

MUTUO SEMPLICE Modulo di adesione

Data ultimo aggiornamento del documento: 26/01/2026

POLIZZA COLLETTIVA N. _____

Spazio riservato alla Banca _____

IL SOTTOSCRITTO RICHIEDENTE _____ nato il _____ a _____

_____ e residente a _____ Prov. _____

CAP _____ indirizzo _____ n° _____ sesso _____ età _____

Codice Fiscale _____ Tipo documento _____ n° _____

luogo di rilascio _____ Prov. _____ data _____ professione _____ in _____

qualità di richiedente/possessore del MUTUO N. _____ IMPORTO RICHIESTO/RESIDUO

€ _____ DURATA/ DURATA RESIDUA, IN MESI, ALLA DATA DI DECORRENZA DELLA POLIZZA _____ presso Banca

_____ filiale cod. _____

PRESO ATTO CHE l'Istituto di credito (Contraente), _____ ha stipulato una polizza di assicurazione a premio unico, a cui possono aderire facoltativamente i clienti persone fisiche che stipulano o hanno già stipulato un contratto di mutuo.

La polizza offre le seguenti garanzie che costituiscono un unico pacchetto:

A TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE: In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del debito residuo, relativo al mutuo contratto, in linea capitale al momento dell'evento.

B INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DERIVANTE DA INFORTUNIO E MALATTIA: Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale, dal quale derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari all'ammontare del debito residuo, relativo al mutuo contratto, in linea capitale alla data dell'evento o della diagnosi della malattia.

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE € _____

(coincidente, per i mutui già erogati, con l'importo residuo del mutuo mentre, per i mutui di nuova erogazione, con l'importo del mutuo erogato, comprensivo dell'eventuale premio finanziato, alla data di decorrenza indicata nel presente modulo)

Il premio unico anticipato, il cui onere economico è a carico dell'Assicurato, è dovuto dal Contraente tramite bonifico. In caso di mutuo di nuova erogazione, il premio può essere finanziato ed in tal caso lo stesso è compreso nell'importo del mutuo erogato.

IMPORTO TOTALE (*) € _____ di cui:

garanzia A € _____ e garanzia B € _____

COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO € _____ di cui:

COSTI DI INTERMEDIAZIONE € _____

COSTI PER RIMBORSO PREMIO € 50,00 (**)

DECORRENZA _____

La durata delle garanzie, per i mutui già erogati, è pari alla durata residua del mutuo mentre, per i mutui di nuova erogazione, è pari alla durata del mutuo alla data di decorrenza indicata nel presente modulo.

In ogni caso, le garanzie non possono avere una durata inferiore a 24 mesi e superiore a 30 anni.

(*) Il premio è indipendente dal sesso.

(**) In caso di collocamento con tecniche di vendita a distanza, l'esercizio del diritto di recesso comunicato entro i primi 30 giorni di decorrenza della polizza non prevede l'addebito dei costi di rimborso.

BENEFICIARI PER LA GARANZIA A (*)	
Avvertenze: a) in caso di mancata identificazione del Beneficiario in forma nominativa, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario; b) la modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Società.	
<div style="text-align: right;">Oppure <input type="checkbox"/> Codice (**)</div> <div style="text-align: center; font-size: small; border-top: 1px dashed black; padding-top: 2px;">Nome e cognome o ragione sociale, Data e Luogo di nascita o Sede Legale, C.F. o P.IVA, recapiti anche di posta elettronica</div>	
REFERENTE TERZO (soggetto diverso dal beneficiario) da contattare in caso di decesso dell'Assicurato):	
<div style="text-align: center; font-size: small; border-top: 1px dashed black; padding-top: 2px;">Nome e cognome, Data e Luogo di nascita, N. Documento, C.F., recapiti anche di posta elettronica</div>	
Luogo e data _____	Firma del Referente Terzo _____
(*) Qualora vi sia più di un Beneficiario in forma nominativa compilare l' "Appendice Beneficiari designati" (**) Vedere "Tabella Codici Beneficiari" sul retro del presente Modulo di adesione	
BENEFICIARIO PER LA GARANZIA B: L'ASSICURATO	

