

<b>PROPOSTA DI ASSICURAZIONE</b>		N. _____					
		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 		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				RM _____			
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 IVA _____			
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 _____	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 compilazione dei dati anagrafici del 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.							
<b>CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO</b>							
DATA DECORRENZA _____	DURATA _____	DATA SCADENZA _____	PAGAMENTO PREMI _____			DATA SCADENZA ULTIMO PREMIO _____	
			Durata  frequenza Á _____				
PRESTAZIONE INIZIALE ASSICURATIVA _____			PREMIO GARANZIA BASE _____		PREMIO GARANZIE COMPLEMENTARI _____		PREMIO TOTALE _____
PREMIO DA CORRISPONDERE _____			NETTO _____	DIRITTI _____	SPESE EMIS. _____	IMPOSTE _____	TOTALE _____
PREMIO UNICO O RATA DI PERMUTAZIONE _____							
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)							

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)

- 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;
- Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui alla lettera a) deve specificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso;
- 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 consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 C.C.

Data

FIRMA DELL'ASSICURANDO

Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione del set informativo Mod11SB-102024.

Data

FIRMA DEL CONTRAENTE

Il Sottoscritto Contraente dichiara di voler escludere 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

