

**MODULO DI ADESIONE DELL' ASSICURAZIONE FACOLTATIVA CPI**

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  DATA  FIRMA CLIENTE

**Polizze Collettive n° 81080530000103 e n°100.1.001.803 - CPI Prestiti Personali New  
 Cod. 0C108 – Status Occupazionale: Lavoratore Autonomo**

TIPO DI FINANZIAMENTO Prestito Personale		CODICE DI RIFERIMENTO N°		DEL	
NOME E COGNOME				CODICE FISCALE	
TIPO DOCUMENTO				N. DOCUMENTO	
RILASCIATO DA				IL	
COMUNE DI NASCITA	PROV	DATA DI NASCITA	NAZIONALITÀ		
INDIRIZZO DI RESIDENZA			LOCALITÀ	PROV.	
PROFESSIONE			PRESSO	DAL	

Gravano sull'Assicurato, in relazione alla copertura assicurativa per la durata convenuta, costi totali pari ad Euro (di cui Euro pari al % del premio complessivo imponibile, sono riconosciuti a favore dei distributori quali costi di intermediazione).

Il Capitale Iniziale Assicurato (valido per le garanzie Decesso e Invalità Totale Permanente) è pari a Euro mentre la Rata Mensile Protetta (valida per la garanzia Invalità Totale Temporanea) 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: Invalità Totale Permanente e Decesso, e ad una Rata Mensile Protetta, corrispondente a quanto sopra indicato, valida per la garanzia Invalità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia. 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 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 svolgere un'attività lavorativa in qualità di lavoratore autonomo 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 e 4 ter 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  DATA  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 – Prestazioni Assicurative; Art. 6 – Rischio morte - Esclusioni e Limitazioni della garanzia; Art. 12 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative. Condizioni di Assicurazione Danni: Art. 25 - Indennizzo per il caso di Invalità Totale Temporanea; Art.27 – Esclusioni per il caso di Invalità Totale Temporanea; Art. 34 – Indennizzo per il caso di Invalità Totale Permanente; Art. 36 – Esclusioni per il caso di Invalità Totale Permanente; Art. 7 – Diritto di Recesso; Art. 5 – Rimborso del premio.

LUOGO  DATA  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.

Preso visione delle informative in materia di protezione dei dati personali ricevute da BCC ASSICURAZIONI S.p.A e da BCC VITA S.p.A, 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 (paragrafo 4 lett. a) di entrambi i modelli di informativa).

DICHIARO DI OPPORMI all'invio diretto di comunicazioni commerciali via e-mail relative a prodotti o servizi del Titolare analoghi a quelli acquistati, c.d. "soft spam" (punto 4. lett. b)).

LUOGO  DATA  FIRMA CLIENTE

**MODULO DI ADESIONE DELL' ASSICURAZIONE FACOLTATIVA CPI****QUESTIONARIO SANITARIO****AVVERTENZA**

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

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti compromettono il diritto alla prestazione ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c.;
- prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità della risposte rese nel Questionario Sanitario;
- 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.

**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**

Iperensione 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.  SÌ  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.  SÌ  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.  SÌ  NO

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

- HIV, qualsiasi altra malattia immunopatologica e patologie correlate  SÌ  NO
- 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, trompocitopenida idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amoloidosi, ipersplenismo, emofilie.

**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)?**  SÌ  NO

**C. È titolare di una pensione di invalidità o inabilità (parziale o totale) o ha in corso pratiche per il relativo riconoscimento?**  SÌ  NO

LUOGO

DATA

FIRMA  
CLIENTE

X

**MODULO DI ADESIONE DELL'ASSICURAZIONE FACOLTATIVA CPI****BENEFICIARI****BENEFICIARI COPERTURE DANNI**

Per le Coperture Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia e invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia delle Coperture è 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 potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari. Si ricorda inoltre che la modifica o revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Compagnia.

 **Beneficiario nominativo:**

NOME E COGNOME			CODICE FISCALE	
NATO A	PROV.	IL	SESSO	
RESIDENTE (VIA/PIAZZA)				
CAP	CITTÀ			PROV.
TELEFONO	CELLULARE	E-MAIL		

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

 **Beneficiario generico:**

L'Assicurato conferma l'espressa volontà 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, potrà 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 potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

NOME E COGNOME			CODICE FISCALE	
NATO A	PROV.	IL	SESSO	
RESIDENTE (VIA/PIAZZA)				
CAP	CITTÀ			PROV.
TELEFONO	CELLULARE	E-MAIL		

LUOGO

DATA

FIRMA  
CLIENTE**ATTENZIONE – Diritto di Recesso**

Si ricorda che l'Assicurato può 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 inoltrerà tempestivamente alle Compagnie:

BCC Assicurazioni S.p.A. - Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) – Italia - Mail: [infore@bccassicurazioni.bcc.it](mailto:infore@bccassicurazioni.bcc.it) - Numero Verde: 800.471800

BCC Vita S.p.A. – Ufficio Assunzione e Servizio Clienti – Piazza Lina Bo Bardi 3 - 20124 Milano.

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, verrà 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 procederà, 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 procederà, 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 è finanziato, per cui la Compagnia, per il tramite della Contraente, procederà, a ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalla Contraente.