



Net Insurance Life S.p.A.
Società soggetta a direzione e
coordinamento di Net Insurance S.p.A.
Sede Legale Via Giuseppe Antonio
Guattani, 4 - 00161 Roma
Tel. 06 89326.1 - Fax 06 89326.800
C.P. 6252 - 00195 Roma Prati

www.netinsurancelife.it
e mail: info@netinsurancelife.it - pec: netinsurancelife@pec.netinsurancelife.it
Capitale Sociale € 15.000.000 i.v. - Società per Azioni con unico socio - C.F. ed Iscrizione al Registro delle
Imprese di Roma n. 09645901001. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nel Ramo Vita I
di cui al Provvedimento IVASS n.2591 del 14.02.2008 - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00164 -
Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi IVASS n.23 n. REA RM 1178765



AXA France Vie
Sede Legale e Generale
Terrasses de l'Arche, 313
92727 Nanterre Cedex, Francia
Tel. +33 140506070

www.axa-creditor.com

Capitale Sociale € 3.617.803 i.v. - Iscrizione al Registro di commercio delle Imprese di Nanterre n. 310499959
Impresa autorizzata ad operare in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi con Provvedimento ISVAP (Istituto
per la vigilanza sulle assicurazioni private di interesse collettivo) ai sensi dell'Articolo 24 del D.Lgs. 209/2005 con
provvedimento emesso il 20 febbraio 2006 per le garanzie in caso di Decesso e Inabilità temporanea totale da
Infortunio o Malattia.

réinventons / notre métier

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE DI PRESTITO ESTINGUIBILE CON CESSIONE 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 _____
con sede in _____

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 Net Insurance Life S.p.A. e AXA France Vie S.A. (più avanti gli "Assicuratori") di un contratto di assicurazione a garanzia dell'estinzione del finanziamento in caso di decesso;
- dichiara di aver ricevuto il Fascicolo Informativo (Mod. NL/0021/1), contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario e la Proposta di Assicurazione, di averne preso visione e di accettare tale documento come parte integrante del Contratto di Assicurazione e del Contratto di Prestito;
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del rischio da parte degli Assicuratori 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 gli Assicuratori ad essere contattato via filo dalla Società Scor TeleMed, 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 esclusi).

Data, _____ **L'Assicurando** _____

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE: il sottoscritto conferma:

- SÌ () 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);
- SÌ () 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;
- SÌ () NO ()** di non soffrire e di non aver sofferto di tumori, ipertensione cronica, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, diabete, malattie renali o genitourinarie croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o neurologiche o croniche dell'apparato muscoloscheletrico, infezione da HIV;
- SÌ () 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 gli Assicuratori, 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** _____

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 FASCICOLO 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	
fino a 65 anni	20,0%	5%	euro _____	euro 50,00
66-80 anni	15,0%	5%	euro _____	euro 50,00
81-85 anni	13,0%	5%	euro _____	euro 50,00

Preso visione dell'Informativa - allegata ai suddetti Fascicoli Informativi - 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 degli Assicuratori il mio consenso al trattamento di dati personali comuni per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi.

Data, _____ **L'Assicurando** _____



Mod. NL/0021/2 - COASS30- Deutsche - Ed. 05.2018
Data ultima compilazione: 2 Maggio 2018

copia Cedente



Net Insurance Life S.p.A.
Società soggetta a direzione e
coordinamento di Net Insurance S.p.A.
Sede Legale Via Giuseppe Antonio
Guattani, 4 - 00161 Roma
Tel. 06 89326.1 - Fax 06 89326.800
C.P. 6252 - 00195 Roma Prati

www.netinsurancelife.it
e mail: info@netinsurancelife.it - pec: netinsurancelife@pec.netinsurancelife.it
Capitale Sociale € 15.000.000 i.v. - Società per Azioni con unico socio - C.F. ed Iscrizione al Registro delle
Imprese di Roma n. 09645901001. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nel Ramo Vita I
di cui al Provvedimento IVASS n.2591 del 14.02.2008 - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00164 -
Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi IVASS n.23 n. REA RM 1178765



AXA France Vie
Sede Legale e Generale
Terrasses de l'Arche, 313
92727 Nanterre Cedex, Francia
Tel. +33 140506070

www.axa-creditor.com

Capitale Sociale € 3.617.803 i.v. - Iscrizione al Registro di commercio delle Imprese di Nanterre n. 310499959
Impresa autorizzata ad operare in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi con Provvedimento ISVAP (Istituto
per la vigilanza sulle assicurazioni private di interesse collettivo) ai sensi dell'Articolo 24 del D.Lgs. 209/2005 con
provvedimento emesso il 20 febbraio 2006 per le garanzie in caso di Decesso e Inabilità temporanea totale da
Infortunio o Malattia.

