

MODULO DI PROPOSTA FACOLTATIVA DELL'ADERENTE/ASSICURATO

alla Polizza Collettiva N° _____ <nome commerciale>

PROPOSTA DI ADESIONE N° _____

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE:

A. DATI ADERENTE/ASSICURATO

COGNOME E NOME	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
CODICE FISCALE	<input style="width: 25%;" type="text"/>	NATO IL	<input style="width: 25%;" type="text"/> SESSO <input style="width: 25%;" type="text"/>
CITTÀ	<input style="width: 50%;" type="text"/>	PROV.	<input style="width: 10%;" type="text"/> NAZIONE <input style="width: 15%;" type="text"/>
RESIDENTE IN	<input style="width: 70%;" type="text"/>		CAP <input style="width: 15%;" type="text"/>
CITTÀ	<input style="width: 50%;" type="text"/>	PROV.	<input style="width: 10%;" type="text"/> NAZIONE <input style="width: 15%;" type="text"/>
DOMICILIO IN	<input style="width: 70%;" type="text"/>		CAP <input style="width: 15%;" type="text"/>
CITTÀ	<input style="width: 50%;" type="text"/>	PROV.	<input style="width: 10%;" type="text"/> NAZIONE <input style="width: 15%;" type="text"/>
DOCUMENTO DI IDENTITÀ	<input style="width: 30%;" type="text"/>	N°	<input style="width: 30%;" type="text"/>
ENTE DI RILASCIO	<input style="width: 25%;" type="text"/>	EMISSIONE	<input style="width: 25%;" type="text"/> SCADENZA <input style="width: 15%;" type="text"/>
CITTÀ	<input style="width: 50%;" type="text"/>	PROV.	<input style="width: 10%;" type="text"/> NAZIONE <input style="width: 15%;" type="text"/>
TEL.	<input style="width: 25%;" type="text"/>	E-MAIL	<input style="width: 50%;" type="text"/>

B. DATI CONTRATTO DI PRESTITO

ISTITUTO	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Prestito nuovo			
DURATA	<input style="width: 20%;" type="text"/> mesi	DURATA PREAMMORTAMENTO	<input style="width: 20%;" type="text"/> mesi
IMPORTO EROGATO	<input style="width: 90%;" type="text"/> €		

C. DATI RELATIVI AL PACCHETTO ASSICURATIVO SCELTO E AL CAPITALE ASSICURATO

Si riportano di seguito i pacchetti sottoscrivibili in funzione dell'età dell'Aderente/Assicurato, della tipologia di attività svolta, nonché delle esigenze espresse nel Questionario per la valutazione della coerenza del contratto con le esigenze assicurative del cliente.

MODULO INFORTUNI E MALATTIA	
PACCHETTO	COPERTURE ASSICURATIVE
PACCHETTO <_>	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;">     </div> <div> <input type="checkbox"/> DECESSO da infortunio e malattia <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da infortunio e malattia <input type="checkbox"/> INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA da infortunio e malattia <input type="checkbox"/> PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA </div> </div>

MODULO INFORTUNI	
PACCHETTO	COPERTURE ASSICURATIVE
PACCHETTO <_>	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;">     </div> <div> <input type="checkbox"/> DECESSO da infortunio <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da infortunio <input type="checkbox"/> INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA da infortunio <input type="checkbox"/> PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA </div> </div>

AVVERTENZA: La Compagnia si riserva di accettare la proposta di adesione al Modulo Infortuni e Malattia (Pacchetti A, B o C) ovvero al Modulo Infortuni (Pacchetti D, E o F) nei casi in cui ciò sia richiesto dall'Aderente/Assicurato e previsto dal Contratto nonché la facoltà di rifiutare del tutto la proposta di adesione.

LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTENUTO DELLA LETTERA DI CONFERMA INVIATA DALLA COMPAGNIA IN CASO DI ACCETTAZIONE DELLA PROPOSTA DI ADESIONE

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE	<input style="width: 90%;" type="text"/> €
------------------------------	--

D. DATI RELATIVI AL PREMIO

Premio unico (Modulo Infortuni e Malattia - Pacchetto <_>)

PREMIO UNICO LORDO* € _____ di cui imposte € _____

*Comprensivo di costi di emissione pari a € <costi di emissione>.

Costi complessivi** € _____ di cui importo percepito dalla rete di distribuzione € _____

**già compresi nel premio lordo

Premio unico (Modulo Infortuni - Pacchetto <_>)

PREMIO UNICO LORDO* € _____ di cui imposte € _____

*Comprensivo di costi di emissione pari a € <costi di emissione>.

Costi complessivi** € _____ di cui importo percepito dalla rete di distribuzione € _____

**già compresi nel premio lordo

AVVERTENZA: La Compagnia, in caso di accettazione della proposta, provvederà ad addebitare il premio relativo al pacchetto assicurativo indicato all'interno della Lettera di Conferma.

