



MODULO DI ADESIONE

POLIZZA CONVENZIONE FINANZIAMENTI "RATAPROTETTA" N°ZO08 00001

Il sottoscritto (l'"ASSICURATO"):

Nome: _____

Cognome: _____

Nato a: _____ () il _____

Codice fiscale: _____

Residente in _____

DICHIARA

- di aver richiesto il finanziamento ZOPA .
- di aver preso atto che **ZOPA Italia SpA** , con sede in Milano, Via Savona 97 (il "**CONTRAENTE**") ha stipulato ai sensi dell'art. 1891 c.c. con l'impresa assicurativa AXERIA PREVOYANCE S.A., con sede legale in Lione (Francia), Boulevard Vivier Merle 83/85, operante in Italia in regime di stabilimento con uffici in Via Via Vittor Pisani n. 19 20124 Milano e LONDON GENERAL INSURANCE CO LTD con sede legale a Eaton House 152-158 Northolt Road. Harrow, Middlesex HA2 0EA, Gran Bretagna, operante in Italia in Italia in regime di stabilimento e sede secondaria in Milano, Via Saffi 21, (di seguito congiuntamente l'"ASSICURATORE"), una polizza di assicurazione collettiva a cui possono aderire le persone fisiche che hanno stipulato un contratto di finanziamento attraverso la piattaforma web di Zopa Italia SpA (la "**POLIZZA**").
- di manifestare con la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione la propria volontà di aderire alle garanzie A (Assicurazione temporanea in caso di Morte), B (Assicurazione in caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio e Malattia), C (Assicurazione in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia), D (Assicurazione in caso di Malattia Grave) ed E (Assicurazione in caso di Perdita di Impiego) previste dalla POLIZZA.
- di prestare sin da ora ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1919 del codice civile il proprio consenso necessario per la validità del contratto di assicurazione nel quale la POLIZZA è stipulata dal CONTRAENTE per il caso di morte dell'ASSICURATO.
- di nominare ZOPA ITALIA SpA quale Beneficiario per la Garanzia A) Assicurazione temporanea in caso di Morte;
- di voler essere il Beneficiario per le garanzie B (Assicurazione in caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio e Malattia), C (Assicurazione in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia), D (Assicurazione in caso di Malattia Grave) ed E (Assicurazione in caso di Perdita di Impiego).
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente Modulo di Adesione, necessarie per la valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, sono veritiere, precise e complete.

Data _____

(Firma Assicurato)



IL SOTTOSCRITTO DICHIARA ALTRESÌ

- di avere un'età non inferiore ai 18 anni e non superiore ai 67 anni (per tutte le garanzie);
- di essere in buono stato di salute, di non essere affetto/i da Malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
- di non essere stato/i assente/i negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di Malattia o Infortunio;
- di non aver sofferto negli ultimi 5 anni di alcuna delle seguenti Malattie: trapianto di organi, blocco renale, cancro, infarto, cirrosi epatica, colpo apoplettico, ictus.
- di non essersi sottoposto/i negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per le suddette Malattie, di non prevedere che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro e di non essere risultato positivo al test HIV.
- di non essere a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque di circostanze oggettive che facciano prevedere un prossimo stato di Disoccupazione

AVVERTENZE RELATIVE AI QUESTIONARI SANITARI

a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;

b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;

c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Data _____

(Firma assicurato)

Il sottoscritto dichiara di approvare in maniera specifica ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del codice civile le disposizioni degli articoli 1.2, 1.4.2, 1.5, 1.6.2, 1.9, 1.12, 2.1.2, 2.2, 2.4, 3.1.3, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3, 5.1.2, 5.1.3, 5.1.4, 5.2,5.3, 6.1.2, 6.2 e 6.3 delle Condizioni di Assicurazione della POLIZZA CONVENZIONE FINANZIAMENTI "RATAPROTETTA"ZO08 00001.

Data _____

(Firma assicurato)



Il sottoscritto (i sottoscritti) dichiara(no) di aver preso visione del fascicolo informativo attinente alla POLIZZA CONVENZIONE FINANZIAMENTI "RATAPROTETTA" contenente la Nota informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario ed il presente Modulo di Adesione, e dichiara(dichiarano) inoltre di aver preso cognizione del relativo contenuto e di accettarlo.

Data _____

(Firma assicurato)

TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI

COMUNI E SENSIBILI

Il sottoscritto(i sottoscritti) dichiara(no) di aver ricevuto e preso atto delle informative consegnate da AXERIA PREVOYANCE S.A. e LONDON GENERAL INSURANCE Co. Ltd ai sensi di quanto previsto dal D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e di aver fornito, come prescritto dalla predetta normativa, il relativo consenso al trattamento assicurativo dei dati personali comuni e sensibili. Ha(hanno), altresì, dichiarato di:

acconsentire

al trattamento dei dati personali comuni che li riguardano, alla comunicazione di tali dati alle categorie di soggetti indicati nelle informative, ai trattamenti da parte degli stessi ed al trasferimento all'estero (paesi U.E. ed extra U.E.) per finalità di gestione del contratto di assicurazione, di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi e previdenziali propri e delle Società dei Gruppi APRIL e LONDON GENERAL INSURANCE Co. Ltd.

I consensi di cui sopra sono prestati a favore di tutti i Titolari di trattamento.

Data _____

(Firma Assicurato)