

CPI Prestiti Personali Web

MODULO DI ADESIONE

POLIZZA COLLETTIVA stipulata da BCC CreditoConsumo S.p.A. (Contraente) con AXA FRANCE VIE S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia)
(Adesione facoltativa riservata ai clienti di BCC CreditoConsumo S.p.A.)

Per facoltativa si intende che la sottoscrizione della presente assicurazione non è né obbligatoria né richiesta da BCC CreditoConsumo S.p.A. per ottenere il finanziamento o per ottenerlo a condizioni diverse

Numero proposta di Finanziamento (prestito)	
Importo finanziato (Capitale Assicurato Iniziale)	€

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ADERENTE/ASSICURATO

Nome e Cognome _____	Codice Fiscale _____
Data di Nascita _____	Età _____ Comune di nascita _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Comune di residenza _____	CAP _____ Prov. _____
Indirizzo di residenza _____	
Tipo di documento _____	Rilasciato da _____
Nr. documento _____	Rilasciato il _____ Scadenza il _____

DATI SULLE GARANZIE ASSICURATIVE

Garanzie	Prestazioni/Indennizzi
Decesso - (ramo Vita)	Debito Residuo del Finanziamento
Invalità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia) - (ramo danni)	Debito Residuo del Finanziamento
Malattia Grave - (ramo Danni)	Indennità Una-Tantum (sei Rate del Finanziamento in un'unica soluzione)
Decorrenza	Coincide con la data di erogazione del finanziamento
Durata in mesi (pari a quella del Finanziamento)	

PREMIO UNICO ANTICIPATO

Importo di premio (Incluse imposte)	€ _____ (di cui vita € _____ e danni € _____)
Periodicità / Modalità di Pagamento	Premio unico anticipato versato dal Contraente alla Compagnia e finanziato dal Contraente all'Aderente/Assicurato

INFORMATIVA SUI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO ASSICURATIVO

Imposte	2,5% del Premio (con esclusione della parte di premio della garanzia Vita, esente da imposte)
Costi totali sul premio	74% del premio imponibile, pari ad €
Provvigioni riconosciute per l'intermediazione/gestione del prodotto	55% del premio imponibile, pari ad €

INFORMATIVA SUL DIRITTO DI RECESSO E SUL RIMBORSO DEL PREMIO IN CASO DI ESTINZIONE

Diritto di recesso in pendenza del Periodo di Ripensamento

L'Aderente/Assicurato può recedere dal contratto entro il termine di 60 giorni dalla decorrenza dell'assicurazione (c.d. Periodo di Ripensamento). In tal caso, l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore e la Compagnia rimborserà all'Aderente/Assicurato, per il tramite del Contraente, il Premio eventualmente già versato (al lordo delle imposte in caso di recesso entro 30 giorni dall'adesione ed al netto delle imposte in caso di recesso tra il 31-esimo e il 60-esimo giorno dall'adesione). Il Premio sarà rimborsato all'Aderente/Assicurato mediante bonifico bancario oppure tramite abbattimento della rata mensile, in base a quanto comunicato dall'Aderente/Assicurato alla Contraente mediante specifico modulo.

Diritto di recesso al di fuori del Periodo di Ripensamento

In caso di recesso annuale successivamente al quinto anno di durata della polizza, all'Aderente/Assicurato sarà rimborsato dalla Compagnia – per il tramite della Contraente – l'importo di Premio (al netto delle imposte) relativo a tutte le garanzie, a decorrere dalla scadenza anniversaria successiva alla data di recesso del contratto in proporzione degli importi di premio pagati e non goduti. L'Aderente/Assicurato è tenuto ad esercitare i diritti di recesso di cui alla presente clausola sulla base di quanto indicato nel set informativo.

Estinzione totale o parziale del finanziamento

In caso di estinzione anticipata totale o parziale del finanziamento la Compagnia, per il tramite della Contraente, rimborserà all'Aderente/Assicurato il Premio pagato e non goduto al netto delle imposte (calcolato applicando la formula di rimborso di cui alle Condizioni di Assicurazione) e tratterà Euro 25,00 dall'ammontare dovuto a titolo di costi amministrativi per l'operazione di rimborso del premio.

DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DELL'INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

AVVERTENZA – Si informa l'Aderente/Assicurato del diritto di ricevere l'informativa precontrattuale della Polizza Collettiva, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa.

