

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE		N.	
PRODOTTO		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 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
TIPO CI PT PS TP PA AA	ESTREMI DOCUMENTO	DATA RILASCIO	RILASCIATO DA (ente e luogo)
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 IVA	
RESIDENZA (via e numero civico)		C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA	STATO
ASSICURATO			
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
PROFESSIONE			ETA'
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.			
IN CASO DI VITA : IN CASO DI MORTE : REFERENTE TERZO :			
CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO			
DATA DECORRENZA	DURATA anni mesi	DATA SCADENZA	PAGAMENTO PREMI Durata (anni) frequenza
PRESTAZIONE INIZIALE ASSICURATIVA		PREMIO GARANZIA BASE	PREMIO GARANZIE COMPLEMENTARI
PREMIO DA CORRISPONDERE PREMIO UNICO O RATA DI PERFEZIONAMENTO PREMIO AGGIUNTIVO RATE SUCCESSIVE DA		NETTO	DIRITTI SPESE EMIS. IMPOSTE TOTALE
NOTE E CONDIZIONI PARTICOLARI – 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: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) - Telefono +39 06 421 031 Fax +39 06 4210 3500 - hdi.assicurazioni@pec.hdi.it - www.hdiassicurazioni.it Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. C. F., P. Iva e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - Società con unico azionista - 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- Pag. 1 di 2
 Data ultimo aggiornamento: 20/05/2019

REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

La presente proposta può essere revocata entro la data di conclusione del contratto, dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata indirizzata al seguente recapito: HDI Assicurazioni S.p.A – Via Abruzzi 10, - 00187 Roma oppure inviando una e-mail a hdi.assicurazioni@pec.hdia.it oppure LineaCba@hdia.it.

Il Contraente può recedere dal contratto, nei giorni successivi alla conclusione del contratto, dandone comunicazione alla Società, per il tramite dello sportello bancario cui è appoggiato il contratto oppure inviando una e-mail a hdi.assicurazioni@pec.hdia.it oppure LineaCba@hdia.it o una lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: HDI Assicurazioni S.p.A – Via Abruzzi 10, - 00187 Roma allegando l'originale di polizza e le eventuali appendici.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Contraente dovrà versare il premio alla Società scegliendo una delle seguenti modalità:

- ☒ 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

- 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

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione del set informativo Mod.

Data _____

FIRMA DEL CONTRAENTE

Il 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

Il sottoscritto Contraente

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

