BCC CreditoConsumo S.p.A. - Società con socio unico Iccrea Banca S.p.A., soggetta ad attività di direzione e coordinamento da parte di Iccrea Banca S.p.A. capogruppo del Gruppo Bancario Cooperativo Iccrea. - Sede legale, Via Lucrezia Romana n. 41/47, 00178 Roma - Sede Operativa, Via Verzegnis n. 15, 33100 Udine; Per comunicazioni scrivere a: BCC CreditoConsumo S.p.A., Via Verzegnis 15, 33100 Udine (UD), Capitale Sociale Euro 46.000.000,00 I.V., n. di iscrizione al Registro Imprese di Roma e C.F. 02069820468 - P.I. 15240741007 Società partecipante al Gruppo IVA Gruppo Bancario Cooperativo Iccrea - Società autorizzata all'esercizio dell'attività finanziaria ai sensi dell'Art. 106 del D.Lgs. 385/93 - n° iscrizione all'Albo Unico 55. Iscritta nell'elenco degli Intermediari Assicurativi Sezione D n° di iscr. D000364581. Sito internet www.bcccreditoconsumo.it PEC bcccreco.affarigenerali@legalmail.it
Crediper è l'offerta dei prodotti di finanziamento delle BCC che aderiscono al Gruppo Bancario Cooperativo Iccrea.

Numero Verde 800-990.620

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.
- 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 ☒

Polizze Collettive n° 81080530000103 e n° 100.1.000.803 - CPI Prestiti Personali New
Cod. 0C109 – Status Occupazionale: Non Lavoratore

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 Malattia Grave) è pari a Euro_____

Il sottoscritto Assicurato:

- **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 Malattia Grave. 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);
- **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. 26 - Indennizzo per il caso di Inabilità Totale Temporanea; Art.28 – Esclusioni per il caso Inabilità Totale Temporanea; 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. Il sottoscritto dichiara altresì di aver preso visione del modello di Informativa ASSICURATIVA/LIQUIDATIVA delle compagnie BCC Vita S.p.A. e 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 ☒

P022 04/2021 ver.1