

**DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA POLIZZA SULLA VITA N. CL/16/993**  
**STIPULATA DA FIDITALIA SPA 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 STIPENDIO**

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **25/05/2018**.

**DATI RELATIVI AL FINANZIAMENTO**

Numero di Contratto: ..... Importo del Montante: .....  
Durata di Rimborso (in mesi): ..... Importo della Rata di Rimborso: .....  
Data Inizio Piano di Ammortamento: ..... Data Scadenza Piano di Ammortamento: ..... TAN: .....%

**DATI RELATIVI AL CEDENTE/DELEGANTE**

Nome: ..... Cognome: .....  
Luogo di Nascita: ..... Data di Nascita (gg/mm/aa): ..... Sesso: M  F   
Codice Fiscale: ..... Recapito Telefonico: .....  
Indirizzo: ..... Cap: ..... Comune: ..... Prov: .....  
Documento di Riconoscimento (tipo, numero, data e luogo di emissione): .....  
Recapito Telefonico Familiare (indicare il grado di parentela): .....  
Ente Previdenziale: ..... Con sede in: .....

**DICHIARAZIONI DEL CEDENTE**

**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 medico, il soggetto di cui alla lett. a), deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella Dichiarazione di buona salute o nel Questionario medico; c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, il Cedente/Delegante può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico; d) nel caso in cui il Cedente/Delegante, tramite la Contraente, abbia già assicurato uno o più finanziamenti con l'Assicuratore che non siano stati ancora completamente rimborsati, ai fini dell'individuazione della formalità di assunzione medica da espletare con riferimento al nuovo Finanziamento da assicurare, occorrerà sommare i capitali residui assicurati al Montante del nuovo Finanziamento ed espletare le formalità di assunzione medica corrispondenti.

**CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE**

Il sottoscritto, nella sua qualità di Cedente/Delegante, ovvero di soggetto che abbia dato il consenso alla stipulazione di un contratto di assicurazione sulla propria vita, dichiara di aver ricevuto la documentazione precontrattuale prevista dalla normativa vigente.

➡ Data (gg/mm/aa): ..... Firma (*leggibile*) .....

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

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, 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 (*leggibile*) .....

**1. CONSENSO ALLA STIPULA DI UN'ASSICURAZIONE SULLA VITA E ASSUNZIONE MEDICA – IMPORTO DEL MONTANTE FINO A €80.000,00**

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.) l'Assicuratore si rende disponibile a valutare l'assumibilità del rischio sulla base di quanto previsto al punto seguente (importo Montante superiore a € 80.000,00 e fino a € 100.000,00).

➡ Data (gg/mm/aa): ..... Firma (*leggibile*) .....

**OPPURE IN ALTERNATIVA:**

**2. CONSENSO ALLA STIPULA DI UN'ASSICURAZIONE SULLA VITA E ASSUNZIONE MEDICA – IMPORTO DEL MONTANTE SUPERIORE A €80.000,00 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 (*leggibile*) .....