

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE		N.		
PRODOTTO 2190 CBA VALORE INVESTIMENTO		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 CI PT PS TP PA AA	ESTREMI DOCUMENTO	DATA RILASCIO	RILASCIATO DA (ente e luogo)	
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.A.P., LOCALITA' E PROVINCIA		STATO	
ASSICURATO				
COGNOME E NOME		CODICE FISCALE		SESSO
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA ROMA	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'
BENEFICIARI				
<p>Avvertenze:</p> <p>a. in caso di mancata compilazione dei dati anagrafici del/dei Beneficiario/i, la Società potrà incontrare, al momento dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/dei Beneficiario/i;</p> <p>b. in caso di modifica o revoca del/dei Beneficiario/i deve essere comunicata alla Società.</p> <p>IN CASO DI VITA: IN CASO DI MORTE: REFERENTE TERZO</p> <p>I dati dei Beneficiari, qualora indicati nominativamente, e dell'eventuale Referente Terzo saranno riportati nell'apposito modulo.</p>				
CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO				
DATA EFFICACIA		DATA PAGAMENTO PREMIO		
PREMIO DA CORRISPONDERE:		NETTO	SPESE	IMPOSTE
				TOTALE
CAPITALE INVESTITO				
NOTE E CONDIZIONI PARTICOLARI - Spazio riservato per eventuali indicazioni o richieste del Contraente (es. appendici, vincoli, ecc.)				

RECESSO DAL 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.

La Società, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il Premio pagato.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Contraente può versare i premi (Premio unico iniziale e versamenti aggiuntivi) alla Società tramite il Competente soggetto abilitato al collocamento, scegliendo una delle seguenti modalità:

- Addebito diretto SEPA (SDD) sul conto corrente intestato al Contraente con accredito sull'apposito conto corrente intestato alla Società;
- Ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, anche on line, che abbiano quale beneficiario la Società o l'intermediario, espressamente nella sua qualità di "intermediario della HDI Assicurazioni S.p.A.". In tal caso, la relativa scrittura di addebito ha valore di quietanza.
- Assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati e girati alla Società oppure all'intermediario, espressamente nella sua qualità di "intermediario della HDI Assicurazioni S.p.A.", con rilascio di apposita quietanza dallo stesso sottoscrittore.

Avvertenza: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurando, legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente Contratto possono compromettere il diritto all'assistenza assicurativa.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE / DELL'ASSICURANDO

Il **Sottoscritto Assicurando** delega irrevocabilmente (ex art. 1706 c. 2 c., c.c.) alla Società, ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 ed anche specificamente per l'ipotesi di decesso dello stesso, ad acquisire eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Data _____ L'Assicurando _____

Il **Sottoscritto Assicurando** (quando non sia lo stesso del Contraente) dichiara di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art 1919 C.C.

Data _____ L'Assicurando _____

Il **Sottoscritto Contraente** dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set Informativo Mod2190-042024

Data _____ Il Contraente _____

Il **Sottoscritto Contraente** dichiara di concludere il Contratto mediante la sottoscrizione della presente proposta.

Data _____ Il Contraente _____

Il **Sottoscritto Contraente** dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, identificato in forma nominativa, prima dell'eventuale decesso (in caso di volontà contraria non sottoscrivere la presente Dichiarazione).

Data _____ Il Contraente _____

Il **Sottoscritto Contraente** dichiara di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, le seguenti clausole delle Condizioni di assicurazione: art. 7. Efficacia e durata; art. 9. Riscatto; art. 14. Documentazione necessaria; art. 15. Termini di pagamento della Società.

Data _____ Il Contraente _____

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il Contratto è concluso con la sottoscrizione da parte del Contraente della presente proposta, che ha valore di accettazione e 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)

