

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE		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 definitivo - fino a comunicazione da parte della Società della numerazione definitiva della polizza.			
DISTRIBUTORE		CODICE	CODICE FILIALE E PRODUTTORE		
CONTRAENTE					
COGNOME E NOME (del Contraente o del rappresentante legale)		CODICE FISCALE		SESSO	
DATA 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 CI PT PS TP PA AA	ESTREMI DOCUMENTO	DATA RILASCIO	DATA SCADENZA	RILASCIATO DA (ente e luogo)	
CODIFICA TIPO DOCUMENTO DI IDENTITA':		CI = Carta di identità PA = Porto d'armi	TP = Tessera Postale PS = Passaporto	PT = Patente	AA = Altri documenti
Nel caso in cui il Contraente sia un'impresa					
RAGIONE SOCIALE		PARTITA IVA			
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 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 CI PT PS TP PA AA	ESTREMI DOCUMENTO	DATA RILASCIO	DATA SCADENZA	RILASCIATO DA (ente e luogo)	
CODIFICA TIPO DOCUMENTO DI IDENTITA':		CI = Carta di identità PA = Porto d'armi	TP = Tessera Postale PS = Passaporto	PT = Patente	AA = Altri documenti
BENEFICIARI					
Avvertenze: a) in caso di mancata identificazione del beneficiario in forma nominativa, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario; b) la modifica o revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Società.					
CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO					
DATA DECORRENZA	DURATA	DATA SCADENZA	PAGAMENTO PREMI		DATA SCADENZA ULTIMO PREMIO
			Durata (anni) frequenza		
PRESTAZIONE INIZIALE ASSICURATA	PREMIO GARANZIA BASE		PREMIO GARANZIE COMPLEMENTARI		PREMIO TOTALE
PREMIO DA CORRISPONDERE	NETTO		DIRITTI	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)					
IL PRESENTE CONTRATTO NON CONSENTE LA CONCESSIONE DI PRESTITI					

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 06.4210.31 Fax +39 06.4210.3500 - hd.assicurazioni@pec.hdi.it - www.hdiassicurazioni.it Capitale Sociale € 351.000.000.00 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

Modulo di proposta - pagina 1 di 2
Data ultimo aggiornamento: 16/09/2024

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) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso;
- L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare il proprio 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 Mod21CA-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

CONCLUSIONI 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