

# New Protection

## La polizza in breve

Questa polizza serve per tutelare la tua azienda, pagando una somma importante in caso di decesso o invalidità permanente delle figure professionali che ricoprono ruoli centrali.



Questo documento contiene l'informativa precontrattuale allegati n. 3 e n. 4 e il set informativo.

# MetLife Europe d.a.c.

## Rappresentanza Generale per l'Italia

### New Protection

---

**Contratto di Assicurazione Vita di durata annuale a tacito rinnovo e premio annuo variabile con garanzia per caso morte o caso morte ed invalidità permanente totale**

**I documenti che compongono il Set informativo sono i seguenti:**

- **DIP Vita - Documento informativo precontrattuale vita**
- **DIP aggiuntivo Vita - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo vita**
- **Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario e dell'Informativa sul trattamento dei dati personali**
- **Proposta/Certificato di assicurazione**

**Mod. NPF2F Ed. 2019/01**

# Assicurazione Vita

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita  
diversi dai prodotti d'investimento assicurativi  
(DIP Vita)

Impresa che realizza il prodotto: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia



Prodotto: New Protection

Questo documento è stato realizzato in data 01/01/2019 ed è l'ultimo disponibile.

**Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.**

## Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza garantisce al beneficiario un capitale qualora in corso di contratto si verifichi la morte o l'invalidità permanente totale dell'assicurato.

## Che cosa è assicurato? Quali sono le prestazioni?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

### GARANZIA BASE:

#### ✓ **Decesso per qualsiasi causa**

Somma assicurata: prestazione compresa tra un minimo di € 50.000,00 ed un massimo di:

- € 1.500.000,00 per gli assicurati di età fino a 60 anni;
- € 1.000.000,00 per gli assicurati di età oltre 60 anni.

### GARANZIA OPZIONALE:

#### ▪ **Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% da infortunio o malattia**

Somma assicurata: prestazione compresa tra un minimo di € 50.000,00 ed un massimo di:

- € 1.500.000,00 per gli assicurati di età fino a 60 anni;
- € 1.000.000,00 per gli assicurati di età oltre 60 anni.

## Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone che non soddisfano i requisiti di assicurabilità indicati nella sezione "A chi è rivolto questo prodotto?" contenuta nel DIP Aggiuntivo Vita.

## Ci sono limiti di copertura?

**Per tutte le garanzie** sono escluse dalla polizza le conseguenze di:

- ! dolo del contraente o del beneficiario;
- ! uso di droghe (se non prescritte dal medico);
- ! alcolismo acuto o cronico dell'assicurato;
- ! partecipazione attiva dell'assicurato ad atti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- ! contaminazione biologica e/o chimica connessa direttamente o indirettamente ad atti terroristici;
- ! partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo stato italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del contraente, alle condizioni stabilite dal competente ministero;
- ! partecipazione a corse di velocità, e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- ! incidenti di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- ! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- ! infortuni antecedenti alla data di sottoscrizione della polizza;
- ! malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note all'assicurato al momento della sottoscrizione della polizza;
- ! malattie e/o conseguenze di invalidità preesistente riconosciuta;
- ! l'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta; salti dal trampolino con sci o idrosci; sci o idrosci acrobatico; immersione con autorespiratore; speleologia; motonautica; paracadutismo e sport aerei in genere (parapendio, deltaplano, ecc.);
- ! svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere; palombari/sommozzatori; speleologi; paracadutisti; piloti commerciali privati (non di linea); addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico; collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

**Per la garanzia Decesso**, è inoltre escluso:

- ! il suicidio che avviene nei primi 2 anni dall'inizio della polizza.

**Per la garanzia Invalidità Permanente Totale**, sono inoltre esclusi gli eventi causati o concausati da:

- ! condizioni fisiche o patologiche preesistenti al perfezionamento della polizza;
- ! infortuni e malattie correlate all'abuso di alcool, nonché conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;

- ! trattamenti estetici (ad eccezione di quelli resi necessari a seguito di infortunio dell'assicurato) cure dimagranti e dietetiche;
- ! volontario rifiuto di osservare le prescrizioni mediche;
- ! malattie del sistema nervoso, disturbi mentali, disturbi comportamentali, disturbi della personalità, disturbi dell'umore compresi anche gli stati paranoidi, le forme maniacodepressive e la schizofrenia; atti volontari di autolesionismo dell'assicurato o stato di incapacità di intendere o volere da esso procurato;
- ! malattie tropicali;
- ! uso e guida di mezzi subacquee;
- ! partecipazione dell'assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, a competizioni agonistiche e relative prove;
- ! pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo; arrampicata libera; automobilismo; motociclismo; motocross; hockey; rugby;

