Allegato n. 4 alla Convenzione n. 5500145

Convenzione n. 5500145 TIMBRO CONTRAENTE: _____

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

assicurazione temporanea per il caso di morte a premio unico e capitale decrescente mensilmente per collettività predeterminate, collegata al rimborso di un prestito mediante cessione di quote della pensione *(prima della sottoscrizione si raccomanda al Debitore/Assicurando di compilare integralmente e verificare l'esattezza delle dichiarazioni)*

Io sottoscritto (Cognome e Nome) **nato il**

_____ ___/___/_____

a **Prov** **Codice Fiscale**

_____

Consenso al trattamento dei dati personali, appartenenti a categorie particolari, per finalità assicurative

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto, e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa.

IL DEBITORE/ ASSICURANDO_____

consapevole della rilevanza ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società a norma degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile,

dichiaro di:

(barrare con una crocetta la sezione per la quale si rilascia la dichiarazione)

☐ 1) non essere o di non essere stato affetto da:

- patologie cardiovascolari (quali infarto miocardico, patologie ictali, trombo-emboliche ed aneurismatiche);
- diabete mellito;
- neoplasie maligne nel corso degli ultimi 10 anni

☐ 2) non essere stato riconosciuto

- invalido con un grado di invalidità superiore o uguale al 67% (ex L. 118/1971)

N.B. *in caso di soggetto invalido di grado inferiore al 67% si richiede di allegare il Verbale definitivo accertante lo stato di invalidità/inabilità rilasciato dall'ente competente all'accertamento*

- ultra65enne invalido con difficoltà medio-gravi (67-99%) o gravi (100%) (ex D.Lgs. 509/1988 e D. Lgs. 124/1999)

N.B. *in caso di soggetto ultra65enne invalido con difficoltà lievi (34-66%) si richiede di allegare il Verbale definitivo accertante lo stato di invalidità/inabilità rilasciato dall'ente competente all'accertamento*

- titolare di assegno ordinario di invalidità (soggetto invalido di grado superiore al 67%) e/o pensione ordinaria di inabilità (ex L. 222/1984)

☐ 3) non avere in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso l'Ente di Previdenza e/o assistenza obbligatoria di appartenenza e/o presso Assicurazioni private o Enti di previdenza o assistenza facoltativi

N.B. *Coloro che – essendo in grado di sottoscrivere le dichiarazioni di cui ai punti 1) e 2) – non sono in grado di sottoscrivere la dichiarazione di cui al punto 3), si impegnano ad inviare la documentazione medica inerente alla pratica alla Società, che si riserva di richiedere ulteriore documentazione, di accettare il rischio o di rifiutare il rischio stesso.*

Dichiaro inoltre di aver preso visione della "*Informativa in tema di disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche*" riportata nel Modulo di adesione.

Luogo e data _____ **Il Debitore/ Assicurando** _____