

## PROPOSTA DI ASSICURAZIONE DI PRESTITO ESTINGUIBILE CON CESSIONE DI PAGAMENTO DI QUOTE DI STIPENDIO N:

**CESSIONE**       **DELEGA**

### 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/Delegante

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

**ENTE/AZIENDA** di cui l'Assicurato è lavoratore dipendente \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_

**CONTRAENTE** (Ist. bancario/finanziario che eroga il prestito) \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO** (Ist. bancario/finanziario, se diverso da Contraente) \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE DELL'ASSICURANDO:

Il sottoscritto, avendo chiesto al Contraente un prestito personale da estinguersi, secondo il piano di ammortamento sopra illustrato, mediante cessione/delegazione di pagamento di quote di stipendio ai sensi del D.P.R. del 5.1.1950 n. 180 e successive modifiche/ai sensi degli artt. 1269 e 1723 II co. C.C.:

- dà il proprio consenso al Contraente, anche ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, alla conclusione con Net Insurance Life S.p.A. (più avanti l'"Assicuratore") 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 dell'Assicuratore sono veritiere, precise e complete;
- dichiara di prosciogliere dal segreto professionale i medici e gli istituti di cura che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che riguardino il sottoscritto, autorizzando fin da ora l'Assicuratore all'acquisizione di copia di cartelle cliniche di degenza e di accertamenti medici;

### (scegliere alternativamente una delle due opzioni)

- Dichiara di aver ricevuto l'intera documentazione su supporto cartaceo;**
- Dichiara 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, appendicetomia, 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 superiore al 20% per infortunio o malattia e di non avere presentato domanda per ottenere tali trattamenti;

**SI** ( ) **NO** ( ) di essere attivo sul posto di lavoro e di esserlo stato negli ultimi 12 mesi;

**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 l'Assicuratore 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 STIPENDIO N:

IL PREMIO É 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 65 anni	20,00%	0%	euro 0	euro 50,00
66 - 75 anni	15,00%	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 di Net Insurance Life S.p.A. e della controllante Net Insurance S.p.A. il mio consenso al trattamento ed al trasferimento dei dati personali, ivi compresi quelli di natura sensibile, affinché possano adempiere alle obbligazioni contrattuali, fornendo la copertura assicurativa.

DATA \_\_\_\_\_ L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

**ESPRIMO**  **NEGO** altresì nei confronti dell'Assicuratore il mio consenso al trattamento di dati personali comuni per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi.

DATA \_\_\_\_\_ L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_