



INFORMATIVA PRECONTRATTUALE DRIVER INSURANCE

alla polizza Collettiva n. 900.744
stipulata da RCI BANQUE S.A. Succursale Italiana con AXA FRANCE VIE S.A.

DATI RELATIVI ALL'ADERENTE / ASSICURATO (IL RICHIEDENTE)

Il Sig./la Sig.ra	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>	CF/PAR. IVA	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>	Loc/Prov.	<input type="text"/>
Tel. Abitazione	<input type="text"/>	Cellulare	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
<i>Il pagamento del premio con frazionamento mensile è effettuato mediante una delle seguenti modalità di addebito diretto sul conto corrente</i>					
IBAN	<input type="text"/>				
Carta di credito	<input type="text"/>	Numero	<input type="text"/>	Scadenza	<input type="text"/>
				CVC	<input type="text"/>

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO (SE DIVERSO DALL'ADERENTE)

Il Sig./la Sig.ra	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>	CF/PAR. IVA	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>	Loc/Prov.	<input type="text"/>
Tel. Abitazione	<input type="text"/>	Cellulare	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
<i>Il pagamento del premio con frazionamento mensile è effettuato mediante una delle seguenti modalità di addebito diretto sul conto corrente</i>					
IBAN	<input type="text"/>				
Carta di credito	<input type="text"/>	Numero	<input type="text"/>	Scadenza	<input type="text"/>
				CVC	<input type="text"/>

ASPETTATIVE DELL'ADERENTE / ASSICURATO

Desidera attivare una copertura assicurativa a tutela delle necessità che potrebbero emergere da un infortunio derivante dalla circolazione stradale	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
La garanzia offerta è conforme alle sue necessità di copertura	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Sulla base delle informazioni ricevute dall'intermediario ritiene adeguate alle sue esigenze le coperture assicurative prescelte	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA DELLA COPERTURA PRESCELTA

Io sottoscritto dichiaro di essere stato messo al corrente delle caratteristiche, della durata, dei costi, dei limiti della copertura e di ogni altro elemento utile ad acquisire un'informativa completa e corretta e pertanto esprimo la volontà di aderire alla Polizza Collettiva stipulata da RCI Banque S.A. (in base alle condizioni ricevute e riportate nel Documento Informativo Precontrattuale e nel Set Informativo).

Firma dell'Aderente / Assicurato _____

DICHIARAZIONE DI CONSEGNA DELLA INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 02/08/2018 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa l'Aderente/Assicurato dichiara di aver preso visione e ricevuto l'informativa relativa (Modulo All. 3), la dichiarazione da cui risultano i dati essenziali dell'intermediario e della sua attività (Modulo All. 4).

Firma dell'Aderente / Assicurato _____

MODULO DI ADESIONE DRIVER INSURANCE

alla polizza Collettiva n. 900.744
stipulata da RCI BANQUE S.A. Succursale Italiana con AXA FRANCE VIE S.A.

DATI RELATIVI ALL'ADERENTE / ASSICURATO (IL RICHIEDENTE)

Il Sig./la Sig.ra	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>	CF/PAR. IVA	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>	Loc/Prov.	<input type="text"/>
Tel. Abitazione	<input type="text"/>	Cellulare	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
<i>Il pagamento del premio con frazionamento mensile è effettuato mediante una delle seguenti modalità di addebito diretto sul conto corrente</i>					
IBAN	<input type="text"/>				
Carta di credito	<input type="text"/>	Numero	<input type="text"/>	Scadenza	<input type="text"/>
				CVC	<input type="text"/>

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO (SE DIVERSO DALL'ADERENTE)

Il Sig./la Sig.ra	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>	CF/PAR. IVA	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>	Loc/Prov.	<input type="text"/>
Tel. Abitazione	<input type="text"/>	Cellulare	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
<i>Il pagamento del premio con frazionamento mensile è effettuato mediante una delle seguenti modalità di addebito diretto sul conto corrente</i>					
IBAN	<input type="text"/>				
Carta di credito	<input type="text"/>	Numero	<input type="text"/>	Scadenza	<input type="text"/>
				CVC	<input type="text"/>

INFORMATIVA PRIVACY – CONSENSO

In relazione all'adesione alla polizza collettiva n.900.744, il Richiedente dichiara di aver preso visione e di aver ricevuto copia dell'“INFORMATIVA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA” resa ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016, in funzione dei prodotti assicurativi per i quali ha richiesto l'adesione. Il Richiedente presta il consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, ad AXA France Vie S.A.

Firma dell'aderente / assicurato _____

COPERTURE ASSICURATIVE

<input type="checkbox"/>	per il DECESSO (v. art. 1.1) € 100.000,00 pagabili ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi legittimi	per il RICOVERO OSPEDALIERO (v. art. 1.2) € 100,00 al giorno con il massimo di 180 giorni
<input type="checkbox"/>	per il DECESSO (v. art. 1.1) € 50.000,00 pagabili ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi legittimi (solo in caso di formule promozionali pack, durata 12 mesi senza rinnovo tacito)	
per il TRATTAMENTO DI RIABILITAZIONE (v. art. 1.2) € 300,00 una tantum		

DURATA DELL'ASSICURAZIONE (barrare la casella della durata prescelta)

prodotto mensile con pagamento a partire dal <input type="text"/> mese di attivazione	prodotto annuale con pagamento a partire dalla data di attivazione	
il premio è pari a € 9,00 al mese di cui € 0,22 per imposte <i>il premio deducibile ai fini IRPEF ammonta a € 7,02 al mese</i>	il premio è pari a € 108,00 all'anno di cui € 2,63 per imposte <i>il premio deducibile ai fini IRPEF ammonta a € 84,29 all'anno</i>	il premio è pari a € 65,00* all'anno di cui € 1,62 per imposte <i>*Salvo ulteriore sconto promozionale</i>

L'Assicurato dichiara altresì di essere consapevole che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti fornite per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

EFFETTO E SCADENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decorrerà dalle ore 24.00 del e scadrà al termine del periodo di durata prescelto. Alla scadenza si rinnova tacitamente per un ulteriore periodo e così di seguito (non in caso di formula promozionale pack).

Fatto a _____ il ____/____/____
L'Aderente / Assicurato