

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE					N.
PRODOTTO 533A CBA SOSTEGNO FINANZIAMENTO PU		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 PRODOTTORE	
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		
DOMICILIO (via e numero civico)			C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA		
TIPO	ESTREMI DOCUMENTO	DATA RILASCIO	DATA SCADENZA	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
<i>Nel caso in cui il Contraente sia un'impresa</i>					
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
RESIDENZA (via e numero civico)			C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA		
DOMICILIO (via e numero civico)			C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA		
PROFESSIONE					ETA'
TIPO	ESTREMI DOCUMENTO	DATA RILASCIO	DATA SCADENZA	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
BENEFICIARI					
Avvertenza: 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 nella 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	DURATA anni mesi	DATA SCADENZA	PAGAMENTO PREMI Durata (anni) frequenza PREMIO	DATA SCADENZA ULTIMO PREMIO	
PRESTAZIONE INIZIALE ASSICURATA		PREMIO GARANZIA BASE		PREMIO GARANZIE COMPLEMENTARI	
PREMIO DA CORRISPONDERE PRÉMIO 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, carentza, ecc)					

FIRMA DEL COLLOCATORE

 FIRMA DELL'ASSICURATO
(se diverso dal contraente)

FIRMA DEL CONTRAENTE

REVOCABILITÀ 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:

- 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.

AVVERTENZE PER LA COMPILENZA DEI MODULI RIGUARDANTI LO STATO DI SALUTE (per i prodotti che li prevedono)

- a. Le dichiarazioni non veritieri, 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 forniscono 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'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 C.C.

Data

FIRMA DELL'ASSICURANDO

Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente Proposta, il Set Informativo mod. 533A composto dal Documento informativo precontrattuale (DIP Vita) ed. 11/2025, dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Vita) ed. 01/2026, dalle Condizioni di Assicurazione ed. 11/2025 comprensive del glossario e dal modulo di proposta ed.01/2026.

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 assicurazione: art. 1 - Prestazioni assicurate; art. 12 - Pagamenti della Società e documentazione richiesta; art. 13 - Esclusioni; art. 14 - Limitazioni 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



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (IT) - Telefono +39 06.421031 Fax +39 06.4210.3500 - hdi.assicurazioni@pec.hdi.it - www.hdiassicurazioni.it Capitale Sociale € 351.000.000,00 i.v.
C.F., P. Iva e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - 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 Assicurative al n. 1.00022 - Capogruppo del gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n.015