

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver:

- Preso consegna e preventiva conoscenza del DIP comprensivo del Fascicolo Informativo, delle Condizioni di Assicurazione e del Glossario, nonché della presente Dichiarazione di Adesione che definiscono il Contratto di Assicurazione;
- Letto, compreso ed accettato le Condizioni di Assicurazione;
- Ricevuto e preso visione in fase precontrattuale e contrattuale degli allegati 3 e 4 ai sensi dell'art.56 Regolamento IVASS n.40/2018.
- Qualora il contratto venga sottoscritto con firma elettronica avanzata, sarà redatto in un unico esemplare. L'Assicurato prende atto che in tal caso la trasmissione di copia dello stesso avrà luogo all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, fatta salva la facoltà dell'Assicurato di richiedere e ottenere copia cartacea della documentazione stessa.

LUOGO LI FIRMA CLIENTE

Polizza collettiva n° 8108053200001 – Polizza Assistenza Famiglia

Il premio assicurativo, nella misura indicata nella tabella sotto riportata, 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. Data decorrenza/scadenza : validità 12 mesi dalla data di erogazione della pratica di finanziamento

Responsabilità Civile + Assistenza Casa	MASSIMALE € 100.000 + max 3 per prestazioni	PREMIO IMPONIBILE € 75,62	IMPOSTE € 14,38	TOTALE EURO € 90,00
---	--	------------------------------	--------------------	------------------------

In relazione a quanto precede i nostri rapporti sono regolati secondo quanto di seguito riportato:

1. Prendo atto che il Contratto di assicurazione, di cui al presente Modulo di Adesione, è stipulato dal Contraente, nell'interesse dei propri Clienti, restando la medesima esonerata da ogni qualsivoglia responsabilità in merito all'esecuzione del Contratto, imputabile a BCC Assicurazioni S.p.A., ferma restando la responsabilità di BCC CreditoConsumo a versare alla Compagnia i premi incassati;
2. Dichiaro di aderire al servizio assicurativo e di aver preso visione delle Condizioni di Assicurazione, di accettarle integralmente e di aver ritirato il DIP e le Condizioni Generali di Assicurazione;
3. Resta inteso che l'operatività delle prestazioni è subordinata all'effettivo pagamento del premio, nell'ammontare stabilito;
4. L'operatività della garanzia decorre dalle ore 24:00 del giorno di erogazione della pratica di finanziamento (data decorrenza copertura);
5. La presente copertura assicurativa è **FACOLTATIVA** e ha durata annuale senza tacito rinnovo.

LUOGO LI FIRMA CLIENTE

DICHIARAZIONI SPECIFICHE:

Il sottoscritto Assicurato dichiara di approvare specificamente, ex artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ., le seguenti clausole riportate nelle Condizioni di Assicurazione: Requisiti di Assicurabilità; Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio; Decorrenza e cessazione delle garanzie; Esclusioni; Massimali; Denuncia dei sinistri; Cessione dei diritti.

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. Il sottoscritto dichiara altresì di aver preso visione del modello di Informativa ASSICURATIVA/LIQUIDATIVA della compagnia BCC Assicurazioni S.p.A. quale informativa in materia di protezione dei dati personali, garantendo l'osservanza degli obblighi per i dati nel caso comunicati al Titolare e riferiti a terzi, con riferimento: al trattamento dei dati personali e particolari anche relativi allo stato di salute per le finalità relative all'attività assicurativa/liquidativa, ed anche alla comunicazione agli altri soggetti sopra indicati nell'informativa, anche appartenenti alla catena assicurativa, al trattamento, nonché al trasferimento all'estero fuori dal territorio nazionale, anche extra UE, da parte di tali altri soggetti degli stessi dati (anche sanitari) sempre per le medesime finalità, per i casi nei quali non può essere effettuato senza il consenso. Il sottoscritto, con la sottoscrizione presta esplicito consenso al trattamento dei dati personali e particolari anche relativi allo stato di salute per le finalità relative all'attività assicurativa/liquidativa anche da parte dei soggetti indicati nell'informativa.

LUOGO LI FIRMA CLIENTE

