

<b>PROPOSTA DI ASSICURAZIONE</b>		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 definitivo - fino a comunicazione da parte della Società della numerazione definitiva della polizza.			
DISTRIBUTORE A		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	ASSICURATA	PREMIO GARANZIA BASE	PREMIO GARANZIE COMPLEMENTARI	PREMIO TOTALE	
PREMIO DA CORRISPONDERE		NETTO	DIRITTI	SPESE EMIS.	IMPOSTE
PREMIO UNICO O RATA DI PERFEZIONAMENTO					TOTALE
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:					
SPESE TOTALI GRAVANTI SUL PREMIO:					
CODICE IDENTIFICATIVO DEL MUTUO/FINANZIAMENTO COLLEGATO:					
EMESSO DA:					
L'EROGAZIONE DEL MUTUO/FINANZIAMENTO NON E' CONDIZIONATA DALLA STIPULA DELLA PRESENTE POLIZZA					

FIRMA DEL COLLOCATORE

 FIRMA DELL'ASSICURATO  
(se diverso dal contraente)

FIRMA DEL CONTRAENTE

**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 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 di documenti relativo al presente Mod543A-0225.

Data

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL CONTRAENTE

Il Sottoscritto Contraente dichiara di voler escludere l'importo delle prestazioni 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 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