INFORMAZIONI AL RICHIEDENTE

Si informa il Richiedente che:

- ha il diritto di ricevere il set informativo;
- ha il diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso all'area riservata;
- ha il diritto di recedere dal contratto assicurativo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza dandone comunicazione alla Società o al Contraente che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia, tramite lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata; in tal caso la Società provvederà a rimborsare all'Assicurato il premio secondo i termini e le modalità riportate all'art. 1.12 delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZE:

a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

b) Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso.

c) L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

d) L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

IL RICHIEDENTE DICHIARA ALTRESI':

- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 c.c., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto;
- di autorizzare il predetto Istituto a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;
- di aver preso visione del set informativo Mod. MSBS Ed. 02/2026;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- di accettare i requisiti e le modalità di adesione di cui all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- di avere un'Età Assicurativa non superiore ai 64 anni;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso da parte della Società all'adesione le coperture richieste non saranno attivate;
- di accettare di sottoporsi a visita medica nei casi previsti all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- di aver ricevuto il questionario sanitario contestualmente al presente modulo di adesione e di averlo debitamente compilato e sottoscritto.

Luogo e data, _____ Firma _____

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto il set informativo Mod. MSBS Ed. 02/2026.

Luogo e data, _____ Firma _____

L'Assicurato dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, identificato in forma nominativa, prima dell'evento.

(In caso di volontà contraria non sottoscrivere la presente Dichiarazione)

Luogo e data, _____

Firma _____

L'Assicurato delega irrevocabilmente (*ex art. 1723, 2 c, c.c.*) Società, ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 e anche specificamente per l'ipotesi di decesso dello stesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause del decesso, infortunio o malattia presso qualsiasi professionista o ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Luogo e data, _____

Firma _____

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle condizioni di assicurazione: Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.12 Recesso dell'Assicurato; Art. 1.13 Cambio di attività o professione; Art. 1.17 Pagamento delle prestazioni assicurate; Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi.

Luogo e data _____

Firma _____

Tabella Codici Beneficiari
A Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Assicurato pro quota in base alle regole successorie
B Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Assicurato in parti uguali
C Figli dell'Assicurato nati e nascituri in parti uguali



MUTUO SEMPLICE Modulo di adesione

Data ultimo aggiornamento del documento: 26/01/2026

POLIZZA COLLETTIVA N. _____

Spazio riservato alla Banca _____

IL SOTTOSCRITTO RICHIEDENTE _____ nato il _____ a _____

_____ e residente a _____ Prov. _____

CAP _____ indirizzo _____ n° _____ sesso _____ età _____

Codice Fiscale _____ Tipo documento _____ n° _____

luogo di rilascio _____ Prov. _____ data _____ professione _____ in _____

qualità di richiedente/possessore del MUTUO N. _____ IMPORTO RICHIESTO/RESIDUO

€ _____ DURATA/ DURATA RESIDUA, IN MESI, ALLA DATA DI DECORRENZA DELLA POLIZZA _____ presso Banca

_____ filiale cod. _____

PRESO ATTO CHE l'Istituto di credito (Contraente), _____ ha stipulato una polizza di assicurazione a premio unico, a cui possono aderire facoltativamente i clienti persone fisiche che stipulano o hanno già stipulato un contratto di mutuo.

La polizza offre le seguenti garanzie che costituiscono un unico pacchetto:

A TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE: In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del debito residuo, relativo al mutuo contratto, in linea capitale al momento dell'evento.

B INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DERIVANTE DA INFORTUNIO E MALATTIA: Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale, dal quale derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari all'ammontare del debito residuo, relativo al mutuo contratto, in linea capitale alla data dell'evento o della diagnosi della malattia.

