



60000040220591001812280010

Codice D2 SI

Prodotto assicurativo

ASSICURAZIONE SUL PRESTITO E LINEA DI CREDITO

Finanziamento

Numero Pratica Finanziamento 10071465840556

Modulo di Adesione

**alle Polizze Collettive n° 5119/01 e n° 5491/02
tra Findomestic Banca SpA e Cardif Assurance Vie e Cardif Assurances Risques Divers
(copertura assicurativa FACOLTATIVA e NON NECESSARIA per ottenere il finanziamento)**

Io, Aderente

Nome e Cognome	<u>VINCENZO NIESPOLO</u>			Codice Fiscale	<u>NSPVCN87T30F839Q</u>	
Data di Nascita	<u>30/12/1987</u>	Sesso	<u>M</u>	Luogo di nascita	<u>NAPOLI</u>	
Prov.	<u>NA</u>	Cittadinanza	<u>ITALIA</u>	Professione	<u>IMPIEGATO, COMMESSO CON SOLO FISSO</u>	
Documento	<u>PATENTE</u>		Numero <u>U12E94225A</u>			
Rilasciato da / Luogo Rilascio	<u>U.C.O. ROMA</u>			Data Rilascio	<u>01/06/2018</u>	
Indirizzo di residenza	<u>VIA DUE PRINCIPATI 65</u>			Città	<u>AVELLINO</u>	
Prov.	<u>AV</u>	CAP	<u>83100</u>	Stato	<u>ITALIA</u>	
Telefono	<u>0815843261</u>		E-mail	<u>ENZOITA@LIBERO.IT</u>		
Domicilio abituale (se diverso dalla residenza)	<u>VIA DUE PRINCIPATI 65</u>			Città	<u>AVELLINO</u>	
Prov.	<u>AV</u>	CAP	<u>83100</u>	Stato	<u>ITALIA</u>	

CONFERMO

- di aver ricevuto in forma cartacea, letto, ben compreso e accettato, prima di firmare questa dichiarazione:
 - il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari (modello Allegato 3)
 - la dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario (modello Allegato 4)
 - la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni delle Polizze collettive n° 5119/01 e n. 5491/02
- che mi è stato richiesto di fornire una serie di informazioni ritenute necessarie per valutare la coerenza delle Polizze alle mie richieste ed esigenze di copertura assicurativa
- di sapere ed accettare che:
 - la garanzia Inabilità Temporanea Totale si attiverà, in luogo della garanzia Perdita d'impiego, in caso di variazione dello status di Lavoratore Dipendente Privato
 - in caso di Sinistro che interessa la garanzia Perdita d'impiego (oppure, in ipotesi di modifica dello status di Lavoratore Dipendente Privato, la garanzia Inabilità Temporanea Totale), il numero delle indennità mensili non sarà necessariamente uguale al numero delle rate del finanziamento che ancora rimangono da pagare

e, dunque, ADERISCO

alle Polizze collettive n° 5119/01 e n.° 5491/02, indicando come Assicurato me stesso/a

ATTENZIONE: costi per l'aderente

I costi totali della copertura assicurativa per ciascuna mensilità sono pari al 4,90% della somma da rimborsare mensilmente in relazione all'uso della carta revolving (di cui 68,85% riconosciuti all'intermediario). Ad esempio: se la somma mensile da rimborsare ammonta ad Euro 100,00, i costi totali ammontano a 4,90 euro, di cui 3,37 euro sono riconosciuti all'intermediario.

L'importo del Premio relativo alle singole garanzie è indicato all'art. 11.2 delle Condizioni di Assicurazione.

Firma dell'Aderente/Assicurato

Luogo AVELLINO(AV) Data 28/12/2018





Ai fini dell'efficacia dell'adesione di cui sopra, nella qualità di Assicurato

DICHIARO INOLTRE:

- **di non essere portatore di uno stato di Invalidità Permanente da malattia o infortunio di grado pari o superiore a 34%, riconosciuto da una compagnia di assicurazione o da INPS, INAIL o altro ente preposto (la dichiarazione non riguarda le Invalidità Permanenti riconosciute per patologie mentali/psichiatriche)**
- **di non ricevere una pensione di invalidità o non aver presentato domanda per ottenerla (la dichiarazione non riguarda pensioni di invalidità eventualmente riconosciutemi per patologie mentali/psichiatriche)**
- **di aver ricevuto copia dei moduli sanitari eventualmente da me firmati**
- **di essere un Lavoratore Dipendente Privato, individuato ai fini della copertura assicurativa come: Persona fisica che, in posizione subordinata, presta il proprio lavoro alle dipendenze di individui o aziende o enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, in base a un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, con un orario settimanale di almeno 16 ore. Inoltre, al momento dell'adesione, è richiesta un'anzianità minima di 6 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Privati anche i lavoratori che, in posizione subordinata, prestano il proprio lavoro, alle dipendenze di individui, aziende o enti di diritto privato, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente**
- **di non avere ricevuto nei 12 mesi antecedenti la presente adesione una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale sono stato individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione.**

ATTENZIONE: le dichiarazioni dell'Assicurato sul suo stato di salute

Le dichiarazioni non veritieri, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione.

Prima di firmare è necessario verificare che le dichiarazioni, comunicate con il questionario medico o in qualsiasi forma, siano precise e veritieri.

Anche nei casi non espressamente previsti dalle Compagnie, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il suo effettivo stato di salute. Il costo della visita di 230,00 euro è a carico dell'Assicurato (per maggiori informazioni: Servizio Clienti numero verde 800 900 780)

Firma dell'Aderente/Assicurato

Luogo AVELLINO(AV) Data 28/12/2018



CLAUSOLE VESSATORIE

L'Aderente dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni sulla copertura assicurativa e, in particolare, gli artt. 3 "A quali condizioni opera l'Assicurazione?"; 6.2 "Recesso delle Compagnie"; 8 "Quali eventi o situazioni sono esclusi dalle coperture?"; 9 "A quanto ammonta l'indennità massima per ogni garanzia?"; 10 "Chi ha diritto all'indennità in caso di sinistro?"; 12 "Come si denuncia un Sinistro?"; 13 "Quando riceverò l'indennità?".

Firma dell'Aderente/Assicurato

Luogo AVELLINO(AV) Data 28/12/2018



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Aderente/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"), dalle Rappresentanze Generali per l'Italia di Cardif Assurance Vie e Cardif Assurances Risques Divers tramite l'art. 20 delle Condizioni di Assicurazione e il documento "Informativa sulla protezione dei dati personali" ivi richiamato, che si impegna a rendere nota 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 delle Compagnie e di tutti i soggetti diversi indicati nell' informativa, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa stessa.

Firma dell'Aderente/Assicurato

Luogo AVELLINO(AV) Data 28/12/2018

