

Autocertificazione e domanda di sospensione del pagamento delle rate dei finanziamenti ipotecari o chirografari con oggetto immobili aventi sede legale e/o operativa nei territori _____ ai sensi dell'Ordinanza _____ n. _____ e successive integrazioni (di seguito l'“Ordinanza”), pubblicate nella Gazzetta Ufficiale n. _____ del _____.

Il/La Sottoscritto/a _____,
Codice Fiscale _____, luogo e data di nascita _____,
_____, luogo di residenza _____,

in qualità di:

- ☐ intestatario
- ☐ cointestatario;
- ☐ legale rappresentante;
- ☐ soggetto esecutore

dell'impresa _____,
Codice Fiscale/P.I. _____, n. iscrizione CCIAA _____, con sede legale nel Comune di _____, telefono _____ PEC _____,
_____, intestataria del finanziamento n. _____, di originari Euro _____, stipulato in data _____, (di seguito il “Finanziamento”), ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, **dichiara che:**

l'immobile

- ☐ oggetto del finanziamento sopra indicato, o
- ☐ adibito allo svolgimento dell'attività commerciale ed economica, anche agricola, oggetto del finanziamento sopra indicato,

sito in via _____ n° _____, Comune _____, Provincia _____
ed identificato catastalmente, presso la conservatoria di _____, al foglio _____, mappale/i _____, subalterno/i _____, risulta essere sgomberato o inagibile a seguito degli eccezionali eventi metereologici descritti nell'Ordinanza,

pertanto, richiede

di beneficiare, ai sensi dell'Ordinanza, della sospensione del pagamento, a partire dalla data di accoglimento della presente richiesta e fino al termine del _____, come deliberato dal Consiglio dei Ministri, salvo proroghe, con la seguente modalità:

- ☐ **SOSPENSIONE DELL'INTERA RATA:** nel periodo della sospensione maturano gli interessi contrattuali pattuiti, calcolati sul debito residuo del finanziamento riferito alla data di sospensione; gli interessi dovranno essere rimborsati a partire dalla prima scadenza successiva al termine del periodo di sospensione e l'importo calcolato verrà ripartito su tutto il piano di ammortamento residuo sotto forma di quote aggiuntive alle rate già previste;

Banca CF+ S.p.A.

Sede legale: 20122 Milano | Corso Europa 15 - Tel. +39 02 84213579 - Sede secondaria: 00187 Roma | Via Piemonte 38 - Capitale sociale Euro 39.213.278,00 i.v. - info@bancacplus.it - bancacplus@legalmail.it - Iscritta al Registro delle Imprese di Milano Monza Brianza Lodi n° 00395320583 - REA C.C.I.A.A. Milano n° 2053326

Codice Fiscale 00395320583 - Rappresentante del “Gruppo IVA Banca CF+” - Partita IVA 16340351002 - Capogruppo del gruppo bancario “Gruppo Banca CF+” - Albo delle Banche e dei Gruppi Bancari: COD. ABI 10312.7 - Aderente al Fondo Interbancario di Tutela dei Depositi - www.bancacplus.it

- **SOSPENSIONE DELLA SOLA QUOTA CAPITALE:** durante il periodo di sospensione sarà dovuto il regolare pagamento degli interessi, calcolati sul debito residuo del finanziamento riferito alla data di sospensione.

La sospensione **non comporta:**

- l'applicazione di commissioni o spese di istruttoria;
- la modifica dei tassi / spread applicati al finanziamento;
- la richiesta di garanzie aggiuntive.

Il/La Sottoscritto/a si impegna a comunicare per iscritto alla Banca (all'indirizzo bancacfplus@legalmail.it) l'eventuale ottenimento dell'agibilità o abitabilità dell'immobile prima della scadenza della sospensione richiesta che comporterà la ripresa del regolare pagamento delle rate del finanziamento.

Il/La Sottoscritto/a è consapevole ed accetta che la sospensione del pagamento delle rate del finanziamento oggetto della presente richiesta viene formulata anche ai sensi di eventuali analoghe iniziative aventi la medesima finalità moratoria che dovessero essere previste in provvedimenti legislativi di futura promulgazione.

Il/La Sottoscritto/a dichiara di avere informato i garanti del finanziamento, di seguito indicati:

(da compilarsi solo in caso vi siano garanti - persone fisiche o persone giuridiche - del finanziamento sopra identificato).

Persone fisiche:

Cognome _____, Nome _____,
Codice Fiscale _____, luogo e data di nascita
_____, _____ di residenza
_____.

Cognome _____, Nome _____,
Codice Fiscale _____, luogo e data di nascita
_____, _____ di residenza
_____.

Persone giuridiche:

Ragione Sociale/ Denominazione _____
Codice Fiscale _____, Partita IVA _____
Sede Legale _____, CAP _____
Sede Operativa (se diversa dalla sede legale) _____,
CAP _____.

Ragione Sociale/ Denominazione _____
Codice Fiscale _____, Partita IVA _____
Sede Legale _____, CAP _____
Sede Operativa (se diversa dalla sede legale) _____,
CAP _____.



Plus, for your business.

Si allegano i seguenti documenti comprovanti la sede legale/ sede operativa nel territorio delle Province e Comuni indicate nella legge di riferimento:

- Documento di identità in corso di validità del richiedente
- Visura CCIA (imprese)
- Ultimo bilancio pubblicato disponibile
- Evidenza della richiesta di risarcimento assicurativo o impegno alla presentazione della stessa
- Altro, specificare: _____

_____, il _____

Firma digitale del richiedente e garante/i