

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Gentile Cliente, sulla base delle notizie acquisite sulle Sue caratteristiche personali ed esigenze assicurative (incluse le informazioni in merito all'età, all'attività lavorativa, alla situazione familiare e finanziaria) abbiamo elaborato il riepilogo delle sue esigenze assicurative per offrirle un contratto adeguato ai suoi bisogni ed alle Sue aspettative in relazione al contratto. Le chiediamo pertanto di verificare in maniera consapevole gli esiti sotto riepilogati.

GENERALITÀ DEL CONTRAENTE/DICHIARANTE

Cognome e Nome

Data di nascita

Codice fiscale

Sesso

Provincia di residenza

VALUTAZIONE DEI BISOGNI E DELLE ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE

- 1) E' interessato alla sottoscrizione di un prodotto assicurativo a protezione della persona abbinato, anche nella durata, al finanziamento erogato da Younited S.A. Si No

VALUTAZIONE DEI BISOGNI E DELLE ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE

- 1) E' interessato alla polizza che prevede un indennizzo a favore del beneficiario nel caso di eventi che possano compromettere la Sua capacità nel far fronte al rimborso del finanziamento. Si No

- 2) Ciascuna persona fisica può aderire fino ad un massimo di 2 programmi assicurativi, ma la polizza assicurativa è cumulabile con altre polizze eventualmente in essere aventi ad oggetto i medesimi rischi assicurati. È interessato ad acquistare una polizza anche nel caso in cui ne abbia già sottoscritto un'altra avente ad oggetto tutti o in parte i medesimi rischi assicurati. Si No

- 3) In relazione al bilancio familiare, ha una capacità finanziaria per sostenere il pagamento del premio? Si No

- 4) La polizza assicurativa prevede franchigie ed esclusioni che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione. E' interessato alla polizza che prevede la presenza di limitazioni di questo tipo. Si No

DICHIARAZIONI DEL CLIENTE RELATIVE AL QUESTIONARIO DI ADEGUATEZZA:

In considerazione degli esiti delle valutazioni sopra riportate, dichiaro di aver verificato in maniera consapevole la veridicità delle affermazioni suindicate, assumendomi ogni responsabilità conseguente.

Il sottoscritto prende atto del fatto che in caso di risposta negativa anche ad una sola delle domande poste nel questionario, ovvero in caso di rifiuto di fornire le informazioni necessarie per la valutazione della coerenza del contratto e delle esigenze assicurative dell'Assicurato, non sarà possibile procedere alla sottoscrizione della polizza, poiché l'intermediario l'avrà ritenuta inadeguata o non adatta ai suoi bisogni ed esigenze assicurative, ovvero perché non sarà stato in grado di effettuare la valutazione.

FIRMA DEL
CLIENTE

DICHIARAZIONI DELL'INTERMEDIARIO RELATIVE AL QUESTIONARIO DI ADEGUATEZZA:

In considerazione delle Sue caratteristiche e delle Sue esigenze assicurative, Younited SA dichiara che la polizza assicurativa in stipula col presente contratto è pienamente adeguata ai Suoi bisogni e alle Sue aspettative.

Luogo : Roma

Data :

MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVOPolizza Creditor Protection Insurance - Convenzione assicurativa CL/23/166 stipulata da Younited SA con MetLife Europe d.a.c.
Rappresentanza Generale per l'Italia e MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Offerta numero:

Sottoscritta il:

Valida fino al:

DATI DELL'ASSICURATO

Nome :	Cognome :		
Luogo di Nascita :	Data di Nascita :	Sesso : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Codice Fiscale :	Recapito Telefonico :		
Indirizzo di Residenza :	Cap :	Comune :	Prov :
Indirizzo Email :			

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

<input type="checkbox"/> PACCHETTO DI GARANZIE A	DECESSO per qualsiasi causa (con raddoppio della prestazione in caso di Sinistro dovuto a Infortunio)
<input type="checkbox"/> PACCHETTO DI GARANZIE B	DECESSO per qualsiasi causa INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE a seguito di Infortunio o Malattia
<input type="checkbox"/> PACCHETTO DI GARANZIE C RISERVATO AI DIPENDENTI PRIVATI	DECESSO per qualsiasi causa INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia PERDITA INVOLONTARIA DI IMPIEGO a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo
<input type="checkbox"/> PACCHETTO DI GARANZIE D	DECESSO per qualsiasi causa

COSTI:

Il Premio è annuo ed è frazionato su base mensile senza oneri aggiuntivi a carico dell'Assicurato. Il Premio viene addebitato dalla Contraente sul conto corrente bancario dell'Assicurato unitamente alla rata di rimborso mensile del finanziamento ed è versato dalla Contraente alla Compagnia su base mensile.

