



ATTESTAZIONE DI AVVENUTA CONSEGNA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione prima della stipula dell'atto notarile e prima di sottoscrivere una proposta di contratto di assicurazione della seguente documentazione relativa alla mia richiesta di mutuo e di polizza assicurativa:

1. Informativa Privacy
2. Informazioni generali sul credito immobiliare offerto a consumatori del mutuo richiesto, aggiornato al ____/____/____
3. Guida Mutuo
4. Avviso con indicazione dei Tassi Effettivi Globali Medi (TEGM) - Legge n. 108/1996 "Anti-usura"
5. Guida ABF
6. Documentazione assicurativa: Fascicoli Informativi e DIP Assicurazione Casa Genertel
 Fascicoli Informativi e DIP Assicurazione MetLife
7. Allegati III e IV

Dichiaro inoltre che l'intermediario/gestore commerciale esterno mi ha sottoposto il/i questionario/i per la valutazione dell'adeguatezza del contratto relativo/i alla/e polizza/e sopraindicata/e e di averne ricevuto copia.

Nome e Cognome _____

Data _____ Firma _____

=====

SPAZIO DA COMPILARE A CURA DI CHI PROCEDE ALL'OFFERTA FUORI SEDE

Intermediario

Nome/Ragione Sociale _____

N. iscrizione _____ Albo/Elenchi _____

Firma _____

Gestore Commerciale CheBanca!

Nome e Cognome _____

Matricola _____

Firma _____

Versione Reti Terze 10/2018



INFORMAZIONI NECESSARIE PER L'ADDEBITO DELLE RATE

Autorizzo la banca del mio conto di appoggio, ossia del conto corrente sotto indicato, ad addebitare nella data di scadenza dell'obbligazione o data prorogata su iniziativa del creditore (ferma restando la valuta originaria concordata), tutti gli ordini di incasso e relativi a rate di rimborso del finanziamento richiesto, a condizione che vi siano disponibilità sufficienti e senza necessità per la banca di inviare la relativa contabile di addebito. Potrò oppormi all'addebito sul conto di appoggio entro il giorno lavorativo precedente la data dello stesso o la data prorogata dal creditore. Sarà mia premura verificare eventuali commissioni applicate al servizio automatico di addebito dalla banca presso la quale è attivo il mio conto di appoggio.

Conto intestato a: primo richiedente secondo richiedente entrambi

COORDINATE BANCARIE IN FORMATO IBAN

Dichiaro che:

- ho ricevuto la Guida Mutuo e le "Informazioni generali sul credito immobiliare offerto a consumatori";
- non ho mai subito protesti e non ho in corso procedure esecutive e/o azioni legali; sono consapevole che la banca effettuerà degli accertamenti anche sull'immobile oggetto del finanziamento ai fini dell'istruttoria;
- le informazioni fornite su questo modulo corrispondono a verità e mi impegno a comunicare a CheBanca! ogni variazione;

Sono stato informato che prima della conclusione del contratto mi verrà consegnata bozza del contratto, accompagnata dal modulo denominato "Prospetto informativo europeo standardizzato".

Prendo atto che, in base alle informazioni da me fornite, sono stato classificato come:

Primo Richiedente: consumatore/cliente al dettaglio

Secondo Richiedente: consumatore/cliente al dettaglio

FIRMA PRIMO RICHIEDENTE

..... X
Data Firma

FIRMA SECONDO RICHIEDENTE

..... X
Data Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Letta l'informativa e fermo restando che potrò, in qualsiasi momento, liberamente revocare il mio consenso contattando CheBanca! S.p.A.

PRIMO RICHIEDENTE

È necessario dare il consenso ai seguenti punti 1, 2 e 3, per poter proseguire con l'istruttoria del mutuo.

