

Mod RFF 10/2018
RCL Life Ltd, iscritta nel Registro delle Imprese di Malta al n. C45787 per la componente vita della polizza e RCI Insurance Ltd, iscritta nel Registro delle Imprese di Malta al n. C45786, per la componente non vita della polizza, entrambe con sede legale Level 3, Mercury Tower, The Exchange Financial & Business Centre, 170, Eira Zammit, St Julian's STJ 3155, Malta - Tel: +356 25599 3000 Fax: +356 25599 3002. RCI Life Ltd e RCI Insurance Ltd sono autorizzate all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento n. 1100951 del 3 gennaio 2009. e ammesse ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi rispettivamente con provvedimento ISVAP n. 1100950 e n. 1100951 del 3 gennaio 2009.
Sito internet: https://www.rci-insurance.eu/informazioni/compilanti



MODULO DI ADEGUATEZZA E DI ADESIONE. ASSICURAZIONE A GARANZIA DEL CREDITO "FINANZIAMENTO PROTETTO"
Edizione 10/2018

Concessionario	N° Proposta	N° Contratto

DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome /Rag.Sociale _____ Nome _____ C.F./Part. I.V.A. _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____ Tel Abitazione _____ Tel Cell _____

Indirizzo _____ Città _____ Prov. _____ Cap _____

E-mail _____ @ _____ Residenza (se diversa dal domicilio) _____ Città _____ Pv. _____

Occupazione attuale: Dipendente Autonomo Pensionato Casalinga Studente Altro : _____

Azienda _____ Indirizzo _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____ Anzianità di servizio _____ Reddito Mensile netto _____

Stato Civile: Coniugato/a Cel/Nubile Sep/Div Vedovo/a Convivente **Abitazione:** Proprietà Affitto Altro

All'indirizzo da anni: _____ **Nucleo Familiare:** N° persone _____ di cui con reddito proprio _____

Per Società: R.E.A. _____ Capitale Sociale _____ Anno costituzione _____ Settore attività _____

DATI DEL COOBLIGATO

Cognome /Rag.Sociale _____ Nome _____ C.F./Part. I.V.A. _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____ Tel Abitazione _____ Tel Cell _____

Indirizzo _____ Città _____ Prov. _____ Cap _____

E-mail _____ @ _____ Residenza (se diversa dal domicilio) _____ Città _____ Pv. _____

Occupazione attuale: Dipendente Autonomo Pensionato Casalinga Studente Altro : _____

Azienda _____ Indirizzo _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____ Anzianità di servizio _____ Reddito Mensile netto _____

Stato Civile: Coniugato/a Cel/Nubile Sep/Div Vedovo/a Convivente **Abitazione:** Proprietà Affitto Altro

All'indirizzo da anni: _____ **Nucleo Familiare:** N° persone _____ di cui con reddito proprio _____

Rapporto con il richiedente: Familiare convivente Familiare non convivente Altro _____

OGGETTO DEL FINANZIAMENTO

Marca _____ Modello/CC _____ Tipo veicolo: Nuovo Usato

Prezzo Acquisto Veicolo € _____ Mese/Anno di fabbricazione _____ / _____

Importo totale credito € _____ Targa o Telaio _____

Durata del finanziamento in mesi _____

Importo Mensile Fin. Protetto € _____

Prontuario _____
TAN % _____ TAEG _____ %

QUESTIONARIO DI ADEGUATEZZA

1. Intendo attivare una copertura assicurativa per le necessità che potrebbero emergere prima della scadenza di questo contratto di finanziamento **SI** **NO**

2. Confermo di non aver già sottoscritto altre assicurazioni relative ai rischi sulla persona collegate al finanziamento, ad oggi ancora operanti e la cui prestazione corrisponda al debito residuo, oppure ad una o più rate, dello stesso finanziamento **SI** **NO**

3. Sulla base delle informazioni fornitemi dall'intermediario ritengo adeguata alle mie esigenze la copertura assicurativa propostami **SI** **NO**

Desidero ricevere comunicazioni a mezzo email: Si No

Modalità di sottoscrizione del presente modulo:
Firma autografa Firma elettronica qualificata

SEPA CORE DIRECT DEBIT - Mandato: addebito diretto di base

RiferimentoMandato: _____ Num Contratto: _____

Titolare del Conto Corrente **Richiedente** **Coobligato**

Banca _____ Ag. _____

BIC (Bank Identifier Code) _____

IBAN (International Bank Account Number) del Debitore: _____

Dati relativi al debitore se diverso da Richiedente o Coobligato e Titolare del conto corrente

Nome e Cognome _____

Indirizzo _____

Località _____

Codice Fiscale/ Partita IVA del Debitore _____

Ragione Sociale del Creditore: RCI Banque S.A. Succursale Italiana con Sede in Via Tiburtina, 1159, 00156 Roma/Italia