réinventons / notre métier

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE DI PRESTITO ESTINGUIBILE CON CESSIONE 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 _____
con sede in _____

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 Net Insurance Life S.p.A. e AXA France Vie S.A. (più avanti gli "Assicuratori") di un contratto di assicurazione a garanzia dell'estinzione del finanziamento in caso di decesso;
- dichiara di aver ricevuto il Fascicolo Informativo (Mod. NL/0021/1), contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario e la Proposta di Assicurazione, di averne preso visione e di accettare tale documento come parte integrante del Contratto di Assicurazione e del Contratto di Prestito;
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del rischio da parte degli Assicuratori 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 gli Assicuratori ad essere contattato via filo dalla Società Scor TeleMed, 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 esclusi).

Data, _____ **L'Assicurando** _____

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE: il sottoscritto conferma:

- SÌ () 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);
- SÌ () 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;
- SÌ () NO ()** di non soffrire e di non aver sofferto di tumori, ipertensione cronica, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, diabete, malattie renali o genitourinarie croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o neurologiche o croniche dell'apparato muscoloscheletrico, infezione da HIV;
- SÌ () 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 gli Assicuratori, 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** _____

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 FASCICOLO 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	
fino a 65 anni	20,0%	5%	euro _____	euro 50,00
66-80 anni	15,0%	5%	euro _____	euro 50,00
81-85 anni	13,0%	5%	euro _____	euro 50,00

Preso visione dell'Informativa - allegata ai suddetti Fascicoli Informativi - 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 degli Assicuratori il mio consenso al trattamento di dati personali comuni per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi.

Data, _____ **L'Assicurando** _____



Mod. NL/0021/2 - COASS30- Deutsche - Ed. 05.2018
Data ultima compilazione: 2 Maggio 2018

copia Contraente

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE DI PRESTITO ESTINGUIBILE CON CESSIONE 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 _____
con sede in _____

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 Net Insurance Life S.p.A. e AXA France Vie S.A. (più avanti gli "Assicuratori") di un contratto di assicurazione a garanzia dell'estinzione del finanziamento in caso di decesso;
- dichiara di aver ricevuto il Fascicolo Informativo (Mod. NL/0021/1), contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario e la Proposta di Assicurazione, di averne preso visione e di accettare tale documento come parte integrante del Contratto di Assicurazione e del Contratto di Prestito;
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del rischio da parte degli Assicuratori 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 gli Assicuratori ad essere contattato via filo dalla Società Scor TeleMed, 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 esclusi).

Data, _____ **L'Assicurando** _____

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE: il sottoscritto conferma:

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

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 FASCICOLO 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	
fino a 65 anni	20,0%	5%	euro _____	euro 50,00
66-80 anni	15,0%	5%	euro _____	euro 50,00
81-85 anni	13,0%	5%	euro _____	euro 50,00

Preso visione dell'Informativa - allegata ai suddetti Fascicoli Informativi - 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 degli Assicuratori il mio consenso al trattamento di dati personali comuni per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi.

Data, _____ **L'Assicurando** _____

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE DI PRESTITO ESTINGUIBILE CON CESSIONE 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 _____
con sede in _____

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 Net Insurance Life S.p.A. e AXA France Vie S.A. (più avanti gli "Assicuratori") di un contratto di assicurazione a garanzia dell'estinzione del finanziamento in caso di decesso;
- dichiara di aver ricevuto il Fascicolo Informativo (Mod. NL/0021/1), contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario e la Proposta di Assicurazione, di averne preso visione e di accettare tale documento come parte integrante del Contratto di Assicurazione e del Contratto di Prestito;
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del rischio da parte degli Assicuratori 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 gli Assicuratori ad essere contattato via filo dalla Società Scor TeleMed, 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 esclusi).

Data, _____ **L'Assicurando** _____

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE: il sottoscritto conferma:

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

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 FASCICOLO 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	
fino a 65 anni	20,0%	5%	euro _____	euro 50,00
66-80 anni	15,0%	5%	euro _____	euro 50,00
81-85 anni	13,0%	5%	euro _____	euro 50,00

Preso visione dell'Informativa - allegata ai suddetti Fascicoli Informativi - 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 degli Assicuratori il mio consenso al trattamento di dati personali comuni per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi.

Data, _____ **L'Assicurando** _____