

MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento:

Assicurazione abbinata ai prestiti personali rimborsabili tramite:	
<input type="checkbox"/> CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita	<input type="checkbox"/> DELEGAZIONE DI PAGAMENTO Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita

ASSICURANDO

Cognome e nome nato il

a..... e residente a..... Prov..... CAP.....

indirizzo n°..... sesso Codice Fiscale

..... Tipo documento n°..... luogo di rilascio

..... Prov data .../.../..... Amministrazione da cui dipende

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI DELLA SINGOLA POSIZIONE ASSICURATA

PRESTAZIONE:

La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla morte dell'Assicurato, le rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste insolte, con scadenza successiva all'evento. In luogo delle rate di rendita il Beneficiario avrà la facoltà di chiedere la liquidazione del debito residuo, al momento dell'evento, relativo al finanziamento contratto al netto di eventuali rate insolte alla stessa data.

DURATA E DECORRENZA:

La garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento e ha durata pari a quella del rapporto di finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 120 mesi.

BENEFICIARIO

Beneficiario delle prestazioni è il Contraente.

INFORMAZIONI ALL'ASSICURANDO

Si informa l'Assicurando che:

- ha il diritto di richiedere le Condizioni di assicurazione alla Società. Le stesse sono consultabili sul sito internet:

- ha il diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso alle aree riservate.

Avvertenza: l'Istituto erogante il finanziamento non percepisce alcun compenso provvigionale. Il premio viene pagato dal Contraente tramite bonifico bancario.

AVVERTENZE:

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
- Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso.
- L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

1. Il sottoscritto, avendo richiesto un finanziamento a **presta il proprio consenso, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1919 c.c. alla conclusione del presente contratto sulla sua vita da parte del Contraente**, nel quale l'Ente erogante il finanziamento rivestirà la qualifica di Contraente/Beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
2. Il Sottoscritto, inoltre, dichiara:
 - che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto ed in tutti i documenti, necessari alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
 - di fornire, nei casi espressamente previsti, il questionario anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia secondo quanto indicato all'art. 4 delle condizioni di assicurazione;
 - di essere a conoscenza che in caso di mancato assenso da parte delle Società la copertura non sarà attivata;
 - di delegare irrevocabilmente la Società (ex art. 1723, 2 c., c.c.), ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 e anche specificamente per l'ipotesi di proprio decesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause della sua morte presso qualsiasi professionista o Ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Data

Firma

QUESTIONARIO SANITARIO

1. Dichiaro di essere in buono stato di salute e di non soffrire o di non aver sofferto di: attacco ischemico transitorio, cardiopatia ischemica, ictus, infarto miocardio, tumori(*), ipertensione cronica, 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

() Le chiediamo di non fornire informazioni se il trattamento attivo di una malattia oncologica si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni o da più di 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni, ai sensi della legge n. 193 del 7 dicembre 2023. Sono previsti termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni.*

2. Dichiaro di non essere o di non essere stato titolare di pensione di invalidità, di pensione di inabilità, di rendita INAIL?

SI NO

3. Dichiaro di non essermi assentato dal proprio posto di lavoro per più di trenta giorni consecutivi negli ultimi sei mesi per malattie, infortuni o altre cause?

SI NO

Data

Firma.....