

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE		N.			
PRODOTTO 543A CBA SOSTEGNO FINANZIAMENTO 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 BANCA SELLA (5317)		CODICE 5317		CODICE FILIALE E PRODUTTORE 5317_A	
CONTRAENTE					
COGNOME E NOME (del Contraente o del legale rappresente)			CODICE FISCALE		SESSO
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA		PROVINCIA	STATO	
RESIDENZA (via e numero civico)		C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA			STATO
TIPO	ESTREMI DOCUMENTO	DATA RILASCIO	RILASCIATO DA (ente e luogo)		
<input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> AA					
CODIFICA TIPO DOCUMENTO DI		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 (via e numero civico)		C.P.A., LOCALITA' E PROVINCIA			STATO
ASSICURATO					
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
PROFESSIONE					ETA'
BENEFICIARI					
Avvertenze: a. in caso di mancata compilazione 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: REFERENTE TERZO:					
CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO					
DATA DECORRENZA	DURATA	DATA SCADENZA	PAGAMENTO PREMI		DATA SCADENZA ULTIMO PREMIO
PRESTAZIONE INIZIALE ASSICURATA		PREMIO GARANZIA BASE	PREMIO GARANZIE COMPLEMENTAR		PREMIO TOTALE
PREMIO DA CORRISPONDERE		NETTO	DIRITTI	SPESE EMIS.	IMPOSTE
PREMIO UNICO O RATA DI PERFEZIONAMENTO					TOTALE
PREMIO AGGIUNTIVO					
RATE SUCCESSIVE DA					
NOTE E CONDIZIONI PARTICOLARI - Spazio riservato per eventuali indicazioni o richieste del Contraente (appendici, vincoli, caricamenti, SPESE DI EMISSIONE TRATTENUTE IN CASO DI RECESSO: EURO					
SPESE TOTALI GRAVANTI SUL PREMIO: EURO DI CUI QUOTA PARTE PERCEPITA DALL'INTERMEDIARIO EURO					
CODICE IDENTIFICATIVO DEL MUTUO/FINANZIAMENTO COLLEGATO:					
EMESSO DA: BANCA SELLA					
L'EROGAZIONE DEL MUTUO/FINANZIAMENTO NON E' CONDIZIONATA DALLA STIPULA DELLA PRESENTE POLIZZA					
SI INTENDE OPERANTE LA CLAUSOLA DI CARENZA.					

FIRMA DEL COLLOCATORE

FIRMA DELL'ASSICURATO
(se diverso dal contraente)

FIRMA DEL CONTRAENTE



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (IT) - Telefono +39 06.421031 Fax +39 06.4210.3500 - hdi.assicurazioni@pec.hdi.it - www.hdiassicurazioni.it Capitale Sociale € 351.000.000 i.v. C.F., P. Iva e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con: D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022 - Capogruppo del gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n.015

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

- Bonifico bancario (anche mediante addebito automatico sul proprio conto corrente) con accredito sull'apposito conto corrente intestato alla Società;
- Bonifico bancario con accredito sull'apposito conto corrente intestato al competente soggetto abilitato al collocamento, purché in qualità di intermediario della Società.
- Assegno bancario o circolare munito di clausola di non trasferibilità emesso all'ordine competente soggetto abilitato al collocamento, purché in qualità di intermediario della Società, contro rilascio di apposita quietanza dallo stesso sottoscrittore.

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;**
- 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.**

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 e preso visione del set informativo Mod543A-072023

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

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

HDI ASSICURAZIONI S.p.A.
CFO Vice Direzione Generale Rami Vita
Il Vice Direttore Generale
(Dott. Fabio Rogato)



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