E. DICHIARAZIONI DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

L'Aderente/Assicurato:

PRENDE ATTO

- la documentazione precontrattuale (Set Informativo) e contrattuale (Modulo di Proposta e Lettera di Conferma), nonché le comunicazioni in corso di contratto, vengano trasmesse, ovvero consegnate, all'Aderente in formato cartaceo;
- che la validità della presente Proposta di Adesione è subordinata alla compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico;
- che l'adesione e l'attivazione del Modulo "Infortuni" è possibile, previa espressa richiesta dell'Aderente/Assicurato, solo nei casi di impossibilità di adesione Modulo "Infortuni e Malattia" per effetto del mancato rispetto dei limiti anagrafici e dei limiti assuntivi previsti per tale modulo;
- che la presente Proposta di Adesione ha una validità pari a <_> giorni;
- che la Polizza si perfeziona con l'emissione della Lettera di Conferma della Compagnia, quale accettazione della presente Proposta di Adesione;
- che la Polizza decorre dalle ore 24 della data riportata nella Lettera di Conferma, fermo restando che l'efficacia della stessa è subordinata al pagamento del premio;
- che è in ogni caso possibile **recedere dalle coperture assicurative entro 60 giorni dalla decorrenza della Polizza** (indicata nella Lettera di Conferma), ottenendo il rimborso totale del premio versato, al netto del costo di emissione e delle imposte versate, inviando la comunicazione tramite e-mail o lettera raccomandata a.r. indirizzata a CNP Assurances S.A., Via Bocchetto 6 – 20123 Milano – portafoglio@cnpitalia.it;
- che la Compagnia, in caso di rimborso del premio pagato e non goduto a seguito di estinzione anticipata parziale e totale, ovvero nei casi trasferimento o di accollo del contratto di Prestito, tratterà un costo pari a € <_> a titolo di rimborso delle spese sostenute per l'operazione;
- che in virtù della pluriennialità del contratto, è stata riconosciuta una riduzione del premio pari al <_>% rispetto alla tariffa annuale di riferimento; pertanto, ai sensi dell'Art. 1899 c.c., il recesso in corso di contratto, non è consentito nei primi 5 anni dalla decorrenza del Contratto di Assicurazione;
- delle seguenti **AVVERTENZE: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese sulle informazioni e i dati richiesti per la valutazione del rischio assicurativo, possono compromettere il diritto alla prestazione; b) per certificare il proprio stato di salute, può richiedere anche di essere sottoposto a visita medica, prendendo atto che il costo di tale visita sarà interamente a carico dell'Aderente/Assicurato e può variare a seconda della struttura sanitaria prescelta.**

DICHIARA ESPRESSAMENTE

- di voler aderire alla Polizza Collettiva in oggetto;
- **di essere stato informato che l'adesione alla Polizza Collettiva è FACOLTATIVA e che la concessione del Prestito non è subordinata all'adesione alla stessa;**
- **di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione ovvero erogazione del Prestito richiesto o di mancato assenso da parte della Compagnia, le coperture richieste non saranno attivate;**
- di essere residente in Italia;
- di non esercitare una delle seguenti attività professionali pericolose: Acrobata; Domatore; Addestratore di animali operante in circhi o spettacoli; Addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza limitatamente, in entrambi i casi, alle categorie: artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali; Artista controfigura; Stuntman; Pilota di mezzi aerei; Equipaggio di mezzi aerei; Istruttore di volo; Pilota professionista (competizioni automobilistiche, motociclistiche e motoristiche in genere e relativi allenamenti); Addetto di impianti di energia nucleare; Collaudatore di veicoli, motoveicoli, aeromobili; Addetto al soccorso alpino e speleologico; Fabbriante o utilizzatore di esplosivi, inclusi fuochi di artificio; Fabbriante o utilizzatore di gas, sostanze gassose o sostanze venefiche, nocive o tossiche; Fabbriante di armi; Operaio/addetto su piattaforme

petrolifere; Sommozzatore; Speleologo; Addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi); Palombaro;

- in caso di scelta del pacchetto B ovvero del pacchetto E, di essere Dipendente di Azienda privato con contratto disciplinato dalla legge italiana e di almeno 16 ore settimanali;
- che tutte le informazioni fornite e contenute nel presente Modulo di Proposta, nel Questionario Sanitario ovvero nel Questionario Medico, anche se materialmente inserite da altri, sono complete ed esatte.

F. MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

A fronte delle coperture assicurative previste dal Contratto di Assicurazione è dovuto dall'Aderente/Assicurato un Premio unico, il cui importo viene versato alla Compagnia da parte del Distributore. Successivamente, quest'ultimo provvede all'addebito del premio sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato, in frazioni mensili di uguale entità in coincidenza con le scadenze della rate del Prestito previste dal piano di ammortamento, senza maggiorazione di interessi

G. BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DALLE COPERTURE ASSICURATIVE

AVVERTENZA: IN CASO DI MANCATA INDICAZIONE DEI DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO OVVERO DEL REFERENTE TERZO, LA COMPAGNIA POTRÀ INCONTRARE MAGGIORI DIFFICOLTÀ NELL'IDENTIFICAZIONE E NELLA RICERCA DEL BENEFICIARIO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO.