1. do il consenso nego il consenso

alla comunicazione delle informazioni di tipo positivo ai gestori di sistemi di informazioni creditizie e al conseguente trattamento effettuato dai medesimi gestori, relativamente ai finanziamenti da me richiesti

2. do il consenso nego il consenso

al trattamento dei miei dati appartenenti a categorie particolari, a seguito di specifiche operazioni o per l'erogazione di prodotti e servizi da me richiesti

3. do il consenso nego il consenso

alla comunicazione dei miei dati personali a società che effettuano verifiche per il controllo delle frodi ai danni delle banche e conseguente trattamento da parte delle medesime società

4. do il consenso nego il consenso

al trattamento dei miei dati da parte di CheBanca! per la conduzione di ricerche di mercato relative a prodotti/servizi di CheBanca! e, in adempimento alle disposizioni dell'Autorità di Vigilanza previa verifica della coerenza del profilo del cliente e dei prodotti allo stesso offerti, per finalità di informazione commerciale, offerta di prodotti/servizi (anche mediante e-mail, SMS, MMS o altro tipo di comunicazione elettronica) della Banca, o dalla stessa collocati, nonché di prodotti/servizi delle altre società del Gruppo Mediobanca di cui è parte CheBanca!, e di eventuali partner commerciali della Banca nell'ambito di operazioni congiunte.

.....
Data Firma

SECONDO RICHIEDENTE

È necessario dare il consenso ai seguenti punti 1, 2 e 3, per poter proseguire con l'istruttoria del mutuo.

1. do il consenso nego il consenso

alla comunicazione delle informazioni di tipo positivo ai gestori di sistemi di informazioni creditizie e al conseguente trattamento effettuato dai medesimi gestori, relativamente ai finanziamenti da me richiesti

2. do il consenso nego il consenso

al trattamento dei miei dati appartenenti a categorie particolari, a seguito di specifiche operazioni o per l'erogazione di prodotti e servizi da me richiesti

3. do il consenso nego il consenso

alla comunicazione dei miei dati personali a società che effettuano verifiche per il controllo delle frodi ai danni delle banche e conseguente trattamento da parte delle medesime società

4. do il consenso nego il consenso

al trattamento dei miei dati da parte di CheBanca! per la conduzione di ricerche di mercato relative a prodotti/servizi di CheBanca! e, in adempimento alle disposizioni dell'Autorità di Vigilanza previa verifica della coerenza del profilo del cliente e dei prodotti allo stesso offerti, per finalità di informazione commerciale, offerta di prodotti/servizi (anche mediante e-mail, SMS, MMS o altro tipo di comunicazione elettronica) della Banca, o dalla stessa collocati, nonché di prodotti/servizi delle altre società del Gruppo Mediobanca di cui è parte CheBanca!, e di eventuali partner commerciali della Banca nell'ambito di operazioni congiunte.

.....
Data Firma



PRIMO GARANTE

È necessario dare il consenso ai seguenti punti 1, 2 e 3, per poter proseguire con l'istruttoria del mutuo.

1. do il consenso nego il consenso

alla comunicazione delle informazioni di tipo positivo ai gestori di sistemi di informazioni creditizie e al conseguente trattamento effettuato dai medesimi gestori, relativamente ai finanziamenti da me richiesti

2. do il consenso nego il consenso

al trattamento dei miei dati appartenenti a categorie particolari, a seguito di specifiche operazioni o per l'erogazione di prodotti e servizi da me richiesti

3. do il consenso nego il consenso

alla comunicazione dei miei dati personali a società che effettuano verifiche per il controllo delle frodi ai danni delle banche e conseguente trattamento da parte delle medesime società

4. do il consenso nego il consenso

al trattamento dei miei dati da parte di CheBanca! per la conduzione di ricerche di mercato relative a prodotti/servizi di CheBanca! e, in adempimento alle disposizioni dell'Autorità di Vigilanza previa verifica della coerenza del profilo del cliente e dei prodotti allo stesso offerti, per finalità di informazione commerciale, offerta di prodotti/servizi (anche mediante e-mail, SMS, MMS o altro tipo di comunicazione elettronica) della Banca, o dalla stessa collocati, nonché di prodotti/servizi delle altre società del Gruppo Mediobanca di cui è parte CheBanca!, e di eventuali partner commerciali della Banca nell'ambito di operazioni congiunte.

Data

Firma

SECONDO GARANTE

È necessario dare il consenso ai seguenti punti 1, 2 e 3, per poter proseguire con l'istruttoria del mutuo.

