

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					
<i>Nel caso in cui il Contraente sia un'impresa</i>					
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					
<b>Avvertenze:</b> <b>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> <b>b) la modifica o revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Società.</b>					
IN CASO DI VITA : IN CASO DI MORTE : REFERENTE TERZO :					
CARATTERISTICHE DEL CONTRAENTE					
DATA DECORRENZA	DURATA anni      mesi	DATA SCADENZA	PAGAMENTO PREMI Durata (anni)      frequenza		DATA SCADENZA ULTIMO PREMIO
PRESTAZIONE INIZIALE 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					
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](mailto:hdi.assicurazioni@pec.hdi.it) - [www.hdiassicurazioni.it](http://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 Assicuratrici "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicuratrici 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 verificare 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

