

**MODULO RELATIVO ALLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**

Convenzione assicurativa n. CL/18/990 stipulata da Fidelity S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia relativamente alla vita dei propri clienti sottoscrittori di finanziamenti rimborsabili mediante cessione di quote di pensione

**DATI DEL FINANZIAMENTO**

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

**DATI DELL'ASSICURATO**

Cognome	Nome		
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di Nascita	Luogo di Nascita	Prov.
Codice Fiscale	Indirizzo Email		
Indirizzo Residenza	Cap	Località	Prov.
Telefono (cellulare) (fisso)	Fascia oraria per contatto telefonico <input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Indifferente		

**AVVERTENZE**

- 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.
- Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, che devono corrispondere a verità ed esattezza.
- Anche se non espressamente previsto 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.
- Ai sensi dell'art. 22 della Legge n. 221/2012 e degli artt. 42 e ss. del Regolamento Ivass n. 41/2018, si segnala la possibilità per l'Assicurato di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia: [www.metlife.it](http://www.metlife.it).

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO****CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE**

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia delle Condizioni di assicurazione relative al prodotto assicurativo, ai sensi dell'art. 9 comma 4 del Regolamento Ivass n. 41/2018.

\* **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](http://www.metlife.it), nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte:

Do  Nego il consenso al trattamento dei miei **dati personali, inclusi quelli sensibili**, forniti anche attraverso contatto telefonico (*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 SULLA VITA**

Il sottoscritto, dopo aver preso visione delle Condizioni di assicurazione, consente la stipula dell'assicurazione sulla propria vita da parte della Contraente della presente Convenzione assicurativa ai sensi dell'art. 1919 c.c. A tal fine, ai sensi degli artt. 1892 e seguenti c.c., dichiara di rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle Condizioni di assicurazione.

\* **Data (gg/mm/aa)** **Firma Assicurato (leggibile)**

**ASSUNZIONE DEL RISCHIO**

Nel caso in cui l'Assicurato possa sottoscrivere la dichiarazione sotto riportata, le informazioni sul suo stato di salute e sulle sue abitudini di vita saranno raccolte telefonicamente ai recapiti sopra indicati. Diversamente, sarà necessario compilare e sottoscrivere il Rapporto Medico e l'Esame Obiettivo a cura del Medico Curante.

Il sottoscritto dichiara di: **a)** non essere invalido; **b)** non essere titolare di una pensione di invalidità e/o inabilità e di non aver presentato domanda per ottenerla.

\* **Data (gg/mm/aa)** **Firma Assicurato (leggibile)**