

<b>PROPOSTA DI ASSICURAZIONE</b>		N.			
PRODOTTO 500A NUOVA CBA SICUREZZA 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 definitivo - fino a comunicazione da parte della Società della numerazione definitiva della polizza.			
DISTRIBUTORE		CODICE		CODICE FILIALE E PRODUTTORE	
<b>CONTRAENTE</b>					
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		TP = Tessera postale	PT = Patente
		PA = Porto d'armi		PS = Passaporto	AA = Altri documenti
<b>Nel caso in cui il Contraente sia un'impresa</b>					
RAGIONE SOCIALE				PARTITA IVA	
RESIDENZA / SEDE LEGALE (via e numero civico)			C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA		STATO
<b>ASSICURATO (se diverso dal Contraente)</b>					
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		TP = Tessera Postale	PT = Patente
		PA = Porto d'armi		PS = Passaporto	AA = Altri documenti
<b>BENEFICIARI</b>					
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:					
<b>CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO</b>					
DATA DECORRENZA GARANZIA		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
PREMIO UNICO TASSATO DI PERFEZIONAMENTO					TOTALE
PREMIO AGGIUNTIVO					
RATE SUCCESSIVE DA					
<b>NOTE E CONDIZIONI PARTICOLARI</b> - 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, e-mail, PEC o tramite la banca che gestisce il Contratto. Entro 30 giorni dalla conclusione del Contratto o, in caso di vendita telefonica, dal giorno in cui riceve le condizioni di assicurazione e le informazioni precontrattuali previste, se successivo, il Contraente può recedere dal Contratto con le medesime modalità di cui sopra oppure, se il Contratto è stato concluso online, anche tramite l'apposita funzione di recesso disponibile sulla piattaforma online dell'intermediario o, se il contratto è stato concluso telefonicamente, anche tramite il numero dell'intermediario (reperibile nella sezione Contatti di [www.sella.it](http://www.sella.it)).

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)	
<p>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. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;</p> <p>b. Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso;</p> <p>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;</p> <p>d. L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni 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.</p>	
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. 06/2026, dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Vita) ed. 06/2026, dalle Condizioni di Assicurazione ed. 06/2026 comprensive del glossario e dal modulo di proposta ed.06/2026.	
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 - Esclusione; 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.	
Data	<p style="text-align: center;">HDI ASSICURAZIONI S.p.A. Direzione Rami Vita Il Direttore (Dott. Daniele Paolo Generotti)</p> 
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. _____ e a bonificare contestualmente l'importo a HDI Assicurazioni S.p.A.	
Data	_____ FIRMA DEL CONTRAENTE

