

Concessionario	N° Proposta	N° Contratto

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

DATI DELL'ADERENTE
Cogn. Ragione 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
Cogn. Ragione 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 _____ Prov. ____

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
Cogn. Ragione 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 _____ Prov. ____

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

IMPORTO TOTALE DEL CREDITO in €	
IMPORTO MENSILE DEL FINANZIAMENTO PROTETTO in €	
DURATA POLIZZA in mesi	

QUESTIONARIO DI ADEGUATEZZA
1. Intendo attivare una copertura assicurativa per le necessità che potrebbero emergere prima della scadenza di questo contratto di finanziamento si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
2. 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 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3. Sulla base delle informazioni fornitemi dall'intermediario ritengo adeguata alle mie esigenze la copertura assicurativa propostami si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Modalità di sottoscrizione del presente modulo: Firma autografa <input type="checkbox"/> Firma elettronica qualificata <input type="checkbox"/>

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 _____

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 necessario 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 _____

Autorizzo RCI Banque S.A. ad addebitare sul mio c/c l'importo mensile del premio assicurativo per l'intera durata della copertura

IBAN _____