

Pratica Finanziamento N°:
Codice campagna

Durata Copertura (mesi):	Durata Finanziamento (mesi):	Somma da assicurare (in euro):
--------------------------	------------------------------	--------------------------------

**Il/la sottoscritto/a Signor/a:**

Cognome e Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Prov.

**Indirizzo Residenza**

Via/Piazza		N°	
Città		Prov.	
C.a.p.	Stato		

**Indirizzo di recapito (domicilio eletto se diverso dalla residenza)**

Via/Piazza		N°	
Città		Prov.	
C.a.p.	Stato		

Confermando di avere ricevuto ed accettato il Fascicolo informativo relativo alle Polizze collettive n. 16.36.19/01 e n. 16.36.19/02, oltre alla nota illustrativa sintetica sulle coperture offerte dalle Polizze medesime, tutto quanto consegnato in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione,


**ADERISCE** alle Polizze suddette, indicando come Assicurato sé stesso/a

Cognome e Nome		Codice Fiscale	
Via/Piazza		N°	
Città		Prov.	
C.a.p.	Stato		

Ai fini dell'efficacia di tale adesione, l'Assicurato dichiara soddisfare le condizioni citate all'articolo 2. Persone assicurabili e adesione alla copertura assicurativa ed all'articolo 5 Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative delle condizioni d'assicurazione.


**DICHIARA**

- a) di aver ricevuto copia del Fascicolo Informativo (comprensivo di Nota Informativa, Glossario, Condizioni di assicurazione) e dell'Informativa sulla Tutela della Privacy ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003, e di prestare espressamente il proprio consenso al trattamento dei propri dati sensibili, incluso il trasferimento dei dati in paesi extraeuropei che non garantiscano un adeguato livello di sicurezza, per le finalità assicurative descritte nell'Informativa;
- b) di essere a conoscenza che, in caso di mancata concessione del prestito o del finanziamento le Coperture richieste non saranno attivate;
- d) **AVVERTENZA:** che le informazioni e le risposte fornite, ad ogni effetto di legge ed ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza, assumendosene la responsabilità anche qualora tali informazioni siano fornite da altri;

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 Luogo e data Firma del Dichiarante

Gravano sull'Aderente, in relazione alla copertura assicurativa per la durata convenuta, costi totali pari a Euro \_\_\_\_\_  
 (di cui il 62% è riconosciuto all'intermediario).

L'Aderente dichiara inoltre di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare, gli artt. 6 "Esclusioni"; 9 "Denuncia dei Sinistri"; 13 "Cessione dei diritti".

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 Luogo e data Firma del Dichiarante

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** (Articolo 13 D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196)

Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art 17 delle Condizioni Generali di Assicurazione, fornitami, ai sensi dell'Articolo 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (il "Codice della Privacy"), da ACM IARD S.A. e ACM VIE S.A., che mi impegno a rendere nota agli altri interessati. Sono consapevole che il mancato consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e/o giudiziari, necessari alle Compagnie per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale. Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 Luogo e data Firma del Dichiarante