

# Modulo di Adesione alla polizza n. 15329 - AllinOne

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

## DATI ASSICURATO

|                           |  |
|---------------------------|--|
| COGNOME e NOME            | <input type="text"/>                               |
| INDIRIZZO                 | <input type="text"/>                               |
| CAP <input type="text"/>  | CITTÀ <input type="text"/> PR <input type="text"/> |
| TEL. <input type="text"/> | <input type="text"/>                               |

## DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE E RELATIVO PREMIO

|   |   |
|---|---|
| <b>DATA DECORRENZA:</b>                                   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (data di liquidazione del contratto di finanziamento) |
|   | gg mm aaaa  |
| <b>DATA SCADENZA:</b>                                     | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |
|   | gg mm aaaa  |
| <b>DURATA MESI:</b> (selezionare la durata copertura)     |   |
| <input type="checkbox"/> 12 mesi                          | <input type="checkbox"/> 24 mesi  |
| Premio - ramo assistenza: € 60,00 di cui imposte € 5,45   | Premio - ramo assistenza: € 120,00 di cui imposte € 10,91   |
| <input type="checkbox"/> 36 mesi                          | <input type="checkbox"/> 48 mesi  |
| Premio - ramo assistenza: € 180,00 di cui imposte € 16,36 | Premio - ramo assistenza: € 240,00 di cui imposte € 21,82   |
| <input type="checkbox"/> 60 mesi                          | <input type="checkbox"/> 72 mesi  |
| Premio - ramo assistenza: € 300,00 di cui imposte € 27,27 | Premio - ramo assistenza: € 360,00 di cui imposte € 32,73   |
| <input type="checkbox"/> 84 mesi                          |   |
| Premio - ramo assistenza: € 420,00 di cui imposte € 38,18 |   |

### 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 Santander Consumer Bank 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 finanziamento e scade alle ore 24.00 del dodicesimo, o ventiquattresimo, o trentaseiesimo o quarantottesimo, o sessantesimo, o settantaduesimo o ottantaquattresimo 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 Santander Consumer Bank 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](mailto: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 Art. 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 \_\_\_\_\_