

| | | | | | |
|---|-------------------|---|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| PROPOSTA DI ASSICURAZIONE | | N. | | | |
| PRODOTTO 510A NUOVA CBA SICUREZZA 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 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 | | TP = Tessera postale | | PT = Patente | |
| PA = Porto d'armi | | PS = Passaporto | | 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 | | TP = Tessera Postale | | PT = Patente | |
| PA = Porto d'armi | | PS = Passaporto | | 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 | IRAZIONE | DATA SCADENZA | PAGAMENTO PREMI | | DATA SCADENZA ULTIMO PREMIO |
| | al | | Durata (anni) | frequenza | |
| PRESTAZIONE INIZIALE ASSICURATA | | PREMIO GARANZIA BASE | PREMIO GARANZIE COMPLEMENTARI | | PREMIO TOTALE |
| PREMIO DA CORRISPONDERE | | NETTO | DIRITTI | SPESE EMIS. | IMPOSTE |
| PREMIO UNICO DATA DI PERFEZIONAMENTO | | | | | TOTALE |
| 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, 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 o, se il Contratto è stato concluso telefonicamente, anche tramite il numero dell'intermediario (reperibile nella sezione Contatti di 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. 510A 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. 12 - Pagamenti della Società e documentazione richiesta; art. 13 - Esclusione; 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 | _____ |
| | <p>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 _____ 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 |

