

Assicurazione facoltativa CPI € _____ di cui premio vita € _____

Spese di rimborso vita e danni: in caso di estinzione verranno trattenute spese totali di rimborso pari ad € _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver:

- preso consegna e preventiva conoscenza del Set Informativo composto da: Documenti Informativi Precontrattuali (DIP Danni, DIP Vita, DIP Aggiuntivo Multirischi); Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario; Modulo di Proposta.
- letto, compreso ed accettato le Condizioni di Assicurazione.

LUOGO _____ LI _____ / _____ / _____ FIRMA CLIENTE

**Polizze Collettive n° 81080530000103 e n° 100.1.000.803 - CPI Prestiti Personali New
Cod. 0C107 – Status Occupazionale: Lavoratore Dipendente**

Tipo di finanziamento: PRESTITO PERSONALE Codice di riferimento n° _____ del _____

Richiedente (cognome e nome) _____ Codice Fiscale _____

Tipo documento identificativo _____ Numero _____

Rilasciato da _____ il _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____ Nazionalità _____

Residente (via/piazza) _____ Città _____ Prov. _____

Qualifica attività _____ presso _____ dal _____

Gravano sull'Assicurato, in relazione alla copertura assicurativa per la durata convenuta, costi totali pari ad Euro _____ (di cui Euro _____ sono riconosciuti a favore dell'intermediario gestore quali costi di intermediazione).

Il Capitale Iniziale Assicurato (valido per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente) è pari a Euro _____ mentre la Rata Mensile Protetta (valida per la garanzia Perdita di Impiego) è pari a Euro _____

• **dichiara** di aderire alla Polizza Collettiva indicata sul presente Modulo di Adesione, che prevede il versamento di un premio unico anticipato calcolato secondo le modalità riportate nel Set Informativo. Sul presente Modulo di Adesione, sono indicati: il premio assicurativo, alla voce "Assicurazione facoltativa CPI", i relativi costi totali alla voce "costi totali" e l'importo percepito da BCC CreditoConsumo quale compenso di intermediazione assicurativa alla voce "costi per intermediazione". Il premio assicurativo viene finanziato da BCC CreditoConsumo, versato per conto dell'Assicurato da BCC CreditoConsumo a favore delle Compagnie e rimborsato dall'Assicurato nei termini e con le modalità riportate nel Contratto di Finanziamento. L'importo del Premio Unico Anticipato è relativo al Capitale Iniziale Assicurato sopraindicato valido per le garanzie: Invalidità Totale Permanente e Decesso, e ad una Rata Mensile Protetta, corrispondente a quanto sopra indicato, valida per la garanzia Perdita di Impiego. L'importo della Rata Mensile Protetta viene fissato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e rimarrà costante anche nel caso di modifiche dell'effettiva rata del finanziamento da rimborsare che dovesse mutare nel tempo per effetto di variazioni successive al finanziamento stesso;

• **dichiara inoltre:** di non aver compiuto 74 anni di età (essendo a conoscenza che a scadenza del finanziamento l'età non può essere superiore a 75 anni non compiuti); di svolgere un'attività lavorativa in qualità di lavoratore dipendente da almeno 12 mesi;

• **dichiara**, agli effetti della validità della presente assicurazione, di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile;

• **dichiara** di essere stato adeguatamente informato che la presente polizza è FACOLTATIVA, vale a dire non obbligatoria né condizionante l'erogazione del finanziamento;

• **dichiara** di aver ricevuto e preso visione in fase precontrattuale e contrattuale degli allegati 3 e 4 ai sensi dell'art.56 Regolamento IVASS n.40/2018.

• **prende atto** che a fronte del pagamento del premio le coperture assicurative decorreranno dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento alle ore 24 del giorno di scadenza del finanziamento, avendo pari durata. La durata della copertura assicurativa non può essere superiore ai 120 mesi. Prende atto inoltre che le date per esteso di decorrenza e di scadenza della copertura assicurativa saranno riportate nella Lettera di Benvenuto che riceverà a seguito dell'erogazione del finanziamento;

• **conferma** che tutte le dichiarazioni contenute nel presente Modulo di Adesione - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;

• **dichiara**, inoltre, di prestare il consenso necessario per la validità dell'Assicurazione ai sensi dell'Art. 1919 cc.