1. do il consenso nego il consenso

alla comunicazione delle informazioni di tipo positivo ai gestori di sistemi di informazioni creditizie e al conseguente trattamento effettuato dai medesimi gestori, relativamente ai finanziamenti da me richiesti

2. do il consenso nego il consenso

al trattamento dei miei dati appartenenti a categorie particolari, a seguito di specifiche operazioni o per l'erogazione di prodotti e servizi da me richiesti

3. do il consenso nego il consenso

alla comunicazione dei miei dati personali a società che effettuano verifiche per il controllo delle frodi ai danni delle banche e conseguente trattamento da parte delle medesime società

4. do il consenso nego il consenso

al trattamento dei miei dati da parte di CheBanca! per la conduzione di ricerche di mercato relative a prodotti/servizi di CheBanca! e, in adempimento alle disposizioni dell'Autorità di Vigilanza previa verifica della coerenza del profilo del cliente e dei prodotti allo stesso offerti, per finalità di informazione commerciale, offerta di prodotti/servizi (anche mediante e-mail, SMS, MMS o altro tipo di comunicazione elettronica) della Banca, o dalla stessa collocati, nonché di prodotti/servizi delle altre società del Gruppo Mediobanca di cui è parte CheBanca!, e di eventuali partner commerciali della Banca nell'ambito di operazioni congiunte.

Data

Firma

TERZO DATORE DI IPOTECA

È necessario dare il consenso ai seguenti punti 1, 2 e 3, per poter proseguire con l'istruttoria del mutuo.

1. do il consenso nego il consenso

alla comunicazione delle informazioni di tipo positivo ai gestori di sistemi di informazioni creditizie e al conseguente trattamento effettuato dai medesimi gestori, relativamente ai finanziamenti da me richiesti

2. do il consenso nego il consenso

al trattamento dei miei dati appartenenti a categorie particolari, a seguito di specifiche operazioni o per l'erogazione di prodotti e servizi da me richiesti

3. do il consenso nego il consenso

alla comunicazione dei miei dati personali a società che effettuano verifiche per il controllo delle frodi ai danni delle banche e conseguente trattamento da parte delle medesime società

4. do il consenso nego il consenso

al trattamento dei miei dati da parte di CheBanca! per la conduzione di ricerche di mercato relative a prodotti/servizi di CheBanca! e, in adempimento alle disposizioni dell'Autorità di Vigilanza previa verifica della coerenza del profilo del cliente e dei prodotti allo stesso offerti, per finalità di informazione commerciale, offerta di prodotti/servizi (anche mediante e-mail, SMS, MMS o altro tipo di comunicazione elettronica) della Banca, o dalla stessa collocati, nonché di prodotti/servizi delle altre società del Gruppo Mediobanca di cui è parte CheBanca!, e di eventuali partner commerciali della Banca nell'ambito di operazioni congiunte.

Data

Firma



DOMANDE ULTERIORI

12. Stato civile

- Celibe/Nubile Convivente Divorziato Coniugato Separato Vedovo

13. Titolo di studio

- Nessuno Licenza elementare Licenza media inferiore Licenza media superiore Laurea

14. Numero componenti nucleo familiare

- 1 2 3 4 Più di 4

15. Numero altri componenti nucleo familiare con reddito

- 0 1 Più di 1

16. Situazione abitativa (barrare una sola casella)

- Casa di proprietà Presso genitori/parenti Affitto Altro

17. Mutui in essere

- Sì No

18. Altri finanziamenti in essere

- Sì No

19. Carte di credito in essere

- Sì No

20. Strumenti di investimento del risparmio

- Conto corrente/conto di deposito Fondi comuni
 Titoli di stato Prodotti assicurativi
 Azioni Obbligazioni
 Fondi Pensione Altro

21. Orizzonte temporale preferito per gli investimenti

- Max. 12 mesi Max. 5 anni Oltre 5 anni

22. N° conti aperti presso altri istituti

- Nessuno 1 2 più di 2

Data

X

Firma

**DOMANDE ULTERIORI****12. Stato civile**

- Celibe/Nubile Convivente Divorziato Coniugato Separato Vedovo

13. Titolo di studio

- Nessuno Licenza elementare Licenza media inferiore Licenza media superiore Laurea

14. Numero componenti nucleo familiare

- 1 2 3 4 Più di 4

15. Numero altri componenti nucleo familiare con reddito

- 0 1 Più di 1

16. Situazione abitativa (barrare una sola casella)

- Casa di proprietà Presso genitori/parenti Affitto Altro

17. Mutui in essere

- Sì No

18. Altri finanziamenti in essere

- Sì No

19. Carte di credito in essere

- Sì No

20. Strumenti di investimento del risparmio

- Conto corrente/conto di deposito Fondi comuni
 Titoli di stato Prodotti assicurativi
 Azioni Obbligazioni
 Fondi Pensione Altro

21. Orizzonte temporale preferito per gli investimenti

- Max. 12 mesi Max. 5 anni Oltre 5 anni

22. N° conti aperti presso altri istituti

- Nessuno 1 2 più di 2

.....
DataX
.....