- football americano; arti marziali; pugilato; atletica pesante; immersioni subacquee; bob;
- ! partecipazione dell'assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- ! guerra (anche non dichiarata) insurrezioni o atti di terrorismo;
- ! partecipazione attiva dell'assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- ! connessione con l'uso o la produzione di esplosivi;
- ! svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore, lavoro nel sottosuolo, attività subacquee, vigili del fuoco, attività a contatto con sostanze nocive e tossiche.



## Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.



## Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
- Hai il dovere di comunicare all'Impresa le modifiche relative all'attività professionale, all'attività sportiva ed alle abitudini di vita (fumatore/non fumatore) eventualmente intervenute in corso di contratto.
- In caso di sinistro, hai il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto all'Impresa e di presentare la seguente documentazione:

### Decesso

- Relazione medica sulle cause del decesso;
- Certificato di morte in originale.

Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:

- In caso di morte violenta (infortunio, suicidio, ecc.) verbale delle forze dell'ordine o certificato della procura o altro documento rilasciato dall'autorità competente da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- Referto autoptico e indagini tossicologiche.

### Invalità Permanente Totale

- Relazione medica sulle cause dell'invalità permanente totale;
- Certificati medici comprovanti l'entità ed il decorso delle lesioni nonché la stabilizzazione dei postumi invalidanti;

Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:

- Certificazione di invalidità rilasciata dall'INPS o altro organo preposto;
- Documentazione presentata unitamente alla domanda di invalidità (originali di cartelle cliniche, accertamenti diagnostici, valutazioni funzionali, ecc.);
- Conferma di cessazione del rapporto di lavoro rilasciata dal datore di lavoro.



## Quando e come devo pagare?

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'assicurato, al suo stato di salute, alle sue abitudini di vita (fumatore/non fumatore) ed alle attività professionali e sportive svolte.

Il premio è annuo e può essere pagato con le seguenti modalità:

1. direttamente all'Impresa tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul tuo conto corrente bancario;
2. direttamente all'Impresa tramite bonifico bancario;
3. all'intermediario abilitato all'incasso tramite i mezzi di pagamento previsti dalla normativa di riferimento ed indicati nell'Informativa precontrattuale.

L'Impresa consente il frazionamento del premio su base mensile (modalità 1 e 3) o semestrale (tutte le modalità). In tal caso verranno applicati su ogni rata interessi di frazionamento pari al 4,00%.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto è stipulato per la durata di un anno con clausola di tacito rinnovo.

Il contratto si perfeziona secondo le seguenti modalità:

- in caso di risposta affermativa anche ad una soltanto delle domande poste nella dichiarazione di buona salute o nel questionario medico e/o nei casi in cui è prevista la visita medica, con la formale accettazione del rischio da parte dell'Impresa, che provvederà ad inviarti apposita lettera di conferma per il tramite dell'intermediario;
- in tutti gli altri casi, nel momento in cui sottoscrivi la polizza.

La copertura assicurativa inizia alle ore 24.00 della data di perfezionamento del contratto e ha durata annuale. Successivamente essa si intenderà **tacitamente rinnovata**, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità.

A partire dalla data di inizio della copertura assicurativa è previsto:

- un periodo di carenza di 6 mesi, che non troverà applicazione se l'assicurato effettua una visita medica;
- un periodo di carenza di 5 anni, per eventi direttamente o indirettamente correlati ad infezione da HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita o stati assimilabili, che non troverà applicazione se l'assicurato effettua una visita medica ed un test sull'HIV con esito negativo nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della polizza. Se l'assicurato effettua la visita medica, ma rifiuta di effettuare il test sull'HIV, il periodo di carenza sarà esteso a 7 anni.



## Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Nei casi in cui il contratto si perfeziona con la formale accettazione del rischio da parte dell'Impresa, puoi revocare la proposta di assicurazione fino a che tu non abbia avuto conoscenza dell'accettazione da parte dell'Impresa. La revoca potrà avvenire mediante comunicazione da inviarsi all'Impresa, direttamente o per il tramite dell'intermediario, a mezzo email scrivendo all'indirizzo [rischi.individuali@metlife.it](mailto:rischi.individuali@metlife.it) o tramite lettera raccomandata A/R.

