

**MODULO DI ADESIONE A POLIZZA COLLETTIVA DI ASSICURAZIONE A PROTEZIONE DEL CREDITO N. ITALLALLDHTD201001**

IMPORTO TOTALE DEL CREDITO	
IMPORTO MENSILE DEL FIN PROTETTO	
DURATA POLIZZA in mesi	

**DATI DEL RICHIEDENTE**

Cognome /Rag.Sociale	Nome	C.F./Part. I.V.A.
Nato a	Prov.	il
Tel Abitazione		Tel Cell
Indirizzo	Città	Prov. Cap
E-mail	@	Residenza (se diversa dal domicilio) Città Pv.
Occupazione attuale: Dipendente <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Altro : _____		
Azienda	Indirizzo	Città Prov.
Telefono	Anzianità di servizio	Reddito Mensile netto
Stato Civile: Coniugato/a <input type="checkbox"/> Cel/Nubile <input type="checkbox"/> Sep/Div <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Abitazione: Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>		
All'indirizzo da anni: _____ Nucleo Familiare: N° persone _____ di cui con reddito proprio _____		
Per Società: R.E.A.	Capitale Sociale	Anno costituzione Settore attività

**DATI DEL BENEFICIARIO**

Cognome /Rag.Sociale	Nome	C.F./Part. I.V.A.
Nato a	Prov.	il
Tel Abitazione		Tel Cell
Indirizzo	Città	Prov. Cap
E-mail	@	Residenza (se diversa dal domicilio) Città
Escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario prima del sinistro? SI NO		

**In caso di mancata compilazione dello spazio relativo ai dati del Beneficiario, le imprese assicurative potranno incontrare, in caso di decesso dell'Assicurato, difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari e la modifica o revoca di quest'ultimo devono essere comunicate alle imprese.**

**DATI DEL REFERENTE TERZO**

Cognome /Rag.Sociale	Nome	C.F./Part. I.V.A.
Nato a	Prov.	il
Tel Abitazione		Tel Cell
Indirizzo	Città	Prov. Cap
E-mail	@	Residenza (se diversa dal domicilio) Città

**In ogni caso l'Aderente o l'Assicurato può comunicare il beneficiario e sue variazioni sul seguente pagina web: <https://www.rci-insurance.eu/it>**

**QUESTIONARIO DI ADEGUATEZZA**

- Intendo attivare una copertura assicurativa per le necessità che potrebbero emergere prima della scadenza di questo contratto di finanziamento  si  no
- Confermo di non aver già sottoscritto altre assicurazioni relative ai rischi sulla persona collegate al finanziamento, ad oggi ancora operanti e la cui prestazione corrisponda al debito residuo, oppure ad una o più rate, dello stesso finanziamento  si  no
- Sulla base delle informazioni fornitemi dall'intermediario ritengo adeguata alle mie esigenze la copertura assicurativa propostami  si  no

Modalità di sottoscrizione del presente modulo:

Firma autografa  Firma elettronica qualificata

**DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALLA POLIZZA**

**Confermo espressamente di avere ricevuto prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, in forma cartacea o se richiesto mediante altro supporto durevole, nonché accettato** il set informativo relativo alla Polizza collettiva n. ITALLALLDHTD201001, comprensivo di: (i) il DIP Danni previsto dal Reg. di esecuzione (UE) 2017/1469 di attuazione della Direttiva (UE) 2016/97 sulla distribuzione assicurativa, nonché dagli artt. 185 e 185 bis del Codice delle Assicurazioni Private (come modificato dal D. Lgs. 68/2018), il DIP Vita e il DIP aggiuntivo Multirischi previsti dal Reg. IVASS n. 41 del 2018, nonché dagli artt. 185 e 185 ter del Codice delle Assicurazioni Private (così come modificato dal D. Lgs. n. 68/2018); (ii) le condizioni contrattuali e il glossario, e dichiaro di aderire alla polizza collettiva medesima.

