

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.

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, 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)**