Firma



DOMANDE ULTERIORI

12. Stato civile

- Celibe/Nubile Convivente Divorziato Coniugato Separato Vedovo

13. Titolo di studio

- Nessuno Licenza elementare Licenza media inferiore Licenza media superiore Laurea

14. Numero componenti nucleo familiare

- 1 2 3 4 Più di 4

15. Numero altri componenti nucleo familiare con reddito

- 0 1 Più di 1

16. Situazione abitativa (barrare una sola casella)

- Casa di proprietà Presso genitori/parenti Affitto Altro

17. Mutui in essere

- Sì No

18. Altri finanziamenti in essere

- Sì No

19. Carte di credito in essere

- Sì No

20. Strumenti di investimento del risparmio

- Conto corrente/conto di deposito Fondi comuni
 Titoli di stato Prodotti assicurativi
 Azioni Obbligazioni
 Fondi Pensione Altro

21. Orizzonte temporale preferito per gli investimenti

- Max. 12 mesi Max. 5 anni Oltre 5 anni

22. N° conti aperti presso altri istituti

- Nessuno 1 2 più di 2

X

.....
Data

.....
Firma



COPIA PER LA BANCA

Esito della valutazione POSITIVO:

Il cliente/aderente conferma la veridicità delle risposte sopra rese, nonché di non aver taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza avente relazione con i dati e le notizie oggetto del questionario, che riconosce quali elementi determinanti al fine della valutazione di coerenza ed adeguatezza delle seguenti polizze rispetto alle sue richieste ed esigenze:

- Assicurazione Casa**
- Garanzia Decesso CPI**
- Garanzia Perdita involontaria di impiego o Inabilità Temporanea Totale/Ricovero Ospedaliero CPI**

Luogo e data _____ Firma del Cliente/Aderente _____

Esito della valutazione NEGATIVO:

Il cliente/aderente prende atto del fatto che, in caso di risposta non idonea anche ad una sola delle domande di cui al presente questionario ovvero in caso di rifiuto a fornire le risposte alle medesime domande, non sarà possibile procedere alla sottoscrizione di una o più polizze sotto indicate, poiché l'intermediario l'avrà/le avrà ritenuta/e non coerente/i ed adeguata/e alle esigenze dichiarate ovvero perché l'intermediario non sarà stato in grado di valutarne l'effettiva coerenza ed adeguatezza con le richieste ed esigenze stesse:

- Assicurazione Casa**
- Garanzia Decesso CPI**
- Garanzia Perdita involontaria di impiego o Inabilità Temporanea Totale/Ricovero Ospedaliero CPI**

Luogo e data _____ Firma del Cliente/Aderente _____

Sezione per l'Intermediario

Nominativo Collocatore _____ Firma del Collocatore _____

Luogo e data _____



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, MODALITA' ASSUNTIVE E DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

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 di CheBanca! e delle Rappresentanze Generali di MetLife Europe d.a.c. e MetLife Europe Insurance d.a.c. in qualità di Titolari 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 acconsento al trattamento dei miei **dati personali, anche sensibili** e dichiaro 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 dell'Assicurato _____
(leggibile)

Acconsento, inoltre, ad essere sottoposto a decisioni automatizzate finalizzate alla sottoscrizione del contratto.

Data (gg/mm/aa): _____ / _____ / _____ Firma dell'Assicurato _____
(leggibile)

ASSUNZIONE MEDICA – IMPORTO DA ASSICURARE FINO A € 250.000,00

Per tutti i pacchetti di garanzie, ad esclusione del pacchetto B, si richiede la compilazione del Questionario medico allegato al presente Modulo.

