

<b>POLIZZA DI ASSICURAZIONE</b>			
PRODOTTO 2116 CBA TUO VALORE			
DISTRIBUTORE		CODICE	CODICE FILIALE E PRODUTTORE
<b>CONTO CORRENTE COLLEGATO</b>		N.	COINTESTATO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>CONTRAENTE/ASSICURATO</b> (intestatario del Conto Corrente collegato)			
COGNOME E NOME		CODICE FISCALE	
DATA 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	
TIPO CI PT PS TP PA AA	ESTREMI DOCUMENTO	DATA RILASCIO	DATA SCADENZA
RILASCIATO DA (ente e luogo)			
CODIFICA TIPO DOCUMENTO DI IDENTITA':		CI = Carta di identità	TP = Tessera Postale
		PA = Porto d'armi	PS = Passaporto
			P = Patente
			AA = Altri documenti
<b>BENEFICIARI</b>			
<p><b>Avvertenze:</b> a) in caso di mancata identificazione del beneficiario in forma nominativa, la Società non incontrerà, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario.</p> <p>b) la modifica o revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Società.</p> <p>IN CASO DI VITA : IN CASO DI MORTE : EVENTUALE REFERENTE TERZO :</p> <p><b>I dati dei Beneficiari, qualora indicati nominativamente, e dell'eventuale Referente Terzo saranno riportati nell'apposito modulo.</b></p>			
<b>CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO</b>			
<p>Il Contratto produce effetti dalle ore 24 del giorno di versamento del premio unico iniziale (purché il premio sia versato entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione del Contratto).</p>		<p>La data di scadenza del Contratto coincide con le ore 24 del 31 dicembre del quinto anno successivo a quello di sottoscrizione dello stesso, con tacito rinnovo per ulteriori periodi di cinque anni salvo disdetta di una delle parti comunicata all'altra parte almeno tre mesi prima della relativa scadenza.</p>	
		<b>PERIODICITA' DEL PREMIO</b>	
		Premio Unico	
<b>RECESSO DAL CONTRATTO</b>			
<p>Entro 30 giorni dalla conclusione del Contratto, il Contraente può recedere dal contratto 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.</p> <p>La Società, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il Capitale Assicurato accreditando direttamente la somma sul Conto Corrente cui è collegato il contratto.</p>			
<b>MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO</b>			
<p>Il versamento dei premi avviene - mediante addebito - sul Conto Corrente - alle condizioni previste dal Servizio di Riparto delle Disponibilità prestato dalla Banca e attivato sul Conto Corrente a cui il contratto è collegato.</p> <p><b>Avvertenze: 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.</b></p>			
<b>DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO</b>			
<p>Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set informativo Mod2116-</p> <p>Data _____ Il Contraente _____</p> <p>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)</p> <p>Data _____ Il Contraente _____</p> <p>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. 5.1 Misura della rivalutazione; art. 7. Efficacia e Durata; nonché la rinuncia al potere di revoca dei Beneficiari di cui all'art. 6.1 delle Condizioni di assicurazione; art. 12. Cessione, Pegno e Vincolo.</p> <p>Data _____ Il Contraente _____</p>			
<b>CONCLUSIONE DEL CONTRATTO</b>			
<p>Il Contratto è concluso nel momento in cui la presente Polizza, firmata dalla Società, viene sottoscritta dal Contraente.</p> <p>Data _____ <b>HDI ASSICURAZIONI S.p.A.</b> _____ Il Contraente _____          Direzione Rami Vita          Il Direttore          (Dott. Daniele Paolo Generotti)</p>			

FAC-SIMILE

PAGINA BIANCA