

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE		N. _____			
PRODOTTO 11SB CBA MONETA A PREMI PERIODICI V SERIE		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
TIPO	ESTREMI DOCUMENTO	DATA RILASCIO	RILASCIATO DA (nome 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	P. _____	
		PA = Porto d'armi	PS = Passaport	AA = Altri documenti	
Nel caso in cui il Contraente sia un'impresa					
RAGIONE SOCIALE			PART. IVA		
RESIDENZA (via e numero civico)			C.A.P., 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: <ul style="list-style-type: none"> 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 della lista del/dei Beneficiario/i deve essere comunicata alla Società. 					
IN CASO DI VITA: IN CASO DI MORTE: REFERENTE TERZO:					
CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO					
DATA DECORRENZA	DATA SCADENZA	PAGAMENTO PREMI		DATA SCADENZA	
		Durata (anni)	frequenza		
PRESTAZIONE INIZIALE ASSICURATA	PREMIO GARANZIA BASE	PREMIO GARANZIE COMPLEMENTAR		PREMIO TOTALE	
PREMIO DA RISPONDERE	NETTO	DIRITTI	SPESE EMIS.	IMPOSTE	TOTALE
PREMIO UNICO RATA DI PERFEZIONAMENTO					
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					

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

- 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 Mod11SB-042024.

Data

FIRMA DEL CONTRAENTE

Il Sottoscritto Contraente dichiara di non 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., all'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

