

MODULO RELATIVO ALLE DICHIARAZIONI RESE DALL'ASSICURATO

Convenzione assicurativa n. CL/17/910 stipulata da IBL Family 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 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, 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 dall'Assicuratore, 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 l'Assicuratore, 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 delle Condizioni di assicurazione relative al prodotto assicurativo, ai sensi dell'art. 9 del Regolamento Ivass n. 41/2018.

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

Consenso al trattamento dei dati

 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 Assicurato (leggibile)** _____

Consenso alla stipula dell'assicurazione e assunzione del rischio (importo del Montante fino a € 80.000,00)

Presa 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 miocardio, epatite, cirrosi epatica, diabete, malattie renali o genitourinarie 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).

 Il sottoscritto prende altresì atto che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia nel corso del rapporto contrattuale potranno essere effettuate in formato elettronico via email, attraverso il sito internet della Compagnia www.metlife.it o, se disponibile, nella propria area riservata, come da scelta effettuata da IBL Family S.p.A. nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva, nel rispetto dell'art.120-quater del Codice delle Assicurazioni Private e dell'art. 4 del Regolamento Ivass n. 41/2018.

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

OPPURE IN ALTERNATIVA
Consenso alla stipula dell'assicurazione e assunzione del rischio (importo del Montante superiore a € 80.000,00 e fino a € 100.000,00)

Presa 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.

 Il sottoscritto prende altresì atto che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia nel corso del rapporto contrattuale potranno essere effettuate in formato elettronico via email, attraverso il sito internet della Compagnia www.metlife.it o, se disponibile, nella propria area riservata, come da scelta effettuata da IBL Family S.p.A. nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva, nel rispetto dell'art.120-quater del Codice delle Assicurazioni Private e dell'art. 4 del Regolamento Ivass n. 41/2018.

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