

<b>PROPOSTA DI ASSICURAZIONE</b>		N.
PRODOTTO 951A CBA OBIETTIVO 10 Gestione separata:		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 OI   PT   PS   TP   PA   AA	ESTREMI DOCUMENTO	DATA RILASCIO	DATA SCADENZA	RILASCIO (data, luogo 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:

<b>CARATTERISTICHE DEL CONTRAENTE</b>				
DATA EFFICACIA	IRATA	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:

**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:

- ☐ Assegno intestato ad "HDI Assicurazioni S.p.A." o all'intermediario (specificando in tal caso che il versamento è fatto a tale soggetto "in qualità di intermediario di HDI Assicurazioni S.p.A.") e munito della clausola di non trasferibilità;
- ☐ Bonifico bancario o postale su conto corrente intestato alla Società o all'intermediario (specificando in tal caso che il versamento è fatto a tale soggetto "in qualità di intermediario di HDI Assicurazioni S.p.A.");
- ☐ Altri mezzi di pagamento bancario o postale;
- ☐ Mezzi di pagamento elettronico, anche online, senza oneri a carico del cliente.

**Avvertenza: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. 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, prima della sottoscrizione della presente Proposta, il Set Informativo mod. 951A composto dal documento contenente le informazioni chiave (KID) ed. 11/2025, dal Documento Informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo IBIP) ed. 11/2025 e dalle Condizioni di Assicurazione ed. 11/2025 comprensive del glossario e dal modulo di proposta ed. 11/2025.

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

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

Data \_\_\_\_\_  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 Condizioni di assicurazione: art. 7. Efficacia e durata; art. 9. Riscatto; art. 14. Documentazione necessaria; art. 15. Termini di pagamento della Società

Data \_\_\_\_\_  Al 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)

