

<b>PROPOSTA DI ASSICURAZIONE</b>		N.					
PRODOTTO 510A NUOVA CBA SICUREZZA PU NON FUMATORI		Questo è il numero attribuito alla presente proposta, cui entrambe le parti faranno riferimento - qualora non sia di seguito indicato il numero di polizza definitivo - fino a comunicazione da parte della Società della numerazione definitiva della polizza.					
DISTRIBUTORE		CODICE		CODICE FILIALE E PRODUTTORE			
<b>CONTRAENTE</b>							
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	
<b>Nel caso in cui il Contraente sia un'impresa</b>							
RAGIONE SOCIALE					PARTITA		
RESIDENZA / SEDE LEGALE (via e numero civico)				C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA		STATO	
<b>ASSICURATO (se diverso dal Contraente)</b>							
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	
<b>BENEFICIARI</b>							
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:							
EVENTUALE REFERENTE TELEFONICO:							
<b>CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO</b>							
DATA DECORRENZA		DURATA	DATA SCADENZA	PAGAMENTO PREMI		DATA SCADENZA ULTIMO PREMIO	
anni		mesi		Durata (anni) frequenza			
PRESTAZIONE IN CASO DI ASSICURATO			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							
<b>NOTE E CONDIZIONI PARTICOLARI</b> - Spazio riservato per eventuali indicazioni o richieste del Contraente (appendici, vincoli, caricamenti, carenza, ecc)							
SPESE DI EMISSIONE TRATTENUTE IN CASO DI RECESSO: EURO							
CAPITALE RIDOTTO IN CASO DI PERDITA DELLO STATO DI NON FUMATORE:							
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](mailto:hdi.assicurazioni@pec.hdi.it) - [www.hdiassicurazioni.it](http://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 testo e del set informativo Mod510A-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

