MODULO DI ADESIONE - Convenzione n°5500145 - all'assicurazione temporanea per il caso di morte a premio unico e capitale decrescente mensilmente per collettività predeterminate collegata al rimborso di un prestito mediante cessione di quote della pensione

ai sensi del D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive modifiche e integrazioni

(prima della sottoscrizione si raccomanda all'Assicurando di leggere le avvertenze, compilare integralmente e verificare l'esattezza delle dichiarazioni)

Il presente Modulo di Adesione deve essere compilato e sottoscritto anche dal Debitore/Assicurando che NON ADERISCE volontariamente all'assicurazione collettiva – ma viene in essa inserito dal Contraente il quale sostiene l'onere del premio. In tal caso il presente Modulo deve intendersi come **Modulo per l'inserimento in Assicurazione.**

Contraente	Codice Fiscale
MCE FINANCE S.p.A.	**08969851008**

DEBITORE/ ASSICURANDO

Io sottoscritto (Cognome e Nome) _____ **nato il** ___/___/_____

a _____ **Prov** _____ **Codice Fiscale** _____

CARATTERISTICHE DEL PRESTITO

Montante lordo €	Data decorrenza	Durata (mesi)
	___/___/_____	

prendo atto che il beneficio per l'assicurazione in caso morte è attribuito in Convenzione in favore del CONTRAENTE.
La decorrenza dell'assicurazione è coincidente con la data di decorrenza del prestito, fermo restando quanto disciplinato all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.
Il premio unico per l'assicurazione è pari ad € _____
I costi del premio assicurativo effettivamente sostenuti dal Contraente sono pari al 14% del premio unico e sono comprensivi della quota a favore dell'intermediario pari al 7% del premio pagato.
In caso di estinzione anticipata totale, di trasferimento o di rinegoziazione del prestito, in base all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione è previsto il rimborso al Contraente della parte di premio pagata e non goduta. La Società trattiene dall'importo rimborsato il Costo fisso pari a Euro 25,00 per l'operazione di risoluzione della posizione individuale a seguito di anticipata estinzione totale, di trasferimento o di rinegoziazione.

Il Debitore/ Assicurato ha diritto di richiedere alla Società le Condizioni di Assicurazione.

Informativa in tema di disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche

La Legge del 7 dicembre 2023 n. 193 (la "Legge"), entrata in vigore il 2 gennaio 2024, ha introdotto il cosiddetto "diritto all'oblio oncologico", il quale prevede che in fase di stipulazione o successivamente, nonché in caso di rinnovo di un contratto assicurativo, l'assicurando non è tenuto a fornire informazioni né subire indagini relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età compiuti) alla data della richiesta.
Le suddette informazioni non possono essere acquisite neanche da fonti diverse dall'assicurando e qualora fossero già note alla Società, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali. Nei casi previsti dalla Legge, nessuna visita medica o accertamento sanitario può inoltre essere richiesto all'assicurando in relazione alla pregressa patologia oncologica.

Consenso al trattamento dei dati personali, appartenenti a categorie particolari, per finalità assicurative

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto, e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa.

IL DEBITORE/ ASSICURANDO_____

Ai fini del mio inserimento da parte del Contraente nell'assicurazione collettiva di cui alla presente Convenzione:

- **dichiaro di aver preso visione delle avvertenze che seguono da tenere in considerazione al momento della compilazione della dichiarazione di buono stato di salute o del questionario sanitario (quando previsto in Convenzione):**
  a) **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni e richieste per l'inserimento in assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;**
  b) **prima della sottoscrizione del questionario (ove previsto) o della dichiarazione di buono stato di salute, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate;**
  c) **il Debitore/ Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico**

- **acconsento** a norma del disposto dell'articolo 1919 del Codice Civile all'assicurazione medesima;
- **dichiaro** altresì di impegnarmi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto;
- **prosciolgo dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono o potranno avermi curato o visitato ai quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.**

DATA_____ **IL DEBITORE/ ASSICURANDO**_____