In caso di ripensamento, hai diritto di recedere dal contratto, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Impresa, entro 60 giorni dalla data di inizio della copertura assicurativa. In tal caso l'Impresa, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, ti restituirà la porzione di premio pagata e non goduta.

Hai infine il diritto di disdire il contratto ad ogni ricorrenza annuale dandone comunicazione all'Impresa mediante lettera raccomandata A/R, con preavviso di 30 giorni sulla data di scadenza.

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio determina, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, la risoluzione del contratto ed i premi versati resteranno acquisiti dall'Impresa.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI  NO



# Assicurazione Vita

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)

Impresa che realizza il prodotto: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia



Prodotto: New Protection

Questo documento è stato realizzato in data 01/01/2019 ed è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

[Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.](#)

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero I.00110, con Sede in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma | tel. 06.492161 | sito internet: [www.metlife.it](http://www.metlife.it) | pec: [mel-italia@legalmail.it](mailto:mel-italia@legalmail.it).

MetLife Europe d.a.c. è una società di capitali del gruppo Metropolitan Life Insurance Inc. (MetLife) costituita in Irlanda ed iscritta al Registro delle Imprese Irlandese (numero di iscrizione 415123) avente Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. MetLife Europe d.a.c. è autorizzata dalla Central Bank of Ireland (numero di riferimento C42062) ad esercitare l'attività assicurativa nei rami vita I, III, IV e V e nei rami danni 1 e 2, così come definiti dal D.lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private). Il contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via Andrea Vesalio 6 - 00161 Roma, tel. 06.492161, fax 06.49216300. Nel sito internet [www.metlife.it](http://www.metlife.it) all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa. MetLife Europe d.a.c. è iscritta nell'elenco delle imprese di assicurazioni ammesse da IVASS ad operare in Italia in regime di stabilimento (numero di iscrizione I.00110) ed soggetta alla vigilanza dalla Central Bank of Ireland.

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2017 è pari a € 1.607.899.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari a € 4.379.000,00 rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 4.379.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 1.603.520.000,00. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c. è pari al 148%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 812.529.362 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 1.205.095.607. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 309.154.275. Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito <http://www.metlife.eu/financial-reports/>.

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato? Quali sono le prestazioni?

### GARANZIA BASE

**Decesso per qualsiasi causa**

In caso di decesso per qualsiasi causa, l'Impresa corrisponde agli aventi diritto una somma pari al capitale assicurato.

### GARANZIA OPZIONALE

**Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% da infortunio o malattia**

In caso di invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 66% da infortunio o malattia, l'Impresa corrisponde all'assicurato una somma pari al capitale assicurato.



## Che cosa NON è assicurato?

**Rischi esclusi**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



## Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

**Cosa fare in caso di sinistro?**

**Denuncia di sinistro:** i sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto all'Impresa all'indirizzo [MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Sinistri, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma, Indirizzo Email \[sinistri@metlife.it\]\(mailto:Sinistri@metlife.it\)](mailto:Sinistri@metlife.it). La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dall'Impresa, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet [www.metlife.it](http://www.metlife.it) nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del sinistro è possibile telefonare al numero **06.492161**.

Relativamente alla documentazione da presentare in caso di sinistro, non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita. L'invalidità permanente totale deve essere accertata da un medico che sia abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

**Prescrizione:** l'assicurazione di cui al presente contratto è classificata nel ramo vita. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile II comma, i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Resta inteso che qualora l'Impresa, per cause ad essa non imputabili, si trovi nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

|   |   |
|---|---|
|   | <b>Liquidazione della prestazione:</b> in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa si impegna al pagamento di quanto dovuto entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa.  |
| <b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b> | Eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sul rischio da assicurare (come ad esempio non dichiarare l'esistenza di una malattia pregressa) possono comportare la cessazione della polizza o la perdita del diritto a ricevere l'indennizzo. |



## Quando e come devo pagare?

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>Premio</b>   | Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.  |
| <b>Rimborso</b> | Hai diritto al rimborso del premio nei seguenti casi: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ se il contraente trasferisce all'estero la residenza, il domicilio fiscale o la sede legale;</li> <li>▪ perdita dei requisiti di assicurabilità;</li> <li>▪ recesso dal contratto.</li> </ul> L'Impresa effettua il rimborso del premio al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. |
| <b>Sconti</b>   | Non previsti.   |