Avvertenze ai fini dell'efficacia della copertura assicurativa:

1. le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la conclusione del Contratto di Assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;

2. anche nei casi non espressamente previsti dalle Compagnie di Assicurazione, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica.

LUOGO _____ LI _____ / _____ / _____ FIRMA CLIENTE

DICHIARAZIONI SPECIFICHE:

Il Sottoscritto dichiara, ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del cod. civ., di approvare specificatamente le seguenti disposizioni riportate nelle: Condizioni di Assicurazione, comprese nel Set Informativo. Condizioni di Assicurazione Vita: Art. 1 – Oggetto; Art. 7 – Rischio morte - Esclusioni e Limitazioni della garanzia; Art. 13 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative. Condizioni di Assicurazione Danni: Art. 31 – Indennizzo per il caso di Perdita d'Impiego; Art.33 – Esclusioni per il caso Perdita di Impiego; Art. 40 – Indennizzo per il caso di Invalidità Totale Permanente; Art. 42 – Esclusioni per il caso di Invalidità Totale Permanente; Art. 7 – Diritto di Recesso; Art. 5 – Rimborso del premio.

LUOGO _____ LI _____ / _____ / _____ FIRMA CLIENTE

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Assicurato dichiara di autorizzare BCC CreditoConsumo, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679, a trasmettere alle Compagnie di Assicurazione e ad altri soggetti, quali società a cui siano affidati la gestione, liquidazione ed il pagamento dei sinistri, e/o riassicuratori, le informazioni (comprese le categorie particolari di dati e i dati giudiziari) necessari per l'esecuzione del contratto di assicurazione di cui alla presente adesione.

LUOGO _____ LI _____ / _____ / _____ FIRMA CLIENTE

BENEFICIARI**BENEFICIARI COPERTURE DANNI**

Per le Coperture Perdita di Impiego e Invaldit  Totale Permanente da Infortunio o da Malattia delle Coperture   l'Assicurato stesso.

BENEFICIARI COPERTURA CASO MORTE

L'Assicurato designa il seguente Beneficiario:

AVVERTENZA:

In caso di mancata compilazione delle informazioni relative alla designazione in forma nominativa, la Compagnia potr  incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficolt  nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari. Si ricorda inoltre che la modifica o revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Compagnia.

 Beneficiario nominativo:

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____ Sesso _____
Residente (via/piazza) _____
CAP _____ Citt  _____ Prov. _____
Telefono _____ Cellulare _____ Email _____

 Beneficiario generico:

L'Assicurato conferma l'espressa volont  di designare i beneficiari in forma non nominativa, intendendosi per tali i propri eredi legittimi o testamentari, consapevole di quanto riportato in avvertenza.

 Referente terzo:

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potr  indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui l'Impresa di Assicurazione potr  rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____ Sesso _____
Residente (via/piazza) _____
CAP _____ Citt  _____ Prov. _____
Telefono _____ Cellulare _____ Email _____

LUOGO

LI

FIRMA
CLIENTE**ATTENZIONE – Diritto di Recesso**

Si ricorda che l'Assicurato pu  recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale inviando la richiesta di recesso tramite lettera Raccomandata A.R. o altro mezzo idoneo (fax, raccomandata a mano etc.) alla Compagnia o al Contraente che la inoltrer  tempestivamente alla Compagnia:

• Fax: 02/21072250

• Indirizzo: BCC Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Telefono 02/466275

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dall'Assicurato entro detto termine, verr  considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta, per il tramite del Contraente o direttamente dall'Assicurato, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante. Nel caso di recesso esercitato entro 30 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia proceder , entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato, senza alcun onere a carico di quest'ultimo. Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ed entro 60 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia proceder , entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato, ma saranno trattenute le spese sostenute e le imposte versate dalla Compagnia. Il premio assicurativo del presente contratto   finanziato per cui la Compagnia provveder  a rimborsare il premio all'Assicurato, tramite la Finanziaria, affinchl  la stessa provveda alla corrispondente riduzione della rata del Finanziamento per effetto della restituzione del premio assicurativo.