

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE				N.			
PRODOTTI 500A NUOVA CBA SICUREZZA PA NON FUMATORI				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	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	
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	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							
Avvertenze: a) in caso di mancata comunicazione 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		DATA SCADENZA		PAGAMENTO PREMI		DATA SCADENZA ULTIMO PREMIO	
a mesi				Durata (anni) frequenza			
PRESTAZIONE INIZIALE ASSICURATA		PREMIO GARANZIA BASE		PREMIO GARANZIE COMPLEMENTARI		PREMIO TOTALE	
PREMIO DA CORRISPONDERE		NETTO		DIRITTI		SPESE EMIS. IMPOSTE TOTALE	
PREMIO UNICO TRATTA DI PERFEZIONAMENTO							
PREMIO AGGIUNTIVO							
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:							
CAPITALE RIDOTTO IN CASO DI PERDITA DELLO STATO DI NON FUMATORE:							

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:	<input type="checkbox"/> 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; <input type="checkbox"/> 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."); <input type="checkbox"/> Altri mezzi di pagamento bancario o postale; <input type="checkbox"/> Mezzi di pagamento elettronico, anche online, senza oneri a carico del cliente.
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'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. 500A composto dal Documento informativo precontrattuale (DIP Vita) ed. 01/2025, 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. 13 - Pagamenti della Società e documentazione richiesta; art. 14 - Esclusioni; art. 15 - 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.	HDI ASSICURAZIONI S.p.A. Direzione Rami Vita Il Direttore (Dott. Daniele Paolo Generotti)
Data	FIRMA DEL CONTRAENTE
Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto comunicazione di conclusione del contratto il giorno Yd autorizza ad addebitare i premi sul conto corrente IBAN N. S.p.A. e a bonificare contestualmente l'importo a HDI Assicurazioni.	
Data	FIRMA DEL CONTRAENTE