L'Aderente/Assicurato designa come Beneficiario/i della copertura assicurativa Decesso:

- Gli eredi testamentari o, in mancanza, gli eredi legittimi in parti uguali
- I seguenti soggetti in forma nominata:

BENEFICIARIO 1

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE / P.IVA DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE

CITTÀ PROV. NAZIONE

RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN CAP

TEL. E-MAIL % BENEFICIO

BENEFICIARIO 2

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE / P.IVA DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE

CITTÀ PROV. NAZIONE

RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN CAP

TEL. E-MAIL % BENEFICIO

BENEFICIARIO 3

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE / P.IVA DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE

CITTÀ PROV. NAZIONE

RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN CAP

TEL. E-MAIL % BENEFICIO

BENEFICIARIO 4

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE / P.IVA DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE

CITTÀ PROV. NAZIONE

RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN CAP

TEL. E-MAIL % BENEFICIO

BENEFICIARIO 5

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE / P.IVA DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE

CITTÀ PROV. NAZIONE

RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN CAP

TEL. E-MAIL % BENEFICIO

L'Aderente/Assicurato autorizza l'invio di comunicazioni al Beneficiario prima della data del decesso SI NO

POLIZZA COLLETTIVA N°

PROPOSTA DI ADESIONE N°

H. DICHIARAZIONE DI NOMINA DI UN REFERENTE TERZO

L'Aderente/Assicurato, per esigenze specifiche di riservatezza, dichiara di voler indicare il seguente Referente Terzo diverso dal Beneficiario a cui la Compagnia può fare riferimento in caso di decesso: SÌ NO

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE
 CODICE FISCALE / P.IVA DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE
 CITTÀ PROV. NAZIONE
 RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN CAP
 TEL. E-MAIL

Data

Firma Aderente/Assicurato

(Per le sezioni A, B, C, D, E, F, G, H)

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE E CONTRATTUALE

L'Aderente/Assicurato dichiara:

- di aver RICEVUTO in tempo utile prima della sottoscrizione e LETTO il Set Informativo contenente il DIP Vita, DIP Danni, DIP Aggiuntivo Multirischi, le Condizioni di Assicurazione il Fac-simile del Modulo di Proposta, l'Informativa sul trattamento dei dati personali e il Modulo di Denuncia sinistri;
- di aver COMPRESO e ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione contenute nella documentazione consegnata.

Data

Firma Aderente/Assicurato

Le coperture assicurative fornite operano in via alternativa e non sono cumulabili tra loro. L'indennizzo versato dalla Compagnia per una copertura assicurativa non può mai cumularsi con l'indennizzo relativo ad un'altra copertura assicurativa. In particolare:

- > l'indennizzo della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente non è cumulabile con l'indennizzo della copertura assicurativa Decesso;
- > l'indennizzo della copertura assicurativa Decesso o Invalidità Totale Permanente non è cumulabile con la contemporanea liquidazione della prestazione mensile delle coperture assicurative Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego.

Eventuali indennizzi già corrisposti saranno detratti dall'ammontare totale dell'indennizzo stesso.

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

AI SENSI DEGLI ARTT. 1341 E 1342 DEL C.C. L'ADERENTE/ASSICURATO DICHIARA DI APPROVARE SPECIFICAMENTE LE SEGUENTI CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE: ART. 2 REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ), ART. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO, ART. 4 ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI, ART. 7 COME POTERSI ASSICURARE, ART. 10 DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE, ART. 11 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 12 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 15 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ, ART. 25 CLAUSOLA LIBERATORIA, ART. 27 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO E DA MALATTIA, ART. 28 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA, ART. 29 COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA, ART. 30 COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO, ART. 32 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO, ART. 33 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO ART. 34 COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO, ART. 35 COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO, ART. 37 ESCLUSIONI, ART. 37.1 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE, ART. 37.2 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ LAVORATIVE PERICOLOSE.

Data

Firma Aderente/Assicurato

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Come illustrato nell'informativa contenuta nel Set Informativo a lei consegnato dal Distributore, la Compagnia ha la necessità di utilizzare alcuni suoi dati soggetti a trattamento speciale, e riguardanti il suo stato di salute, per le finalità di:

- 1) gestione del rapporto contrattuale (Polizza assicurativa) e dei conseguenti adempimenti anche normativi;
- 2) valutazione del rischio in fase di assunzione della copertura assicurativa;
- 3) comunicazione a terzi e a destinatari;
- 4) sicurezza informatica.

Pertanto, le chiediamo di prestare il consenso al trattamento di tali dati personali, nello specifico "dati particolari", per le suddette finalità, apponendo la sua firma in calce alla presente dichiarazione.

Data

Firma Aderente/Assicurato