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE € _____

(coincidente, per i mutui già erogati, con l'importo residuo del mutuo mentre, per i mutui di nuova erogazione, con l'importo del mutuo erogato, comprensivo dell'eventuale premio finanziato, alla data di decorrenza indicata nel presente modulo)

Il premio unico anticipato, il cui onere economico è a carico dell'Assicurato, è dovuto dal Contraente tramite bonifico. In caso di mutuo di nuova erogazione, il premio può essere finanziato ed in tal caso lo stesso è compreso nell'importo del mutuo erogato.

IMPORTO TOTALE (*) € _____ di cui:

garanzia A € _____ e garanzia B € _____

COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO € _____ di cui:

COSTI DI INTERMEDIAZIONE € _____

COSTI PER RIMBORSO PREMIO € 50,00 (**)

DECORRENZA _____

La durata delle garanzie, per i mutui già erogati, è pari alla durata residua del mutuo mentre, per i mutui di nuova erogazione, è pari alla durata del mutuo alla data di decorrenza indicata nel presente modulo.

In ogni caso, le garanzie non possono avere una durata inferiore a 24 mesi e superiore a 30 anni.

(*) Il premio è indipendente dal sesso.

(**) In caso di collocamento con tecniche di vendita a distanza, l'esercizio del diritto di recesso comunicato entro i primi 30 giorni di decorrenza della polizza non prevede l'addebito dei costi di rimborso.

BENEFICIARI PER LA GARANZIA A (*)	
Avvertenze: a) in caso di mancata identificazione del Beneficiario in forma nominativa, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario; b) la modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Società.	
<div style="text-align: right;">Oppure <input type="checkbox"/> Codice (**)</div> <div style="text-align: center; font-size: small; border-top: 1px dashed black; padding-top: 2px;">Nome e cognome o ragione sociale, Data e Luogo di nascita o Sede Legale, C.F. o P.IVA, recapiti anche di posta elettronica</div>	
REFERENTE TERZO (soggetto diverso dal beneficiario) da contattare in caso di decesso dell'Assicurato):	
<div style="text-align: center; font-size: small; border-top: 1px dashed black; padding-top: 2px;">Nome e cognome, Data e Luogo di nascita, N. Documento, C.F., recapiti anche di posta elettronica</div>	
Luogo e data _____	Firma del Referente Terzo _____
(*) Qualora vi sia più di un Beneficiario in forma nominativa compilare l' "Appendice Beneficiari designati" (**) Vedere "Tabella Codici Beneficiari" sul retro del presente Modulo di adesione	
BENEFICIARIO PER LA GARANZIA B: L'ASSICURATO	

INFORMAZIONI AL RICHIEDENTE

Si informa il Richiedente che:

- ha il diritto di ricevere il set informativo;
- ha il diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso all'area riservata;
- ha il diritto di recedere dal contratto assicurativo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza dandone comunicazione alla Società o al Contraente che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia, tramite lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata; in tal caso la Società provvederà a rimborsare all'Assicurato il premio secondo i termini e le modalità riportate all'art. 1.12 delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZE:

a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

b) Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso.

c) L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

d) L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

IL RICHIEDENTE DICHIARA ALTRESI':

- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 c.c., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto;
- di autorizzare il predetto Istituto a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;
- di aver preso visione del set informativo Mod. MSBS Ed. 02/2026;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- di accettare i requisiti e le modalità di adesione di cui all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- di avere un'Età Assicurativa non superiore ai 64 anni;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso da parte della Società all'adesione le coperture richieste non saranno attivate;
- di accettare di sottoporsi a visita medica nei casi previsti all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- di aver ricevuto il questionario sanitario contestualmente al presente modulo di adesione e di averlo debitamente compilato e sottoscritto.

Luogo e data, _____ Firma _____

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto il set informativo Mod. MSBS Ed. 02/2026.

Luogo e data, _____ Firma _____

L'Assicurato dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, identificato in forma nominativa, prima dell'evento.

