

<b>PROPOSTA DI ASSICURAZIONE</b>		N.
PRODOTTO 951A CBA OBIETTIVO 10 Gestione separata: Alfiere		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

<b>CONTRAENTE</b>					
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	RILASCIO DA (e luogo)	
CODIFICA TIPO DOCUMENTO DI IDENTITA':		CI = Carta di identità PA = Porto d'armi	TP = Passaporto PS = Passaporto	PT = Patente 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>BENEFICIARI</b>
A SCADENZA: Il Contraente

<b>CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO</b>				
DATA EFFICACIA	PREMIO	DATA SCADENZA	PREMIO UNICO	CAPITALE INVESTITO

<b>NOTE E CONDIZIONI PARTICOLARI</b> - Spazio riservato per eventuali indicazioni o richieste del Contraente (es. appendici, vincoli, spese, ecc.)
SPESA PERCENTUALE IN EURO:      EURO  LA POLIZZA E' SOGGETTA AD IMPOSTA DI BOLLO

**RECESSO DAL 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.

La Società, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il Premio pagato.

**MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il Contraente può versare il premio alla Società tramite il competente soggetto abilitato al collocamento, scegliendo una delle seguenti modalità:

- Addebito diretto SEPA (SDD) sul conto corrente intestato al Contraente con accredito sull'apposito conto corrente intestato alla Società.
- Ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, anche in linea senza oneri a carico del cliente, che abbiano quale beneficiario la Società o l'intermediario, espressamente nella sua qualità di "intermediario della HDI Assicurazioni S.p.A.". In tal caso, la relativa scrittura di addebito ha valore di quietanza;
- Assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati alla Società oppure all'intermediario, espressamente nella sua qualità di "intermediario della HDI Assicurazioni S.p.A.", contro rilascio di apposita quietanza dallo stesso sottoscrittore.

**Avvertenza: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal sottoscrittore finalitate a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente Contratto possono compromettere il diritto alla polizza. Ciò non si applica nei casi in cui il soggetto esercita il diritto all'oblio oncologico.**

**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE**

Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set informativo Mod951A-

Data \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_

Il Sottoscritto Contraente intende concludere il Contratto mediante la sottoscrizione della seguente proposta.

Data \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_

Il Sottoscritto Contraente dichiara di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, le seguenti clausole e delle Condizioni di assicurazione: art. 7. Efficacia e durata; art. 9. Riscatto; art. 14. Documentazione necessaria; art. 15. Terminazione del Contratto della Società

Data \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_

**CONCLUSIONE DEL CONTRATTO**

Il Contratto è concluso con la sottoscrizione da parte del Contraente della presente proposta, che ha valore di accettazione, e costituisce la relativa polizza emessa con il n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

HDI ASSICURAZIONI S.p.A.  
Direzione Rami Vita  
Il Direttore  
(Dott. Daniele Paolo Generotti)

