

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA POLIZZA SULLA VITA N. CL/16/993
STIPULATA DA FIDITALIA SPA CON METLIFE EUROPE DAC RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA
RELATIVAMENTE ALLA VITA DEI PROPRI CLIENTI SOTTOSCRITTORI DI FINANZIAMENTI RIMBORSABILI MEDIANTE
CESSIONE DI QUOTE DI STIPENDIO

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 che fornisce 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 vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiaro di aver letto e compreso le finalità e modalità 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, consapevole che il trattamento dei miei dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati, **acconsento al trattamento di categorie particolari di dati personali** per l'emissione e gestione del contratto.

➡ 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 delle Condizioni di assicurazione relative 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 delle Condizioni di assicurazione relative 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)