

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.

Assicurazione facoltativa CPI € _____ di cui premio vita € _____ di cui premio danni € _____
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° 8108053000103 e n° 100.1.001.803 - 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 dei distributori 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 _____

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 sopraindicato, 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** di essere consapevole che tutte le dichiarazioni rese nel Questionario Sanitario di seguito riportate costituiscono condizione essenziale di assicurabilità e devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora tra il momento della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione alla copertura assicurativa e la data di perfezionamento del Contratto di Finanziamento intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia di Assicurazione per il tramite di BCC CreditoConsumo prima della decorrenza delle coperture assicurative, al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste;
- **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 aver risposto correttamente a tutte le domande contenute nel Questionario Sanitario con apposita firma; 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. 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

AVVERTENZA

Per potere aderire alla Polizza Collettiva, all'assicurando è richiesto di rispondere al presente Questionario Sanitario. Si avverte l'assicurando che:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti compromettono il diritto alla prestazione ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c.;
- b) prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità della risposte rese nel Questionario Sanitario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, l'assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Il costo di tale visita medica sarà a carico dell'assicurando stesso. L'Assicuratore si riserva il diritto di prestare o meno le coperture assicurative previo esame della documentazione sanitaria prodotta dall'assicurando.

Sono assicurabili solo i soggetti che rispondono "No" a tutte le domande incluse nel Questionario Sanitario. L'Assicuratore pertanto, anche ai fini dell'art. 1893 2° comma del codice civile, dichiara espressamente che non intende assumere il rischio (nemmeno a diverse condizioni) qualora fosse a conoscenza che l'assicurando sia affetto anche da una sola delle patologie incluse nel Questionario Sanitario.

QUESTIONARIO SANITARIO

A. Ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici o assunto farmaci in merito alle seguenti patologie?

1. Malattie cardiovascolari

Ipertensione arteriosa grave (con valori pressori superiori a 140/90) nonostante l'eventuale trattamento farmacologico in corso), infarto, cardiopatia ischemica/coronarica, arteriosclerosi coronarica, trombosi profonda, scompenso cardiaco, cardiomiopatie, valvulopatie gravi con stenosi e/o insufficienza grave, vasculopatia, aritmia cardiaca grave e tale da richiedere un trattamento farmacologico e/o controlli periodici.

Si No

2. Malattie del sistema nervoso centrale e periferico - Neoplasie maligne

Ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), emorragia cerebrale, danni cerebrali permanenti, aneurisma, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, depressione grave in trattamento farmacologico continuo e schizofrenia. Cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno, compresi leucemie, neoplasie atipiche incluse cisti o crescita benigna delle meningi all'interno del cervello o della spina dorsale, linfomi, mielomi.

Si No

3. Malattie dell'apparato digerente e uro-genitale - Malattie dell'apparato respiratorio

Insufficienza renale acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, pancreatite cronica, cirrosi da qualsiasi causa, epatite B e C e steatosi epatica, gastroduodenite, esofago di Barret, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa. Qualsiasi malattia polmonare cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma, sarcoidosi e enfisema ad esclusione di asma lieve nel caso in cui sia trattata solo con l'uso intermittente di un broncodilatatore ad azione rapida.

Si No

4. Malattie dimetaboliche, immunopatologiche, congenite/ereditarie, del sangue

- HIV, qualsiasi altra malattia immunopatologica e patologie correlate
- Diabete, tale da richiedere trattamento farmacologico
- Malattie della tiroide con trattamento farmacologico non compensato, noduli tiroidei
- Malattie o malformazioni congenite/ereditarie tali da richiedere un trattamento continuativo e/o periodico quali idrocefalo, pneumopatia fibrocistica, cardiopatie congenite, spina bifida, atresie di organi addominali, trisomie, agenesie renali, malformazioni vascolari endocraniche, malformazioni dell'apparato urinario non corrette chirurgicamente, malformazioni dei grossi vasi,
- Trombocitemia, emoglobinuria parossistica, policitemia vera, trompocitopenia idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amloidosi, ipersplenismo, emofilie.

Si No

B. In riferimento ad una delle patologie elencate al punto A è in attesa di risultati di consulti medici, esami medici o ricoveri ospedalieri (o in istituti di cura)?

Si No

C. È titolare di una pensione di invalidità o inabilità (parziale o totale) o ha in corso pratiche per il relativo riconoscimento?

Si No

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 _____

Nel caso in cui l'Assicurato intenda indicare ulteriori beneficiari nominativi pu  fare riferimento al seguente indirizzo mail della Compagnia Assicurativa BCC Vita S.p.A.: ufficioportafoglio@bccvita.bcc.it.

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, affinche  la stessa provveda alla corrispondente riduzione della rata del Finanziamento per effetto della restituzione del premio assicurativo.