(In caso di volontà contraria non sottoscrivere la presente Dichiarazione)

Luogo e data, _____

Firma _____

L'Assicurato delega irrevocabilmente (*ex art. 1723, 2 c, c.c.*) Società, ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 e anche specificamente per l'ipotesi di decesso dello stesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause del decesso, infortunio o malattia presso qualsiasi professionista o ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Luogo e data, _____

Firma _____

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle condizioni di assicurazione: Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.12 Recesso dell'Assicurato; Art. 1.13 Cambio di attività o professione; Art. 1.17 Pagamento delle prestazioni assicurate; Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi.

Luogo e data _____

Firma _____

Tabella Codici Beneficiari
A Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Assicurato pro quota in base alle regole successorie
B Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Assicurato in parti uguali
C Figli dell'Assicurato nati e nascituri in parti uguali



MUTUO SEMPLICE Modulo di adesione

Data ultimo aggiornamento del documento: 26/01/2026

POLIZZA COLLETTIVA N. _____

Spazio riservato alla Banca _____

IL SOTTOSCRITTO RICHIEDENTE _____ nato il _____ a _____

_____ e residente a _____ Prov. _____

CAP _____ indirizzo _____ n° _____ sesso _____ età _____

Codice Fiscale _____ Tipo documento _____ n° _____

luogo di rilascio _____ Prov. _____ data _____ professione _____ in _____

qualità di richiedente/possessore del MUTUO N. _____ IMPORTO RICHIESTO/RESIDUO

€ _____ DURATA/ DURATA RESIDUA, IN MESI, ALLA DATA DI DECORRENZA DELLA POLIZZA _____ presso Banca

_____ filiale cod. _____

PRESO ATTO CHE l'Istituto di credito (Contraente), _____ ha stipulato una polizza di assicurazione a premio unico, a cui possono aderire facoltativamente i clienti persone fisiche che stipulano o hanno già stipulato un contratto di mutuo.

La polizza offre le seguenti garanzie che costituiscono un unico pacchetto:

A TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE: In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari all'ammontare del debito residuo, relativo al mutuo contratto, in linea capitale al momento dell'evento.

B INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DERIVANTE DA INFORTUNIO E MALATTIA: Ove l'Assicurato subisca un infortunio o manifesti una malattia durante il periodo contrattuale, dal quale derivi una invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, la corresponsione di una somma pari all'ammontare del debito residuo, relativo al mutuo contratto, in linea capitale alla data dell'evento o della diagnosi della malattia.

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE € _____

(coincidente, per i mutui già erogati, con l'importo residuo del mutuo mentre, per i mutui di nuova erogazione, con l'importo del mutuo erogato, comprensivo dell'eventuale premio finanziato, alla data di decorrenza indicata nel presente modulo)

Il premio unico anticipato, il cui onere economico è a carico dell'Assicurato, è dovuto dal Contraente tramite bonifico. In caso di mutuo di nuova erogazione, il premio può essere finanziato ed in tal caso lo stesso è compreso nell'importo del mutuo erogato.

IMPORTO TOTALE (*) € _____ di cui:

garanzia A € _____ e garanzia B € _____

COSTI A CARICO DELL'ASSICURANDO € _____ di cui:

COSTI DI INTERMEDIAZIONE € _____

COSTI PER RIMBORSO PREMIO € 50,00 (**)

DECORRENZA _____

La durata delle garanzie, per i mutui già erogati, è pari alla durata residua del mutuo mentre, per i mutui di nuova erogazione, è pari alla durata del mutuo alla data di decorrenza indicata nel presente modulo.

In ogni caso, le garanzie non possono avere una durata inferiore a 24 mesi e superiore a 30 anni.

(*) Il premio è indipendente dal sesso.

(**) In caso di collocamento con tecniche di vendita a distanza, l'esercizio del diritto di recesso comunicato entro i primi 30 giorni di decorrenza della polizza non prevede l'addebito dei costi di rimborso.

