

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; Fac-Simile Modulo di Adesione;
- 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

X

Polizze Collettive n° 81080530000103 e n°100.1.001.803 - CPI Prestiti Personali New  
Cod. 0C107 – Status Occupazionale: Lavoratore Dipendente

|                        |      |                          |             |                |  |
|------------------------|------|--------------------------|-------------|----------------|--|
| TIPO DI FINANZIAMENTO  |      | CODICE DI RIFERIMENTO N° |             | DEL            |  |
| Prestito Personale     |      |                          |             |                |  |
| 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 Invalidità Totale Permanente) è pari a Euro mentre la Rata Mensile Protetta (valida per la garanzia Perdita Impiego) 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: Invalidità Totale Permanente e Decesso, e ad una Rata Mensile Protetta, corrispondente a quanto sopra indicato, valida per la garanzia Perdita di Impiego. 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 dipendente 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

X

#### 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. 28 - Indennizzo per il caso di Perdita di Impiego; Art. 30 – Esclusioni per il caso di Perdita di impiego; Art. 34 – Indennizzo per il caso di Invalidità Totale Permanente; Art. 36 – Esclusioni per il caso di Invalidità 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 aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita, ai sensi del Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR"), da BCC Vita S.p.A. tramite il documento "Informativa sulla Privacy" allegato al presente contratto che si impegna a rendere noto agli altri interessati. Con la sottoscrizione in calce, esprime dunque il proprio consenso al trattamento dei dati personali - ivi compresi quelli appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del GDPR, ove necessario per i servizi richiesti come specificato nell'informativa ricevuta - effettuato da parte della Compagnia e di tutti i soggetti diversi indicati nell'informativa, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa stessa.

LUOGO  DATA  FIRMA CLIENTE

Letta e compresa l'**Informativa sulla Privacy** "MOD Informativa Privacy generale di BCC Assicurazioni – ED. 01/2025 " (di seguito "Informativa") ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, di cui dichiaro di aver ricevuto copia e consapevole degli effetti del mancato rilascio dei consensi acconsento al trattamento di categorie Particolari di Dati Personali – cd. dati sensibili – per finalità assicurative (sez. 3.A - Trattamento dei Dati Personali per finalità assicurative dell'Informativa).

LUOGO  DATA  FIRMA CLIENTE



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

**BENEFICIARI**

**BENEFICIARI COPERTURE DANNI**

Per le Coperture Perdita di Impiego e Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia 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.: [ufficioportafooglio@bccvita.it](mailto:ufficioportafooglio@bccvita.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

X

**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: 800.316.233

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.