicurando (se diverso dal Contraente) dichiara di dare il proprio consenso alla assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 C.C.

Data

_____ FIRMA DELL'ASSICURANDO

Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto e di aver letto il contenuto del set informativo Mod543A-072024.

Data

_____ FIRMA DEL CONTRAENTE

Il Sottoscritto Contraente dichiara di autorizzare l'invio di comunicazioni al Beneficiario, identificato in forma nominativa, prima dell'evento. (In caso di volontà contraria non sottoscrivere la presente dichiarazione)

Data

_____ FIRMA DEL CONTRAENTE

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

HDI Assicurazioni S.p.A., ad accettazione della presente proposta, comunica al Contraente che il contratto è concluso. La presente costituisce la relativa polizza emessa con il N.

Data

HDI ASSICURAZIONI S.p.A.
CFO Vice Direzione Generale Rami Vita
Il Vice Direttore Generale
(Dott. Fabio Rogato)



Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto comunicazione di conclusione del contratto il giorno _____ ed autorizza ad addebitare i premi sul conto corrente IBAN N. _____ e a bonificare contestualmente l'importo a HDI Assicurazioni S.p.A.

Data

_____ FIRMA DEL CONTRAENTE

