

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE				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 definitiva - 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	
DOMICILIO (via e numero civico)				C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA		STATO	
TIPO		ESTREMI DOCUMENTO		DATA RILASCIO		RILASCIATO DA (ente e luogo)	
☐ CI ☐ PT ☐ PS ☐ TP ☐ PA ☐ AA							
CODIFICA TIPO DOCUMENTO DI IDENTITA': CI = Carta di identità PA = Porto d'armi				TP = Tessera postale PS = Passaporto		PT = Patente AA = Altri documenti	
Nel caso in cui il Contraente sia un'impresa							
RAGIONE SOCIALE					PARTITA IVA		
RESIDENZA / SEDE LEGALE (via e numero civico)				C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA		STATO	
ASSICURATO (se diverso dal Contraente)							
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	
☐ CI ☐ PT ☐ PS ☐ TP ☐ PA ☐ AA							
CODIFICA TIPO DOCUMENTO DI IDENTITA': CI = Carta di identità PA = Porto d'armi				TP = Tessera Postale PS = Passaporto		PT = Patente AA = Altri documenti	
BENEFICIARI							
Avvertenze: a) in caso di mancata compilazione dei dati anagrafici del/dei Beneficiario/i, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e 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 TERZO:							
CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO							
DATA DECORRENZA		DATA SCADENZA		PAGAMENTO PREMI		DATA SCADENZA ULTIMO PREMIO	
a. mesi				Durata (anni) frequenza Annuale			
PRESTAZIONE INIZIALE		PREMIO GARANZIA BASE		PREMIO GARANZIE COMPLEMENTARI		PREMIO TOTALE	
PREMIO CORRISPONDENTE		NETTO		DIRITTI		SPESE EMIS.	
PREMIO UNITARIO RATE DI PERFEZIONAMENTO						IMPOSTE	
PREMIO AGGIUNTIVO						TOTALE	
RATE SUCCESSIVE DA							
NOTE E CONDIZIONI PARTICOLARI - Spazio riservato per eventuali indicazioni o richieste del Contraente (appendici, vincoli, caricamenti, carenza, ecc)							
SPESE DI EMISSIONE TRATTENUTE IN CASO DI RECESSO: EURO							
SPESE TOTALI GRAVANTI SUL PREMIO: EURO DI CUI QUOTA PARTE PERCEPITA DALL'INTERMEDIARIO EURO							
CODICE IDENTIFICATIVO DEL MUTUO/FINANZIAMENTO COLLEGATO:							
EMESSO DA:							

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

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 on line, 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.

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;
- a-bis. La lettera a) non si applica nei casi in cui il soggetto esercita il diritto all'oblio oncologico;
- 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;
- d. L'Assicurato che esercita il diritto all'oblio oncologico non è tenuto a sottoporsi ad accertamenti medici che forniscano indicazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Data

FIRMA DEL CONTRAENTE

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE / DELL'ASSICURANDO

Il Sottoscritto Assicurando (se diverso dal Contraente) dichiara di dare il consenso all'assunzione della propria vita ai sensi dell'art. 1919 C.C.

Data

FIRMA DELL'ASSICURANDO

Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto e visione del foglio informativo Mod543A-.

Data

FIRMA DEL CONTRAENTE

Il Sottoscritto 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 dichiara di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, le seguenti clausole delle Condizioni di polizza: art. 1 - Prestazioni assicurate; art. 13 - Pagamenti della Società e documentazione richiesta; art. 14 - Esclusioni; art. 15 - Limiti della garanzia - periodo di carenza.

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 relativa polizza emessa con il N.

Data

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

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

