

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE				N.			
PRODOTTO CBA VALORE CEDOLA VI 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 PRODOTTORE	
CONTRAENTE							
COGNOME E NOME (del Contraente o del rappresentante legale)				CODICE FISCALE			
DATA NASCITA		LUOGO DI NASCITA			PROVINCIA		STATO
RESIDENZA (via e numero civico)				C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA			
TIPO DOCUMENTO		ESTREMI DOCUMENTO		DATA RILASCIO		RILASCIATO DA (ente e luogo)	
CODIFICA TIPO DOCUMENTO DI IDENTITA':		CI = Carta di identità PA = Porto d'armi		TP = Carta Postale PS = Passaporto		PT = Patente AA = Altri documenti	
Nel caso in cui il Contraente sia un'impresa							
RAGIONE SOCIALE				PARTITA IVA			
RESIDENZA (via e numero civico)				C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA			
ASSICURATO							
COGNOME E NOME				CODICE FISCALE			
DATA NASCITA		LUOGO DI NASCITA			PROVINCIA		STATO
RESIDENZA (via e numero civico)				C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA			
DOMICILIO (via e numero civico)				C.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA			
PROFESSIONE							ETA'
BENEFICIARI							
Avvertenze: <ul style="list-style-type: none"> a. in caso di mancata identificazione del beneficiario in forma nominativa, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario; b. la modifica o revoca del Beneficiario 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	
						Durata (anni) frequenza	
PRESTAZIONE INIZIALE ASSICURATA		PREMIO GARANZIA BASE		PREMIO GARANZIE COMPLEMENTARI		PREMIO TOTALE	
PREMIO DA CORRISPONDERE				NETTO		DIRITTI	
PREMIO UNICO O RATA DI PERFEZIONAMENTO						IMPOSTE	
PREMIO AGGIUNTIVO							
RATE SUCCESSIVE DA						TOTALE	
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:							
IL PRESENTE CONTRATTO NON CONSENTE LA CONCESSIONE DI PRESTITI							

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 prevedono)

- 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;**
- Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso;**
- L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare lo 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 aver dato 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 Mod21CA-042024.

Data _____

FIRMA DEL CONTRAENTE

Il Sottoscritto Contraente dichiara di voler ricevere 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

CONCLUSIONI 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