ASSUNZIONE MEDICA – IMPORTO DA ASSICURARE SUPERIORE A € 250.000,00 E FINO A € 1.000.000,00

Per tutti i pacchetti di garanzie, ad esclusione del pacchetto B, si richiede la compilazione del Rapporto di visita medica allegato al presente Modulo completo dei seguenti Esami clinici: esame di urine; elettrocardiogramma a riposo e dopo sforzo; esame del sangue (Emocromo, VES, Glicemia, Colesterolemia, Trigliceridi, Urea, Creatinina, Transaminasi GOT, Transaminasi GPT, Fosfatasi Alcalina, Gamma GT, Uricemia, test HIV).

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Avvertenze:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lett. a), deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- 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;
- nel caso in cui l'Assicurato, tramite la Contraente, abbia già assicurato uno o più Mutui 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 Mutuo da assicurare, occorrerà sommare i capitali residui assicurati con il nuovo importo da assicurare ed espletare le formalità di assunzione medica corrispondenti.

Il sottoscritto, presa visione dell'Informativa precontrattuale e del Fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo, dichiara inoltre di essere a conoscenza che l'Assicurato e l'Assicuratore hanno diritto di disdire il Contratto senza alcun onere:

- a partire dall'inizio dell'undicesimo anno del Programma Assicurativo per i pacchetti di garanzie B e C, nonché limitatamente alla componente danni (Perdita Involontaria di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero) dei pacchetti di garanzie D ed E;
- a partire dal sedicesimo anno del Programma Assicurativo per i pacchetti di garanzie A, D ed E, in caso di premio unico anticipato.

Data (gg/mm/aa): _____ / _____ / _____ Firma dell'Assicurato _____
(leggibile)



MODULO DI RACCOLTA DATI ASSICURAZIONI

DATI PERSONALI INTERESSATO (2° RICHIEDENTE MUTUO)

Nome _____ Cognome _____ Cod.Fiscale _____

DATI PER L'ASSICURAZIONE CASA

Tipo di abitazione villetta edificio max 4 appartamenti condominio MQ. _____
 Pagamento premi: premio unico premio mensile _____

DATI PER L'ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO



Il sottoscritto, presa visione dell'Informativa precontrattuale e del Fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo, dichiara di:

c) aderire ad uno dei seguenti prodotti assicurativi:

A **TCM – Decesso**

B **PII - Perdita Involontaria di Impiego**
Informazione importante: questo prodotto è riservato ai lavoratori dipendenti privati con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana, che hanno un'anzianità di almeno 12 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro e che non lavorano presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado.

C **ITT/RO - Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero**
Informazione importante: questo prodotto è riservato ai lavoratori dipendenti pubblici, lavoratori autonomi, lavoratori domestici, non lavoratori o lavoratori dipendenti privati che non rientrano nella definizione di cui ai prodotti B e D.

D **TCM + PII - Decesso e Perdita Involontaria di Impiego**
Informazione importante: questo prodotto è riservato ai lavoratori dipendenti privati con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana, che hanno un'anzianità di almeno 12 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro e che non lavorano presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado.

E **TCM + ITT/RO - Decesso, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero**
Informazione importante: questo prodotto è riservato ai lavoratori dipendenti pubblici, lavoratori autonomi, lavoratori domestici, non lavoratori o lavoratori dipendenti privati che non rientrano nella definizione di cui ai prodotti B e D.

Quota Mutuo assicurata: 100% 75% 50% 25%

- d) essere a conoscenza che l'adesione al Programma Assicurativo è facoltativa;
- e) essere consapevole che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 della data di perfezionamento del Contratto e comunque non prima delle ore 24.00 del giorno di erogazione del Mutuo;
- f) essere a conoscenza del diritto di recedere senza alcuna penalità e senza dover indicare il motivo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa secondo quanto specificato nelle Condizioni di assicurazione e Nella nota informativa;
- g) essere a conoscenza che il beneficiario in caso di decesso è la persona fisica o giuridica designata dall'Assicurato nel presente modulo o, in mancanza, i suoi eredi;
- h) rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle Condizioni di assicurazione;
- i) espletare le formalità di assunzione del rischio come di seguito indicate in funzione dell'importo da assicurare.

