

**MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE
LIFE PROTECTION PER LA CESSIONE DEL QUINTO DELLA PENSIONE**

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO:

Cognome e nome _____ Data di nascita _____ Età _____ Sesso _____
Luogo di nascita _____ Prov. _____ Codice fiscale _____
Via/Piazza _____ n° _____ Città _____ c.a.p. _____
tel. ____/____ cell. _____ e-Mail _____
Tipo documento (*) _____ N. _____ Rilasciato da _____
Data rilascio _____ Luogo rilascio _____
(*): 01=Carta d'identità; 02 Patente di guida; 03 Passaporto

CONTRAENTE: _____

BENEFICIARIO : il Contraente, salvo diversa indicazione come sotto riportato:

Denominazione sociale _____ Codice fiscale / Partita IVA _____
Via/Piazza _____ n° _____ Città _____ c.a.p. _____
tel. ____/____ cell. _____ e-Mail _____

Si precisa che se non fornite indicazioni della modifica del Beneficiario, la Società potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario e che la modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata alla Società.

DATI RELATIVI AL FINANZIAMENTO :

Contratto di finanziamento numero: _____
Data Decorrenza: _____ Data Scadenza: _____ Durata (mesi): _____
Numero rate: _____ Importo rata mensile: _____
Montante : _____
Tasso Annuo Nominale (T.A.N) applicato al Contratto di Finanziamento al momento della stipula: _____.

PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO: Il premio, a carico del Contraente, è unico ed anticipato per tutta la durata della singola copertura assicurativa. Il premio può essere pagato solamente tramite bonifico bancario.

L'ASSICURATO, avendo chiesto un finanziamento al Contraente da estinguersi mediante cessione di quote mensili di pensione ai sensi del D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive integrazioni e modifiche,

DICHIARA:

1. di prestare il proprio consenso, ai fini di quanto previsto dall'Art. 1919 del Cod. Civ., all'assicurazione sulla propria vita denominata "**Life Protection per la cessione del quinto della pensione**", a seguito della Convenzione n° 032017, stipulata tra Allianz Global Life dac e IBL Family S.p.A.;
2. **la piena veridicità e completezza dei dati e delle dichiarazioni rese, pur se materialmente scritte da altri, nel presente Modulo e nei suoi Allegati. Dichiaro altresì di non aver taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza nella compilazione dei documenti richiesti per la valutazione del rischio coperto dalla presente assicurazione, assumendosene ogni responsabilità; si impegna inoltre a comunicare tempestivamente al Contraente e alla Società qualsiasi variazione che dovesse intervenire con riferimento a tutte le informazioni fornite con il presente Modulo e suoi Allegati;**
3. **di aver verificato, prima della sottoscrizione del questionario sanitario, l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso;**
4. **di essere a conoscenza del fatto che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese, richieste per la conclusione della contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione assicurata;**

5. **di essere a conoscenza del fatto che può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico;**
6. di aver ricevuto, prima della sottoscrizione del presente consenso all'assicurazione sulla propria vita, il Set informativo, composto da: DIP Vita, DIP aggiuntivo Vita, Condizioni contrattuali comprensive del Glossario e dell'Informativa Privacy;
7. **di percepire emolumenti pensionistici da parte di qualsiasi Istituto di Previdenza obbligatoria Italiano.**



Luogo e data: _____ Firma dell'Assicurato: _____

Consenso per Dati Personali

Si invita l'Assicurato a leggere attentamente l'Informativa Privacy (contenuta nelle Condizioni contrattuali in Suo possesso) prima di completare le seguenti sezioni.

Trattamento dei dati Personali Sensibili (inclusi i dati relativi alla Salute)

Allianz Global Life dac (AGL) raccoglie il consenso per trattare i dati personali e quelli relativi alla salute dell'Assicurato per le finalità elencate nei paragrafi 3.A, 3.B, 3.C dell'Informativa Privacy. I dati saranno trattati per le finalità e le attività elencate nell'Informativa Privacy. Il Contratto non potrà essere concluso ed amministrato a meno che non sia fornito il consenso firmando l'apposito spazio sottostante.

Per finalità elencate nei paragrafi 3.A, 3.B, 3.C dell'Informativa Privacy, l'Assicurato esprime il consenso a quanto segue:

- al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute e all'ottenimento dei dati da terze parti di cui al paragrafo 4 dell'Informativa Privacy;
- alla trasmissione dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, **all'interno od all'esterno dell'Area Economica Europea (EEA)**, ai soggetti indicati al paragrafo 5 dell'Informativa Privacy;
- a manlevare tutte le persone fisiche presso AGL ed i soggetti indicati nel paragrafo 5 dell'Informativa Privacy dagli obblighi di riservatezza cui sono tenuti relativi ai dati sulla salute ed altri dati personali sensibili che sono obbligati a trasferire ed utilizzare al fine di gestire il Contratto.

Luogo e data: _____

Firma dell'Assicurato: _____

Allianz Global Life dac