Premio annuo :	Premio mensile :	Commissioni mensili percepite dall'Intermediario/i :
----------------	------------------	--

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**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.
- L'Assicurato ha la possibilità di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia: 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.

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 (artt. 58 e 74 Regolamento Ivass n. 40/2018);
- aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo (artt. 56 e 74 Regolamento Ivass n. 40/2018);
- aver scelto la modalità cartacea e-mail per la trasmissione della documentazione contrattuale/precontrattuale e di essere stato informato circa la possibilità di cambiare gratuitamente tale modalità.

► **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. 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, consapevole che il trattamento dei miei dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è mio obbligo con i terzi di cui fornisco eventualmente i dati, acconsento al trattamento di categorie particolari di dati personali per il contratto.

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

ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

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

1. essere a conoscenza che il contratto di assicurazione prevede 4 pacchetti di garanzie proposti, in via alternativa, in base all'età e alla professione dell'Assicurato alla data di adesione al Programma Assicurativo;
2. essere a conoscenza che il pacchetto di garanzie C è riservato a coloro che alla data di adesione al Programma Assicurativo: esercitano una professione di lavoro dipendente del settore privato da almeno 12 mesi consecutivi presso lo stesso datore di lavoro, con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana; non esercitano tale professione presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado;
3. aderire al Programma Assicurativo, anche mediante Firma digitale, ed in particolare al pacchetto di garanzie sopra selezionato;
4. essere a conoscenza che la Polizza è connessa al finanziamento e che rimane in vigore per tutta la durata del medesimo; di conseguenza, in caso di estinzione anticipata totale del finanziamento, la Polizza cessa;
5. essere a conoscenza che la Polizza è facoltativa e non è necessaria per ottenere il finanziamento;
6. essere a conoscenza che per la garanzia decesso i beneficiari sono i soggetti designati dall'Assicurato nel presente modulo oppure, in caso di mancata designazione, gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in assenza di testamento, i suoi eredi legittimi;
7. in caso di acquisto del pacchetto di garanzie C, non aver ricevuto dal datore di lavoro una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale vengo individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione;
8. prendere 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 mia area riservata, come da scelta effettuata da Younited SA nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco, 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) _____

Dichiaro di aver letto e compreso le Condizioni di assicurazione e di approvarne specificamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 c.c. i seguenti articoli: Art. 2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo; Art. 2.4 – Estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento; Art. 2.5 – Recesso; Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie; Art. 11 – Persone assicurabili; Art. 12 – Limitazioni valide per tutte le garanzie; Artt. 13.2, 14.2, 15.2 e 16.2 – Esclusioni; Artt. 13.3, 14.3, 15.3 e 16.3 – Prestazione massima; Artt. 15.4 e 16.5 – Franchigia; Art. 16.4 – Carenza; Art. 17 – Denuncia di Sinistro; Art. 18 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro.

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

Dichiaro di rispettare i requisiti di assicurabilità indicati all'art. 11 delle Condizioni di assicurazione e, in particolare, di non essere portatore di invalidità/inabilità permanente di qualsiasi grado, entità o genere - certificata da INPS, INAIL o altro Ente preposto - e di non aver presentato domande in tal senso, siano state o meno accolte.

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

DESIGNAZIONE DI BENEFICIARIO – FACOLTATIVA

Per tutte le garanzie il Beneficiario è l'Assicurato come sopra identificato o, in caso di decesso, i suoi eredi legittimi e testamentari. Con riferimento alla garanzia Decesso, l'Assicurato ha tuttavia la possibilità di designare un Beneficiario diverso compilando la presente sezione, a condizione che il soggetto sia identificabile.

Nome	Cognome	Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Luogo di nascita	Data di nascita			
Codice Fiscale	Recapito telefonico			
Indirizzo di residenza	Cap	Comune		Prov.
Indirizzo email				

Il sottoscritto dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario, qualora indicato in forma nominativa, prima dell'evento.

AVVERTENZE:

- in caso di mancata compilazione dei dati relativi al Beneficiario, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'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'Assicurato direttamente alla Compagnia.

Per specifiche esigenze di riservatezza, il sottoscritto identifica inoltre un referente terzo, diverso dal beneficiario, a cui la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato (indicare i dati anagrafici e il codice fiscale utili per l'identificazione):

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