



**MODULO DI ADESIONE: TEMPORANEA IN CASO DI MORTE DI AFI ESCA S.A.
PROTEZIONE 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; 04 Porto d'armi; 05 Tessera postale; 06 Altro

CONTRAENTE: DEUTSCHE BANK S.P.A Sede Legale: Piazza del Calendario, 3 - 20126 Milano (MI)

BENEFICIARIO (se diverso dal Contraente) : _____

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: _____.

L'ASSICURATO, avendo chiesto un prestito personale 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 "**Protezione per la cessione del quinto della pensione**", a seguito della convenzione n° CQPDTB314, stipulata tra AFI ESCA S.A. e DEUTSCHE BANK S.P.A.
2. Di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di autorizzare il Contraente, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in Materia di Protezione dei Dati" e s.m.i. GDPR, a trasmettere a AFI ESCA S.A. e ad altri soggetti (quali società a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, e/o riassicuratori) le informazioni necessarie per l'esecuzione del contratto di assicurazione di cui alla Polizza.
3. La piena veridicità e completezza dei dati e delle dichiarazioni rese, pur se materialmente scritte da altri, nel presente modulo.
4. Di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano e di autorizzare sin d'ora AFI ESCA S.A. all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

L'ASSICURANDO DICHIARA ALTRESÍ

- Di aver ricevuto, prima della sottoscrizione del presente consenso all'assicurazione sulla propria vita, il Fascicolo informativo, composto da: Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario.

Luogo e data: _____

Firma dell'Assicurato: _____