

Prodotto assicurativo

Codice _____

Numero Pratica Finanziamento _____

Modulo di Adesione

(alle Polizze Collettive n. 094V e n. 094D tra Findomestic Banca S.p.A. e BancAssurance Popolari S.p.A. e BAP Assicurazioni S.p.A.)

IN La sottoscrittola Signor/a, ADERENTE

Nome e Cognome _____	Codice Fiscale _____		
Data di Nascita _____	Luogo _____	Prov. _____	
Sesso _____	Telefono _____	Cellulare _____	
Mail _____			
Indirizzo _____	Città _____		
Prov. _____	CAP _____	Numero documento _____	Tipo documento _____
Data Rilascio _____	Rilasciato da _____		

Confermando di avere ricevuto ed accettato il Fascicolo informativo relativo alle Polizze collettive n. 094V e n. 094D, oltre, ove prevista dalla disciplina regolamentare, alla nota illustrativa sintetica sulle coperture offerte dalle Polizze medesime, tutto quanto consegnato in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, e di essere informato che la sottoscrizione delle coperture è del tutto facoltativa e non necessaria ai fini dell'ottenimento del finanziamento.

Dando atto di conoscere che, nel caso di esercizio dell'opzione "Cambio Rata" o "Salto Rata" previste in suo favore dal contratto di Finanziamento, la copertura assicurativa continuerà ad operare adeguandosi automaticamente al nuovo piano di ammortamento, ed accettando espressamente che, in tal caso, sarà tenuto al pagamento di un Premio di importo e durata differenti rispetto a quello iniziale sotto indicato, secondo quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione,

ADERISCE

alle Polizze suddette, indicando come Assicurato se stesso/a.

Ai fini dell'efficacia di tale adesione l'Aderente dichiara:

di essere in buono stato di salute*; di non essere affetto da malattie o lesioni fisiche né da patologie che necessitino di un trattamento medico, farmacologico o fisioterapico continuativo nel tempo**.

*non si considera ostativo alla dichiarazione di essere in buono stato di salute l'essere affetti da una malattia mentale ovvero da patologie che richiedano in via continuativa l'assunzione a scopo terapeutico esclusivamente di farmaci psicotropi;

**non si considera ostativo alla dichiarazione l'essere sottoposti a trattamento medico o farmacologico che preveda esclusivamente l'assunzione di farmaci psicotropi.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle seguenti avvertenze relative alle dichiarazioni dello stato di salute:

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione;

b) prima della sottoscrizione è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle dichiarazioni relative al proprio stato di salute, siano esse rese tramite la compilazione del questionario medico o in qualunque altra forma.

L'Assicurato prende atto che la copertura è esclusa nel caso di infortuni già verificatisi o malattie già in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi.

Fermo quanto sopra, l'Assicurato può chiedere, in ogni caso, di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute.

Ai fini dell'efficacia dell'adesione l'Assicurato dichiara inoltre di non essere stato assente dal lavoro negli ultimi 12 mesi per più di 30 giorni lavorativi consecutivi, a causa di malattia o di infortunio. Dichiara, infine, (in caso di lavoratore dipendente del settore privato) di non avere ancora ricevuto dal datore di lavoro una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale venga individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione.

Gravano, pertanto sull'Aderente, in relazione alla copertura assicurativa per la durata convenuta, costi totali pari a:

Euro _____ (di cui Euro _____ sono riconosciuti all'intermediario).

La parte di premio relativa alle garanzie danni è pari al 50% dell'importo totale sopra indicato. Tale parte usufruisce di una riduzione rispetto alla corrispondente tariffa annuale, nella misura del 14,90%.

In caso di esercizio dell'opzione "Cambia Rata" con conseguente variazione dell'importo della rata del Finanziamento, così come della durata del suo piano di rimborso, i costi totali riferiti alla copertura assicurativa, che graveranno sull'Aderente, resteranno pari al 6,5%, da calcolare sulla nuova rata di finanziamento (di cui il 50% del premio imponibile è riconosciuto all'intermediario). Ad esempio: se la nuova rata del finanziamento ammonta ad Euro 100,00, i costi totali ammontano a Euro 6,50, di cui Euro 3,25 sono riconosciuti all'intermediario.

Le spese di emissione del contratto sono pari a Euro 10,00.

Luogo _____ Data _____

FIRMA dell'ADERENTE _____



L'Aderente dichiara 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, gli artt. 6 "Esclusioni"; 9 "Massimali"; 10 "Denuncia dei Sinistri"; 13 "Cessione dei diritti".

Luogo _____ Data _____

FIRMA dell'ADERENTE _____



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Art. 13 D. lgs 30 Giugno 2003 n. 196)

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili, che mi riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società Assicuratrice e alla comunicazione degli stessi dati alle categorie indicate nella predetta informativa e obbligatori per legge. Rimane fermo che il mio consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo _____ Data _____

FIRMA dell'ADERENTE _____