CID (Codice identificativo del Creditore) _____

Con la sottoscrizione del presente mandato, anche se a mezzo di firma elettronica qualificata il Debitore autorizza: il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato-Addebito in via ricorrente singolo . **Il Debitore ha la facoltà di richiedere alla Banca il rimborso di quanto addebitato secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto del debitore. Il sottoscritto Debitore rinuncia espressamente a ricevere dal Creditore la comunicazione di pre-notifica di ogni addebito da inviarsi nei 14 giorni precedenti l'addebito ed autorizza il Creditore ad addebitare sul proprio conto corrente tutti gli insoliti relativi al piano di addebiti precedentemente concordato.**

Firma del Debitore _____ Luogo _____ Data _____

Nota: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca ed alla quale il debitore potrà chiedere maggiori delucidazioni per ogni informazione in merito.

RICHIEDENTE **COOBLIGATO** **ASSICURATO** _____

Dichiaro di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, in forma cartacea o se richiesto mediante altro supporto durevole, copia del documento riepilogativo degli obblighi di comportamento dell'intermediario insieme alla documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente. Con la presente sottoscrizione, anche se apposta a mezzo di firma elettronica qualificata, confermo quanto indicato nel questionario di adeguatezza.

Firma dell'Assicurato _____ Data _____

DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALLA POLIZZA

Confermo di avere ricevuto prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, in forma cartacea o se richiesto mediante altro supporto durevole: (i) il documento riepilogativo degli obblighi degli intermediari assicurativi, (ii) la Dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario e (iii) il Fascicolo Informativo comprensivo della Nota Informativa, del Glossario e delle Condizioni di Assicurazione della Polizza Collettiva n. ITALLAL-LDHTD201001, (iv) il fascicolo informativo specifico sul prodotto assicurativo secondo l'articolo 20 della direttiva sulla distribuzione delle assicurazioni, inoltre gli articoli 185, 185 bis e 185 ter del Codice delle assicurazioni private (disposizioni in merito all'obbligo di informazione precontrattuale, modificato dal Decreto Legislativo 68/2018 e pertanto aderisco alla polizza medesima.

Dichiaro di essere stato informato che per la mia adesione sosterrò il costo effettivo di Euro _____ di cui il 50%, Euro _____ sarà percepito da RCI Banque SA quale intermediario, - preso atto che tali importi sono dovuti in un'unica soluzione al momento dell'adesione - richiedo che tale costo di adesione sia incluso nel capitale da finanziare. Dichiaro inoltre che il prodotto assicurativo offerto è secondo le mie richieste e necessità.

Firma dell'Assicurato _____ Data _____

Consenso obbligatorio al trattamento dei dati personali

Esprimo consenso per gli specifici trattamenti previsti dall'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 che dichiaro di aver ricevuto e per le finalità ivi indicate, ivi inclusi i dati sensibili e comprese le comunicazioni e i trasferimenti di dati personali effettuati dai soggetti della "catena assicurativa", da RCI Banque, dalle Società del Gruppo e dalle Reti Commerciali.

Firma dell'Assicurato _____ Data _____

QUESTIONARIO SANITARIO SEMPLIFICATO

Sottoscrivendo la presente, anche a mezzo di firma elettronica qualificata, **attesto il mio buono stato di salute, avendo risposto di "no" a tutte le seguenti domande:**

E/ è stato/a affetto/a da malattie o lesioni che necessitano/abbiano necessitato di un trattamento medico, farmacologico, oncologico, fisioterapico continuativo nel tempo?; Fa/ha fatto uso di stupefacenti, ovvero è/ è stato/a affetto/a da stati di alcolismo acuto o cronico, ovvero abusa/ha abusato abitualmente di sostanze alcoliche ovvero assume farmaci in dosi superiori a quelle prescritte dal medico?; E' soggetto/a a stati depressivi o affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche?; E' affetto/a da sindrome di immunodeficienza acquisita (aids) o altre patologie ad essa collegate? A tale riguardo dichiaro di essere consapevole: (i) dell'obbligo di fornire dichiarazioni vere, esatte e non reticenti e che la violazione di tale obbligo comporta la mia non assicurabilità e conseguentemente compromette il diritto alla prestazione assicurativa; (ii) di avere il diritto di chiedere di essere sottoposto a visita medica per la certificazione del mio effettivo stato di salute, con integrale assunzione del relativo costo a mio esclusivo carico.

Firma dell'Assicurato _____ Data _____

IMPOSTA DI BOLLO ASSOLTA IN MODO VIRTUALE - AUTORIZZAZIONE AGENZIA DELLE ENTRATE UFFICIO ROMA 1, N. 056752008