

**MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO**

Leasing Sicurezza – Polizza Creditor Protection Insurance – Convenzione assicurativa n. CL/20/728 stipulata da Sella Leasing S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Questo documento è stato aggiornato in data 21/11/2022 ed è l'ultimo disponibile

**DATI DEL LEASING**

Numero Pratica:	Durata (in mesi):
Importo Finanziato: €	Importo del Canone: €

**DATI DELL'AZIENDA ADERENTE**

Denominazione completa:	
Codice Fiscale:	N. Iscrizione Registro Imprese:
Recapito Telefonico:	Indirizzo E-mail / PEC:

**Rappresentante Legale / Firmatario**

Nome:	Cognome:	
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale:	Persona Politicamente Esposta: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Indirizzo di Residenza:		
Indirizzo di Domicilio (se diverso da Residenza):		
Recapito Telefonico:	Indirizzo E-mail:	
Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente	Numero:	
Data di Rilascio:	Data di Scadenza:	
Ente e Comune (o Stato Estero) di Rilascio:		

**DATI DELL'ASSICURATO**

Nome:	Cognome:	
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale:		
Indirizzo di Residenza:		
Indirizzo di Domicilio (se diverso da Residenza):		
Recapito Telefonico:	Indirizzo E-mail:	
Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente	Numero:	
Data di Rilascio:	Data di Scadenza:	
Ente e Comune (o Stato Estero) di Rilascio:		

**INFORMATIVA RELATIVA ALLE GARANZIE E AI COSTI DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO****GARANZIE**

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **DECESSO** per qualsiasi causa
- ✓ **INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE** di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia
- ✓ **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE** a seguito di Infortunio o Malattia

**COSTI**

Il Premio è unico ed è pari all'importo di seguito indicato. L'importo del Premio unico viene ripartito sulle singole rate del Leasing e pagato dall'Aderente, tramite addebito sul proprio conto corrente bancario, unitamente alla rata del Leasing. Il Premio è versato dalla Contraente alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.

Importo Premio Unico: €	di cui Imposte: €	Commissioni percepite dagli intermediari (incluse nel Premio): €
-------------------------	-------------------	--

#### AVVERTENZE

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione.
- Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.
- L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- L'Aderente ha la possibilità di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia: [www.metlife.it](http://www.metlife.it).
- La Compagnia, qualora si trovi nell'impossibilità di effettuare l'adeguata verifica della clientela, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare o proseguire il rapporto e le operazioni, valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF e, in caso di liquidazione della prestazione, se richiederne la sospensione. Nel caso in cui l'impossibilità riguardi rapporti continuativi in essere, la Compagnia si astiene dall'effettuare modifiche contrattuali, nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.

#### DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

##### INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Dichiaro di:

- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle mie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del Contratto con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione (art. 58 Regolamento Ivass n. 40/2018);
- aver ricevuto, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018, copia dell'informativa precontrattuale prevista dalle vigenti disposizioni (a titolo esemplificativo gli allegati 3, 4 e 4-ter) e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo;
- aver consegnato all'Assicurato copia dell'informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo.

► Data (gg/mm/aa)

Firma (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](http://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)

##### ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Preso visione dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo, dichiaro di:

- aderire al Programma Assicurativo, anche mediante Firma elettronica;
- essere a conoscenza che la Polizza è **connessa al Leasing** e che rimane in vigore per tutta la durata del medesimo; in caso di Subentro o Risoluzione del Leasing, la Polizza cessa;
- essere a conoscenza che la Polizza è **facoltativa** e che non è necessaria per ottenere il Leasing;
- prendere atto che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia nel corso del rapporto contrattuale potranno essere effettuate in formato elettronico via e-mail, attraverso il sito internet della Compagnia [www.metlife.it](http://www.metlife.it) o, se disponibile, nella mia area riservata, come da scelta effettuata da Sella Leasing S.p.A. nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco, nel rispetto dell'art.120-quater del CAP e dell'art. 4 del Reg. Ivass n. 41/2018.

