

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE DI PRESTITO ESTINGUIBILE CON CESSIONE DI PAGAMENTO DI QUOTE DI PENSIONE N:

DATI DEL CONTRATTO DI PRESTITO

Durata (mesi) _____ Decorrenza ___/___/___ Scadenza ___/___/___ Quota mensile _____,00
Numero quote mensili _____ Montante € _____,00 Premio unico anticipato a carico dell'Istituto Mutuante

ASSICURANDO (Cedente)

Nato a _____ il ___/___/___
Residente in _____ c.a.p. _____ Via _____
Età (anni compiuti) _____ C.F. _____

ISTITUTO DI PREVIDENZA che eroga la pensione dell'Assicurando _____

CONTRAENTE (Ist. bancario/finanziario che eroga il prestito) _____

BENEFICIARIO (Ist. bancario/finanziario, se diverso dal Contraente) _____

DICHIARAZIONE DELL'ASSICURANDO:

Il sottoscritto, avendo chiesto al Contraente un prestito personale da estinguersi, secondo il piano di ammortamento sopra illustrato, mediante cessione di quote di pensione ai sensi del D.P.R. del 5.1.1950 n. 180 e successive modifiche:

- dà il proprio consenso al Contraente, anche ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, alla conclusione con l'Impresa di Assicurazione Net Insurance Life S.p.A. di un contratto di assicurazione a garanzia dell'estinzione del finanziamento in caso di decesso;
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del rischio da parte di Net Insurance Life S.p.A., sono veritiere, precise e complete;
- dichiara di prosciogliere dal segreto professionale il personale medico e paramedico che sia in possesso di notizie di carattere sanitario autorizzando altresì l'Assicuratore ad essere contattato via filo dalla Società Scor Telemed S.L.U., quale mandataria degli stessi per l'integrazione dei dati sullo stato di salute. Si dà pertanto benestare ad essere contattato presso la seguente utenza telefonica _____ in fascia oraria dalle ore _____ alle ore _____ (sabato e giorni festivi esclusivi).

Data _____ L'Assicurando _____

(scegliere alternativamente una delle due opzioni)

- Dichiaro di aver ricevuto l'intera documentazione su supporto cartaceo;
- Dichiaro di aver ricevuto l'intera documentazione su supporto cartaceo e di essere disponibile a ricevere la stessa su supporto durevole in un momento successivo.

Data _____ L'Assicurando _____

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE(da sottoscrivere contrassegnando tutti i punti di seguito riportati)

Il sottoscritto conferma:

SI () NO () di essere in buono stato di salute, di non essere stato ricoverato in istituto di cura negli ultimi cinque anni (salvo che per: conseguenze traumatiche di lesione degli arti, appendicectomia, ernia inguinale, varicocele, adenotonsillectomia, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, alluce valgo, meniscectomia, chirurgia estetica, parto);

SI () NO () di non essere in attesa di ricovero, di non essere sottoposto a terapia continuativa e di non avere malattie in atto, escluse quelle stagionali;

SI () NO () di non soffrire e di non aver sofferto di tumori, ipertensione cronica, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardio, epatite, cirrosi epatica, diabete, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o neurologiche o croniche dell'apparato muscoloscheletrico, infezione da HIV;

SI () NO () di non percepire pensione o assegno d'invalidità per infortunio o malattia e di non aver presentato domanda per ottenere tali trattamenti.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del Contratto di Assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa. Prima della sottoscrizione della presente dichiarazione e, laddove prodotto, del Rapporto del Medico, è necessario quindi verificare l'esattezza delle informazioni rilasciate. Anche nei casi non espressamente previsti dalla Convenzione stipulata tra il Contraente e Net Insurance Life S.p.A., l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica, con costo a proprio carico, per certificare l'effettivo stato di salute.

Data _____ L'Assicurando _____

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE DI PRESTITO ESTINGUIBILE CON CESSIONE DI PAGAMENTO DI QUOTE DI PENSIONE N:

IL PREMIO È A CARICO DELL'ISTITUTO MUTUANTE. QUESTO NON PERCEPISCE ALCUN COMPENSO PROVVISORIO.

IL PREMIO VIENE PAGATO DAL CONTRAENTE A MEZZO BONIFICO BANCARIO.

IL CONTRAENTE CON L'INVIO DELLA PRESENTE PROPOSTA ALL'ASSICURATORE CONFERMA LA RICEZIONE DEL SET INFORMATIVO, LA PRESA VISIONE ED ACCETTAZIONE DI QUANTO IN TAL SEDE ESPRESSO.

COSTI

Età assicurativa alla scadenza dell'assicurazione	Costi di acquisizione e di gestione (in percentuale sul premio)	Incidenza sul premio delle provvigioni a intermediari di assicurazione		Spesa per rimborso premio non goduto in caso di estinzione anticipata del prestito
		%	importo	importo
fino a 80 anni	11,00%	0%	euro 0	euro 50,00
81 - 85 anni	11,00%	0%	euro 0	euro 50,00

Preso visione dell'Informativa - contenuta nel suddetto Set Informativo - resa ai sensi del Reg. Gen. Protezione Dati UE 2016/679 per le finalità e con le modalità ivi illustrate esprimo nei confronti dell'Assicuratore il mio consenso al trattamento ed al trasferimento dei dati personali, ivi compresi quelli di natura sensibile, affinché l'Assicuratore possa adempiere alle obbligazioni contrattuali, fornendo la copertura assicurativa.

Data _____ L'Assicurando _____

ESPRIMO **NEGO** altresì nei confronti di Net Insurance Life S.p.A. il mio consenso al trattamento di dati personali comuni per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi.

Data _____ L'Assicurando _____

copia Cedente