

MODULO RELATIVO ALLE DICHIARAZIONI RESE DALL'ASSICURATO

Convenzione assicurativa n. CL/16/985 stipulata da Italcredi S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

FINANZIAMENTO

Numero di Contratto:	Importo del Montante:
Durata di Rimborso (in mesi):	Importo della Rata di Rimborso:

ASSICURATO

Nome:	Cognome:		
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Codice Fiscale:	Recapito Telefonico:		
Indirizzo:	Cap:	Comune:	Prov.:

DICHIARAZIONI ASSICURATO

Avvertenze: (a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione; (b) prima della sottoscrizione della dichiarazione di buona salute o del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella dichiarazione di buona salute o nel questionario; (c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, 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) qualora l'Assicurato, tramite la Contraente, abbia già assicurato uno o più finanziamenti con la Compagnia, ai fini dell'individuazione della corretta formalità di assunzione del rischio da espletare, occorrerà sommare l'eventuale capitale residuo già assicurato con il nuovo importo da assicurare.

Consegna della documentazione

Dichiaro di aver ricevuto copia dei seguenti documenti che compongono il Fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo, ai sensi dell'art. 4 comma 7 del Regolamento Ivass n. 35/2010: a) Nota informativa; b) Condizioni di assicurazione, comprensive dell'informativa sul trattamento dei dati personali; c) Glossario; d) Modulo relativo alle dichiarazioni rese dall'Assicurato.

► **Data (gg/mm/aa)** _____ **Firma Assicurato (leggibile)** _____

Consenso al trattamento dei dati

Ai sensi della normativa italiana sulla Privacy (D.Lgs. n. 196/2003, successive modifiche e integrazioni e normativa di attuazione del Regolamento Generale sulla protezione dei dati n. 2016/679) dichiaro di aver letto e compreso le finalità di trattamento dei dati da parte della Rappresentanza Generale di MetLife Europe d.a.c. in qualità di Titolare del trattamento, come indicato nell'**Informativa Privacy** allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte:

Do Nego il consenso al trattamento dei miei **dati personali, anche sensibili (necessario)**

Do Nego il consenso ad essere sottoposto a **decisioni automatizzate finalizzate alla sottoscrizione del contratto (necessario)**

Dichiaro, inoltre, di essere consapevole che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati acquisendo il relativo consenso nei casi in cui sia necessario, come precisato nell'Informativa stessa.

► **Data (gg/mm/aa)** _____ **Firma Assicurato (leggibile)** _____

Consenso alla stipula dell'assicurazione e assunzione del rischio (importo del Montante fino a € 40.000,00)

Preso visione del fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo, dichiaro di: (a) consentire la stipula dell'assicurazione sulla mia vita da parte della Contraente ai sensi dell'art. 1919 c.c.; (b) rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle condizioni di assicurazione relative al prodotto assicurativo; (c) essere in buono stato di salute; non essere stato ricoverato in istituto di cura negli ultimi 5 anni (salvo che per conseguenze traumatiche di lesione degli arti, appendicectomia, ernia inguinale, varicocele, adenotonsillectomia, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, alluce valgo, meniscectomia, chirurgia estetica, parto); non essere in attesa di ricovero; non essere sottoposto a terapia continuativa e non avere malattie in atto, escluse quelle stagionali; non soffrire e non aver sofferto di tumori, ipertensione cronica, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, diabete, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o neurologiche o croniche dell'apparato muscoloscheletrico, infezione da HIV; non percepire pensione o assegno di invalidità per Infortunio o Malattia e non aver presentato domanda per ottenere tali trattamenti.

Informazione importante: per coloro che non possono sottoscrivere la dichiarazione di buona salute (a titolo esemplificativo ma non esaustivo, perché non sono in buone condizioni di salute, perché percepiscono pensione o assegno di invalidità, ecc.) la Compagnia si rende disponibile a valutare l'assumibilità del rischio sulla base di quanto previsto al punto seguente (importo Montante superiore a € 40.000,00 e fino a € 100.000,00).

► **Data (gg/mm/aa)** _____ **Firma Assicurato (leggibile)** _____

OPPURE IN ALTERNATIVA
Consenso alla stipula dell'assicurazione e assunzione del rischio (importo del Montante superiore a € 40.000,00 e fino a € 100.000,00)

Preso visione del fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo, dichiaro di: (a) consentire la stipula dell'assicurazione sulla mia vita da parte della Contraente ai sensi dell'art. 1919 c.c.; (b) rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle condizioni di assicurazione relative al prodotto assicurativo; (c) accettare di compilare con il medico il Rapporto Medico allegato al presente Modulo.

► **Data (gg/mm/aa)** _____ **Firma Assicurato (leggibile)** _____