BENEFICIARI PER LA GARANZIA A (*)	
Avvertenze: a) in caso di mancata identificazione del Beneficiario in forma nominativa, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario; b) la modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Società.	
<div style="text-align: right;">Oppure <input type="checkbox"/> Codice (**)</div> <div style="border-top: 1px dashed black; padding-top: 2px;">Nome e cognome o ragione sociale, Data e Luogo di nascita o Sede Legale, C.F. o P.IVA, recapiti anche di posta elettronica</div>	
REFERENTE TERZO (soggetto diverso dal beneficiario) da contattare in caso di decesso dell'Assicurato):	
<div style="border-top: 1px dashed black; padding-top: 2px;">Nome e cognome, Data e Luogo di nascita, N. Documento, C.F., recapiti anche di posta elettronica</div>	
Luogo e data _____	Firma del Referente Terzo _____
(*) Qualora vi sia più di un Beneficiario in forma nominativa compilare l' "Appendice Beneficiari designati" (**) Vedere "Tabella Codici Beneficiari" sul retro del presente Modulo di adesione	
BENEFICIARIO PER LA GARANZIA B: L'ASSICURATO	

INFORMAZIONI AL RICHIEDENTE

Si informa il Richiedente che:

- ha il diritto di ricevere il set informativo;
- ha il diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso all'area riservata;
- ha il diritto di recedere dal contratto assicurativo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza dandone comunicazione alla Società o al Contraente che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia, tramite lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata; in tal caso la Società provvederà a rimborsare all'Assicurato il premio secondo i termini e le modalità riportate all'art. 1.12 delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZE:

- a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.
- b) Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso.
- c) L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- d) L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

IL RICHIEDENTE DICHIARA ALTRESI':

- di prestare sin d'ora ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 c.c., il proprio consenso alla conclusione del presente contratto;
- di autorizzare il predetto Istituto a richiedere alla Società in suo nome e per suo conto il contratto di assicurazione suddetto;
- di aver preso visione del set informativo Mod. MSBS Ed. 02/2026;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
- di accettare i requisiti e le modalità di adesione di cui all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- di avere un'Età Assicurativa non superiore ai 64 anni;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso da parte della Società all'adesione le coperture richieste non saranno attivate;
- di accettare di sottoporsi a visita medica nei casi previsti all'art. 1.7 delle condizioni di assicurazione;
- di aver ricevuto il questionario sanitario contestualmente al presente modulo di adesione e di averlo debitamente compilato e sottoscritto.

Luogo e data, _____ Firma _____

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto il set informativo Mod. MSBS Ed. 02/2026.

Luogo e data, _____ Firma _____

L'Assicurato dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, identificato in forma nominativa, prima dell'evento.

(In caso di volontà contraria non sottoscrivere la presente Dichiarazione)

Luogo e data, _____

Firma _____

L'Assicurato delega irrevocabilmente (*ex art. 1723, 2 c, c.c.*) Società, ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 e anche specificamente per l'ipotesi di decesso dello stesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause del decesso, infortunio o malattia presso qualsiasi professionista o ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Luogo e data, _____

Firma _____

Io sottoscritto ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle condizioni di assicurazione: Art. 1.5 Modalità di perfezionamento, durata e decorrenza delle garanzie; Art. 1.7 Limiti assuntivi; Art. 1.12 Recesso dell'Assicurato; Art. 1.13 Cambio di attività o professione; Art. 1.17 Pagamento delle prestazioni assicurate; Art. 2.3 Pagamento delle prestazioni; Art. 3.4 Denuncia dell'infortunio e della malattia e relativi obblighi.

Luogo e data _____

Firma _____

Tabella Codici Beneficiari
A Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Assicurato pro quota in base alle regole successorie
B Eredi testamentari o, in mancanza, legittimi dell'Assicurato in parti uguali
C Figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali

