Santander
CONSUMER BANK

Modulo di Adesione alla polizza n. 15329 - AllinOne

CODICE IDENTIFICATIVO: BFI
(riportare il numero di contratto di finanziamento)

DATI ASSICURATO

COGNOME e NOME

INDIRIZZO

CAP CITTÀ PR

TEL.

DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE E RELATIVO PREMIO

DATA DECORRENZA: gg mm aaaa (data di liquidazione del contratto di finanziamento)

DATA SCADENZA: gg mm aaaa

DURATA MESI: (selezionare la durata copertura)

☐ 12 mesi
Premio - ramo assistenza: € **50,00 di di cui imposte** € **4,55**

☐ 24 mesi
Premio - ramo assistenza: € **100,00 di di cui imposte** € **9,09**

☐ 36 mesi
Premio - ramo assistenza: € **150,00 di di cui imposte** € **13,64**

☐ 48 mesi
Premio - ramo assistenza: € **200,00 di di cui imposte** € **18,18**

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DELL'ASSICURATO SULLA NECESSITÀ DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO

Io Assicurato riconosco che l'importo totale del premio a mio carico viene incluso nel finanziamento Banca Finconsumo e, da questa versato in nome e per mio conto ad Europ Assistance in unica soluzione anticipata.

Il diritto alla copertura dell'Assicurato decorre dalle ore 00.00 della data di liquidazione del contratto di finaziamento e scade alle ore 24.00 del dodicesimo, o ventiquattresimo, o trentaseiesimo o quarantottesimo mese successivo alla data di decorrenza come sopra indicato, senza alcun tacito rinnovo.

Dichiaro di avere preso atto e di conoscere *l'Informativa al Cliente per il trattamento dei dati Personali,* riportata nelle Condizioni Generali di Polizza, Mod. 04039 e acconsento al trattamento dei miei dati personali comuni e sensibili, compresa l'eventuale comunicazione e/o trasferimento all'estero degli stessi, secondo quanto riportato nella citata *Informativa:*

Per accettazione Data ___ / ___ / _____ Firma dell'Assicurato _____

Dichiaro di aver ricevuto le condizioni generali di polizza Mod. 04039 relative alla copertura sopra indicata contenente le norme contrattuali che disciplinano il rapporto convenuto a mio favore tra Finconsumo Banca S.p.A. ed Europ Assistance Italia S.p.A.

Prendo atto, ai sensi dell'Art. 123 del Decreto Legge nr. 175 del Marzo 1995, di:

- aver libertà di scegliere la legislazione e di essere a conoscenza che Europ Assistance propone di applicare al contratto di assicurazione la legislazione italiana.
  Richiedo quale legislazione applicabile quella _____
- poter indirizzare eventuali reclami relativi alla gestione dei contratti a:
  Europ Assistance Italia - Servizio Clienti - Piazza Trento 8 - 20135 Milano - Fax 02 58384648; e-mail Gestione.Reclami@europassistance.it
  ed in caso di assenza di riscontro entro 45 giorni dall'invio di poter rivolgermi all'ISVAP - "Servizio Tutela degli Utenti" - Via del Quirinale nr. 21 - 00187 Roma.

Dichiaro di aver preso nota e di accettare quanto sopra esposto.

Per accettazione Data ___ / ___ / _____ Firma dell'Assicurato _____

Dichiaro di approvare specificatamente, ai sensi degli Artt. 1341 secondo comma e 1342 Cod. Civile le seguenti condizioni generali di assicurazione: Art. 3 (Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro), Art. 4 (Esclusioni), Art. 7 (Periodo di prescrizione), Art. 9 (Legge che regola la Polizza e giurisdizione), Art. 11 (Estinzione ed annullamento del contratto di finanziamento).

Per accettazione Data ___ / ___ / _____ Firma dell'Assicurato _____

Mod. AU1560 - bicidi - genova