Io sottoscritto Aderente/Assicurato:

DICHIARO di aver ricevuto dall'intermediario, in formato cartaceo o tramite altro supporto durevole da me prescelto, la seguente documentazione pre-contrattuale:

a) Set Informativo della POLIZZA COLLETTIVA "CPI Prestiti WEB" (1-2023-00003 AXA France VIE) comprensivo di:

- Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), Documento informativo per i prodotti assicurativi (DIP Danni), Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi);
- Condizioni di Assicurazione (comprendenti di Glossario);
- Modulo di Adesione (fac-simile);
- Nota informativa privacy.

b) Documentazione precontrattuale del Distributore di cui al Reg. IVASS 40/2018: Allegato 3 (Informativa sul Distributore); Allegato 4 (Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP); solo in caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza: Allegato 4-ter (Elenco delle regole di comportamento del Distributore).

DATA

FIRMA
DELL'ADERENTE
ASSICURATO

ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA ED ALTRE DICHIARAZIONI

AVVERTENZA – L'adesione alla Polizza Collettiva è del tutto facoltativa. Per facoltativa si intende che la sottoscrizione della presente assicurazione non è né obbligatoria né richiesta da BCC CreditoConsumo S.p.A. per ottenere il finanziamento o per ottenerlo a condizioni diverse.

Io sottoscritto Aderente presto il consenso alla distribuzione ed al collocamento della polizza CPI Prestiti Personali Web e:

- **DICHIARO DI ADERIRE** alla POLIZZA COLLETTIVA "CPI Prestiti Personali Web" (1-2022-00003 AXA France VIE) **in qualità anche di Assicurato**;
- **DICHIARO** che tutte le informazioni da me rese nel presente Modulo di Adesione, e tutte le informazioni in esso contenute, sono esatte veritiere e complete, anche ai fini degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.;
- **AUTORIZZO** il Contraente a finanziare l'importo del Premio;
- **DICHIARO di accettare integralmente le Condizioni di Assicurazione contenute all'interno del Set Informativo.**

DATA

FIRMA
DELL'ADERENTE
ASSICURATO

BENEFICIARI PER IL CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE/ASSICURATO

AVVERTENZE

- Può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i suoi eredi legittimi e/o testamentari. In caso di mancata designazione nominativa, l'Impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari
- La modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata all'Impresa in forma scritta

Io sottoscritto Aderente/Assicurato, in riferimento alla garanzia Decesso (barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi)

DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I BENEFICIARIO/I

BENEFICIARIO NOMINATO N. 1

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____
 Codice Fiscale / P.IVA _____
 Residente (via/piazza) _____ Cap _____
 Città _____ Provincia _____
 Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

Relazione con il cliente

Indicare il tipo di relazione intercorrente tra aderente e beneficiario, nucleo familiare se si tratta di rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio altrimenti altro: _____

Barrare la seguente casella se si desidera escludere l'invio di comunicazioni da parte dell'Impresa al beneficiario, prima dell'evento Decesso dell'Assicurato

DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)

INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, l'Aderente/Assicurato 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 potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____
 Residente (via/piazza) _____ Cap _____
 Città _____ Provincia _____
 Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

AVVERTENZA: l'Aderente assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 679/2016), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati all'Impresa.

DATA

FIRMA
DELL'ADERENTE
ASSICURATO

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ANCHE RELATIVI ALLA SALUTE)

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy delle compagnie titolari del trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali), della quale confermo ricezione, **PRESTO IL CONSENSO** al trattamento dei miei dati personali, ivi inclusi quelli eventualmente da me conferiti in riferimento al mio stato di salute, per le finalità indicate nell'informativa, nonché alla loro comunicazione, per successivo trattamento, da parte dei soggetti indicati nella informativa predetta.

DATA

FIRMA
DELL'ADERENTE
ASSICURATO

A fronte della riduzione di Premio su coperture di durate poliennali che la Compagnia ha concesso rispetto a coperture di durata annuale, l'Aderente/Assicurato può recedere annualmente dalle garanzie a condizione che siano trascorsi almeno 5 (cinque) anni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva. Tale sconto è pari al 1%. Per coperture di durata inferiore o pari a cinque anni il recesso annuale non è quindi consentito.