► Data (gg/mm/aa)

Firma (leggibile)

Dichiaro di approvare specificamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 c.c. i seguenti articoli delle Condizioni di assicurazione: Art. 2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo; Art. 2.7 – Recesso; Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie; Art. 11 – Aderente e persone assicurabili; Art. 12 – Esclusioni valide per tutte le garanzie; Artt. 13.2, 14.2, 15.2 – Esclusioni; Artt. 13.3, 14.3 e 15.3 – Prestazione massima; Artt. 13.4, 14.4 e 15.4 – Carenza; Art. 15.5 – Franchigia; Art. 16 – Denuncia di Sinistro; Art. 17 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro.

► Data (gg/mm/aa)

Firma (leggibile)

Dichiaro che l'Assicurato ricopre uno dei ruoli di seguito elencati all'interno dell'azienda aderente: rappresentante legale, amministratore, firmatario, socio o titolare.

► Data (gg/mm/aa)

Firma (leggibile)

#### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

##### 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](http://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 fornisco 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)

##### CONSENSO ALLA STIPULA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Dichiaro di:

- aver ricevuto, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018, copia dell'informativa precontrattuale prevista dalle vigenti disposizioni (a titolo esemplificativo gli allegati 3, 4 e 4-ter) e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo;
- consentire la stipula dell'assicurazione sulla mia vita da parte dell'Aderente ai sensi dell'art. 1919 c.c.;
- essere a conoscenza che il Beneficiario è l'Aderente;
- rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle Condizioni di assicurazione ed accettare di espletare le formalità di assunzione del rischio riportate di seguito in base all'importo finanziato;
- prendere atto che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia nel corso del rapporto contrattuale potranno essere effettuate in formato elettronico via e-mail, attraverso il sito internet della Compagnia [www.metlife.it](http://www.metlife.it) o, se disponibile, nella mia area riservata, come da scelta effettuata da Sella Leasing S.p.A. nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco, nel rispetto dell'art.120-quater del CAP e dell'art. 4 del Reg. Ivass n. 41/2018.

► Data (gg/mm/aa)

Firma (leggibile)

**ALLEGATO PER LA DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI**
**Convenzione assicurativa n.:**
**Pratica n.:**
**Nome e Cognome dell'Aderente/Assicurato:**
**Cod. Fisc.:**
**Il sottoscritto, come sopra identificato, designa i seguenti beneficiari in caso di decesso:**
*(per ciascun beneficiario indicare la quota percentuale; il totale delle quote di tutti i beneficiari deve essere uguale a 100)*
**Beneficiario n. 1**

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Cod. Fisc.:
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:
Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):		

**Beneficiario n. 2**

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Cod. Fisc.:
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:
Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):		

**Beneficiario n. 3**

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Cod. Fisc.:
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:
Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):		

**Beneficiario n. 4**

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Cod. Fisc.:
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:
Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):		

**AVVERTENZE**

- In caso di mancata o errata compilazione dei dati relativi al beneficiario, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Aderente/Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario.
- Qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovasse nell'impossibilità di identificare il beneficiario, le somme dovute andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005.
- La modifica o revoca del beneficiario deve essere comunicata tempestivamente dall'Aderente/Assicurato alla Compagnia.
- Se l'Aderente/Assicurato intende designare più di 4 beneficiari potrà utilizzare 2 o più allegati per la designazione dei beneficiari.

**Il sottoscritto:**

- dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prima dell'evento  
*(barrando questa casella la Compagnia contatterà i beneficiari solo in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato)*
- identifica, per esigenze di riservatezza, un Referente terzo in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato:

**Referente terzo**

Nome e Cognome:	Cod. Fisc.:
Telefono:	E-mail:

**\* Data (gg/mm/aa)**
**Firma (leggibile)**