Data (gg/mm/aa): _____ / _____ / _____ Firma dell'Assicurato _____
 (leggibile)

**DATI PER L'ASSICURAZIONE LAVORO - INABILITA' TOTALE TEMPORANEA E RICOVERO OSPEDALIERO**

Professione _____

Indicare categoria: Dipendente pubblico Lavoratore autonomo Non Lavoratore

Azienda _____ Numero dipendenti _____

Tipo Contratto: Tempo pieno Part time

Numero ore lavorative settimanali _____

Pagamento premi: Premio unico Premio mensile**DATI PER L'ASSICURAZIONE LAVORO - PERDITA IMPIEGO**

Professione _____

Indicare categoria: Dipendente privato

Azienda _____ Recapito Telefonico Azienda _____

Numero dipendenti _____

Tipo contratto: Tempo pieno Part time

Numero ore lavorative settimanali _____

Pagamento premi: Premio unico Premio mensile**DATI PER L'ASSICURAZIONE VITA****DESIGNAZIONE BENEFICIARIO (facoltativa)**

Il sottoscritto, in caso di decesso, costituisce la seguente Persona Fisica/Persona Giuridica quale beneficiario delle somme assicurate:

 Eredi legittimi Altro (specificare)

Nome e Cognome/Ragione Sociale _____

Data di Nascita/Costituzione _____

Codice Fiscale/Partita Iva _____

Data (gg/mm/aa): _____ / _____ / _____ Firma dell'Assicurato _____
(leggibile)Pagamento premi: premio unico premio mensile



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, MODALITA' ASSUNTIVE E DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

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 di CheBanca! e delle Rappresentanze Generali di MetLife Europe d.a.c. e MetLife Europe Insurance d.a.c. in qualità di Titolari 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 acconsento al trattamento dei miei **dati personali, anche sensibili** e dichiaro di essere consapevole che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisco eventualmente i dati acquisendo il relativo consenso nei casi in cui sia necessario, come precisato nell'Informativa stessa.

Data (gg/mm/aa): _____ / _____ / _____ Firma dell'Assicurato _____
(leggibile)

Acconsento, inoltre, ad essere sottoposto a decisioni automatizzate finalizzate alla sottoscrizione del contratto.

Data (gg/mm/aa): _____ / _____ / _____ Firma dell'Assicurato _____
(leggibile)

ASSUNZIONE MEDICA – IMPORTO DA ASSICURARE FINO A € 250.000,00

Per tutti i pacchetti di garanzie, ad esclusione del pacchetto B, si richiede la compilazione del Questionario medico allegato al presente Modulo.

ASSUNZIONE MEDICA – IMPORTO DA ASSICURARE SUPERIORE A € 250.000,00 E FINO A € 1.000.000,00

Per tutti i pacchetti di garanzie, ad esclusione del pacchetto B, si richiede la compilazione del Rapporto di visita medica allegato al presente Modulo completo dei seguenti Esami clinici: esame di urine; elettrocardiogramma a riposo e dopo sforzo; esame del sangue (Emocromo, VES, Glicemia, Colesterolemia, Trigliceridi, Urea, Creatinina, Transaminasi GOT, Transaminasi GPT, Fosfatasi Alcalina, Gamma GT, Uricemia, test HIV).

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Avvertenze:

- e) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- f) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lett. a), deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- g) 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;
- h) nel caso in cui l'Assicurato, tramite la Contraente, abbia già assicurato uno o più Mutui 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 Mutuo da assicurare, occorrerà sommare i capitali residui assicurati con il nuovo importo da assicurare ed espletare le formalità di assunzione medica corrispondenti.

Il sottoscritto, presa visione dell'Informativa precontrattuale e del Fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo, dichiara inoltre di essere a conoscenza che l'Assicurato e l'Assicuratore hanno diritto di disdire il Contratto senza alcun onere:

- a partire dall'inizio dell'undicesimo anno del Programma Assicurativo per i pacchetti di garanzie B e C, nonché limitatamente alla componente danni (Perdita Involontaria di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero) dei pacchetti di garanzie D ed E;
- a partire dal sedicesimo anno del Programma Assicurativo per i pacchetti di garanzie A, D ed E, in caso di premio unico anticipato.

Data (gg/mm/aa): _____ / _____ / _____ Firma dell'Assicurato _____
(leggibile)