

Assicurazione facoltativa CPI € \_\_\_\_\_ di cui premio vita € \_\_\_\_\_  
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 DIP comprensivo del Fascicolo Informativo, delle Condizioni di Assicurazione e del Glossario, nonché della presente Dichiarazione di Adesione che definiscono il Contratto di Assicurazione;  
• letto, compreso ed accettato le Condizioni di Assicurazione.

LI \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

FIRMA CLIENTE

**Polizze Collettive n° 81080530000103 e n° 100.1.000.803 - CPI Prestiti Personali New  
Cod. 0C108 – Status Occupazionale: Lavoratore Autonomo**

Tipo di finanziamento: PRESTITO PERSONALE Codice di riferimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Richiedente (cognome e nome) \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Tipo documento identificativo \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_  
Residente (via/piazza) \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Qualifica attività \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Gravano sull'Assicurato, in relazione alla copertura assicurativa per la durata convenuta, costi totali pari ad Euro \_\_\_\_\_ (di cui Euro \_\_\_\_\_ sono riconosciuti a favore dell'intermediario gestore 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 Inabilità 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 Fascicolo 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 sopraindicato, valida per la garanzia Inabilità Totale Permanente 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** di essere consapevole che tutte le dichiarazioni rese nel Questionario Sanitario di seguito riportate costituiscono condizione essenziale di assicurabilità e devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora tra il momento della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione alla copertura assicurativa e la data di perfezionamento del Contratto di Finanziamento intervenivano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia di Assicurazione per il tramite di BCC CreditoConsumo prima della decorrenza delle coperture assicurative, al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste;
- **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 aver risposto correttamente a tutte le domande contenute nel Questionario Sanitario con apposita firma; 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 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;
- **prende atto** che i Beneficiari in caso di Decesso sono gli eredi dell'Assicurato stesso, salvo sua diversa designazione; per tutte le altre prestazioni –Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia, Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia - il Beneficiario è l'Assicurato stesso; - si consiglia all'Assicurato di indicare alla Compagnia BCC Vita i dati anagrafici del Beneficiario o di un Referente terzo da contattare in caso di eventuale decesso, inclusi c.f. o p.iva e recapiti anche di posta elettronica. In caso di mancata indicazione, la Compagnia potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca del Beneficiario dovrà essere comunicata per iscritto alla Compagnia;
- **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.

LI \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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 del Fascicolo Informativo Vita: Art. 1 – Oggetto; Art. 7 – Rischio morte - Esclusioni e Limitazioni della garanzia; Art. 13 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative. Condizioni di Assicurazione del Fascicolo Informativo Danni: Art. 26 - Indennizzo per il caso di Inabilità Totale Temporanea; Art.28 – Esclusioni per il caso Inabilità Totale Temporanea; Art.33 – Esclusioni per il caso Perdita di Impiego; Art. 40 – Indennizzo per il caso di Invalidità Totale Permanente; Art. 42 – Esclusioni per il caso di Invalidità Totale Permanente; Art. 7 – Diritto di Recesso; Art. 5 – Rimborso del premio.

LI \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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.

LI \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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 alla Compagnia:

- Fax: 02/21072250
  - Indirizzo: BCC Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Telefono 02/466275
- 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 provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato, tramite la Finanziaria, affinché la stessa provveda alla corrispondente riduzione della rata del Finanziamento per effetto della restituzione del premio assicurativo.

**AVVERTENZA**

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

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

**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**

Ipertensione 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.

 Si  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.

 Si  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.

 Si  No**4. Malattie dimetaboliche, immunopatologiche, congenite/ereditarie, del sangue**

- HIV, qualsiasi altra malattia immunopatologica e patologie correlate
- 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, trompocitopenia idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amloidosi, ipersplenismo, emofilie.

 Si  No**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)?** Si  No**C. È titolare di una pensione di invalidità o inabilità (parziale o totale) o ha in corso pratiche per il relativo riconoscimento?** Si  NoLI FIRMA  
CLIENTE