

POLIZZA DI ASSICURAZIONE		N.	
PRODOTTO 2116 CBA TUO VALORE			
DISTRIBUTORE		CODICE	CODICE FILIALE E PRODUTTORE
CONTO CORRENTE COLLEGATO		N.	COINTESTATO ☐ SI ☐ NO
CONTRAENTE/ASSICURATO (intestatario del Conto Corrente collegato)			
COGNOME E NOME		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
RILASCIATO DA (ente e luogo)			
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 identificazione del beneficiario in forma nominativa, la Società potrà incorrere, all'accesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario b) la modifica o revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Società. IN CASO DI VITA : IN CASO DI MORTE : EVENTUALE REFERENTE TERZO : I dati dei Beneficiari, qualora indicati nominativamente, e dell'eventuale Referente Terzo saranno riportati nell'apposito modulo.			
CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO			
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).		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 anni di cinque anni salvo disdetta di una delle parti da comunicarsi all'altra parte almeno tre mesi prima della relativa scadenza.	
		PERIODICITA' DEL PREMIO	
RECESSO DAL CONTRATTO			
Entro 30 giorni dalla conclusione del Contratto, il Contraente può recedere dallo stesso sottoscrivendo 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 capitale Assicurato accreditando direttamente la somma sul Conto Corrente cui è collegato il Contratto.			
MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO			
Il versamento dei premi avviene - mediante addebito diretto sul Conto Corrente - alle condizioni previste dal Servizio di Riparto delle Disponibilità prestatato dalla Banca e attivato sul Conto Corrente a cui il Contratto è collegato. 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. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.			
DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO			
Il Sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione, prima della sottoscrizione della presente Proposta, il Set Informativo mod. 2116 composto dal documento contenente le informazioni chiave (KID) ed. 11/2025, dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo IBIP) ed. 02/2026, dalle Condizioni di Assicurazione ed. 11/2025 comprensive del glossario e dal modulo di proposta ed. 02/2026.			
Data _____		Il 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 opposta non sottoscrivere la presente Dichiarazione)			
Data _____		Il 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. 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.			
Data _____		Il Contraente _____	
CONCLUSIONE DEL CONTRATTO			
Il Contratto è concluso nel momento in cui la presente Polizza, firmata dalla Società, viene sottoscritta dal Contraente.			
Data _____		Il Contraente _____	
		HDI ASSICURAZIONI S.p.A. Direzione Rami Vita Il Direttore (Dott. Daniele Paolo Generotti)	



FAC-SIMILE

PAGINA BIANCA