**Dichiaro** di essere stato informato che per la mia adesione sosterrò il costo effettivo di Euro \_\_\_\_\_, di cui il 50% pari a Euro \_\_\_\_\_ sarà percepito da RCI Banque SA, Succursale Italiana, quale intermediario assicurativo. Preso atto che tali importi sono dovuti in un'unica soluzione al momento dell'adesione, richiedo che essi siano inclusi nel capitale da finanziare.

**Dichiaro, inoltre, di essere stato informato che la sottoscrizione dell'assicurazione è del tutto facoltativa e non indispensabile ai fini dell'ottenimento del finanziamento alle condizioni proposte.**

Firma dell'Aderente o dell'Assicurato (se diverso dall'Aderente) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

L'Aderente e l'Assicurato (se diverso dall'Aderente), consapevole che **dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti ivi rese possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa, dichiara** altresì di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare, l'art. 2 "Persone Assicurabili", art. 3 "Decorrenza e cessazione della copertura assicurativa – estinzione anticipata del finanziamento e portabilità"; art. 6 "Esclusioni", art. 7 "Beneficiari delle prestazioni"; art. 9 "Massimali"; art. 10 "Denuncia dei sinistri", art. 14 "Cessione dei diritti"; art. 15 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio"; art. 17 "Mediazione e Foro competente".

Firma dell'Aderente o dell'Assicurato (se diverso dall'Aderente) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il premio è lordo, unico, anticipato e calcolato in proporzione all'importo e alla durata del finanziamento. L'importo del finanziamento è di Euro \_\_\_\_ e la rata mensile è pari a Euro \_\_\_\_\_. L'importo del premio è incluso nel capitale finanziato, se richiesto. Per il pagamento del premio unico la Compagnia accetta i seguenti mezzi di pagamento: bollettini postali e SDD. La quota parte percepita da RCI Banque SA, quale intermediario assicurativo, è pari al 50% del premio unico, pari a Euro \_\_\_\_\_. In caso di estinzione anticipata o di portabilità del finanziamento, anche parziale, la Compagnia restituirà la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

**QUESTIONARIO SANITARIO SEMPLIFICATO**

**Dichiaro di essere stato informato del diritto di chiedere di essere sottoposto a visita medica per la certificazione del mio effettivo stato di salute, con integrale assunzione del relativo costo a mio esclusivo carico.** Sottoscrivendo la presente, anche a mezzo di firma elettronica qualificata, **ho verificato l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario e altresì attesto il mio buono stato di salute, avendo risposto di "no" a tutte le seguenti domande:** è / è stato/a affetto/a da malattie o lesioni che necessitano/abbiano necessitato di un trattamento medico, farmacologico, oncologico, fisioterapico continuativo nel tempo?; Fa/ha fatto uso di stupefacenti, ovvero è/ è stato/a affetto/a da stati di alcolismo acuto o cronico, ovvero abusa/ha abusato abitualmente di sostanze alcoliche ovvero assume farmaci in dosi superiori a quelle prescritte dal medico?; E' soggetto/a a stati depressivi o affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche?; E' affetto/a da sindrome di immunodeficienza acquisita (aids) o altre patologie ad essa collegate?

Firma dell'Aderente o dell'Assicurato (se diverso dall'Aderente) .....Data \_\_\_\_\_

**Consenso obbligatorio al trattamento dei dati personali**

Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dal Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e dalle altre norme nazionali applicabili, **che dichiaro di aver ricevuto** da RCI Banque, dalle Società del Gruppo e dalle Reti Commerciali. Esprimo e confermo il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli giudiziari e le categorie particolari di dati ai sensi dell'art. 9 GDPR, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.

Firma dell'Aderente o dell'Assicurato (se diverso dall'Aderente) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Autorizzo RCI Banque S.A. ad addebitare sul mio c/c l'importo mensile del premio assicurativo per l'intera durata della copertura
	IBAN _____