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Durata</b>      | La polizza cessa: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ se il contraente trasferisce la residenza, il domicilio fiscale o la sede legale all'estero;</li> <li>▪ se l'assicurato perde i requisiti di assicurabilità;</li> <li>▪ in caso di decesso dell'assicurato;</li> <li>▪ in caso di recesso dal contratto;</li> <li>▪ al pagamento della prestazione assicurata con riferimento alla garanzia invalidità permanente totale;</li> <li>▪ in caso di risoluzione del contratto per mancato pagamento del premio.</li> </ul> Se hai aderito alle garanzie Decesso ed Invalidità Permanente Totale, al raggiungimento del 65° anno di età dell'assicurato, cessa la garanzia Invalidità Permanente Totale ed il premio sarà ricalcolato al netto della porzione a copertura del rischio Invalidità Permanente Totale. |
| <b>Sospensione</b> | Non prevista.   |



## Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Revoca</b>      | Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita. |
| <b>Recesso</b>     | Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita. |
| <b>Risoluzione</b> | Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita. |



## A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto è rivolto alle persone che:

- al momento della sottoscrizione della polizza:
  - sono residenti in Italia e sono munite di codice fiscale o tessera sanitaria italiani;
  - hanno compiuto 18 anni di età;
  - hanno un'età non superiore a 64 anni in caso di adesione alle garanzie Decesso ed Invalidità Permanente Totale e 75 anni in caso di adesione alla sola garanzia Decesso;
- al termine del periodo di durata del contratto, hanno un'età non superiore a 65 anni in caso di adesione alle garanzie Decesso ed Invalidità Permanente Totale e 80 anni in caso di adesione alla sola garanzia Decesso.



## Quali costi devo sostenere?

### Costi gravanti sul premio

|   |  |
|---|--|
| <b>Costo per gestione e rinnovo della polizza</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Per capitali assicurati fino a € 150.000,00:</u> il 12,00% del premio annuo, a cui va aggiunto un importo pari allo 0,04% del capitale assicurato.</li> <li>▪ <u>Per capitali assicurati superiori a € 150.000,00 e fino a € 750.000,00:</u> il 7,00% del premio annuo, a cui va aggiunto un importo pari allo 0,03% del capitale assicurato.</li> <li>▪ <u>Per capitali assicurati superiori a € 750.000,00:</u> il 5,00% del premio annuo, a cui va aggiunto un importo pari allo 0,025% del capitale assicurato.</li> </ul> |
| <b>Costi di frazionamento</b>                     | 4,00% dell'importo della rata.   |
| <b>Spese di emissione della polizza</b>           | Non previste.  |
| <b>Costo per visita medica</b>                    | Se la visita medica è richiesta in fase di assunzione del rischio, il costo è a carico dell'assicurato e non è quantificabile a priori in quanto dipende dalla tariffa praticata dalla struttura medica liberamente scelta dall'assicurato. Se la visita medica è disposta per l'eventuale liquidazione del sinistro, il costo è a carico dell'Impresa che si rivolge a medici di sua fiducia.   |

### Costi di intermediazione

Da un minimo di 0,00% (zero) ad un massimo di 14,00% del premio annuo.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI  NO

|                                |               |
|--------------------------------|---------------|
| Valori di riscatto e riduzione | Non previsto. |
| Richiesta di informazioni      | Non previsto. |

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>All'Impresa assicuratrice</b> | Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o email alla funzione Ufficio Reclami dell'Impresa, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati:<br><b>METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI</b><br>Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma   Fax 06.49216300   Indirizzo e-mail: <a href="mailto:reclami@metlife.it">reclami@metlife.it</a><br>Il reclamante potrà presentare reclamo all'Impresa anche utilizzando il modello disponibile sul sito <a href="http://www.metlife.it">www.metlife.it</a> all'interno della sezione "Assistenza Clienti".<br>Il reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie. |
| <b>All'IVASS</b>                 | In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> , Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> .<br>In ogni caso, resta salva la facoltà di proporre il reclamo nei confronti dell'Autorità di Vigilanza dello Stato membro di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c. al seguente indirizzo: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland oppure Irish Financial Services Ombudsman, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Tel: +353 1 6620899, Fax: +353 1 6620890.   |

## PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

|  |   |
|--|---|
| <b>Mediazione</b>  | Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria per le controversie relative ai contratti assicurativi.  |
| <b>Negoziazione assistita</b>                                      | Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.   |
| <b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b> | In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, ferma restando la possibilità di adire l'autorità giudiziaria o di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente al presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il collegio medico. Il collegio medico risiede nel comune, sede dell'istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza degli aventi diritto. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali del collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.<br>Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: <a href="http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm">http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm</a> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET). |

## REGIME FISCALE

|   |  |
|---|--|
| <b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b> | A questo contratto si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR). I premi versati sono esenti da imposta sulle assicurazioni. I premi delle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente superiore al 5%, derivante da qualsiasi causa, saranno detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal contraente nella misura e per gli importi previsti dalla normativa vigente. |
|---|--|

**L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.**

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE) PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA PER AVERE INFORMAZIONI SULLA TUA POLIZZA. NON POTRAI INVECE UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**



## Condizioni di Assicurazione Polizza Vita “New Protection”

Questo documento è stato aggiornato in data 01/01/2019 ed è l'ultimo disponibile

### Glossario

**Assicurato:** la persona fisica sulla cui vita o persona viene stipulato il Contratto.

**Capitale assicurato:** l'importo dovuto dalla Compagnia in caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza.

**Carenza:** periodo di tempo durante il quale il Contratto non è efficace. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, lo stesso non sarà coperto e la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.

**Caricamenti:** parte del Premio destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Compagnia.

**Certificato di assicurazione (o di Polizza):** il documento che prova l'assicurazione.

**Compagnia:** MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma, tel. 06.492161, fax 06.49216300. Nel sito internet [www.metlife.it](http://www.metlife.it) all'interno della sezione “Assistenza Clienti” sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare la Compagnia.

**Contraente:** la persona fisica o giuridica che sottoscrive il Contratto e si impegna a corrispondere il Premio.

**Contratto (o Polizza):** il Contratto di assicurazione stipulato dal Contraente con la Compagnia.

**Decorrenza della copertura assicurativa (del Contratto o della Polizza):** il momento in cui la copertura assicurativa acquista efficacia.

**Durata della copertura assicurativa (del Contratto o della Polizza):** il periodo di efficacia della copertura assicurativa.

**Esclusioni:** i rischi non coperti dal Contratto, elencati all'interno delle Condizioni di assicurazione.

**Estero:** il territorio al di fuori dei confini della Repubblica italiana.

**Età:** corrisponde all'età assicurativa, ovvero all'età dell'Assicurato determinata in anni interi, cioè pari al numero di anni compiuti maggiorato di uno, qualora, alla data di sottoscrizione del Contratto, l'ultimo compleanno sia trascorso da più di 6 mesi (esempio: se l'Assicurato ha compiuto 30 anni il 1° febbraio 2017, la sua età assicurativa al 1° settembre 2017 sarà 31 anni).

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

**IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

**Malattia:** ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da Infortunio.

**Premio:** la somma che il Contraente si è impegnato a corrispondere alla Compagnia, alle scadenze pattuite, per la copertura assicurativa offerta.

**Premio puro:** il Premio al netto dei Caricamenti.

**Prescrizione:** estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

**Programma Assicurativo:** l'insieme delle garanzie offerte dalla Compagnia.

**Proposta di assicurazione:** modulo con il quale il Contraente manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il Contratto in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

**Riserva matematica:** importo accantonato dalla Compagnia per far fronte agli impegni futuri, assunti contrattualmente nei confronti degli assicurati.

**Sepa Direct Debit (SDD):** l'addebito diretto Sepa è lo strumento di pagamento mediante il quale il debitore (Contraente) in base ad un accordo preliminare (mandato) autorizza il creditore (Compagnia) a disporre addebiti sul proprio conto corrente per pagamenti ricorrenti o singoli.

**Sinistro:** il verificarsi dell'evento dannoso per cui è offerta l'assicurazione.

### Art. 1 – Base dell'assicurazione

L'assicurazione è assunta dalla Compagnia in base alle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato.

### Art. 2 – Garanzie

Il Contratto prevede la garanzia base **Decesso per qualsiasi causa**, cui può essere abbinata la garanzia opzionale **Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia**.



Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma la garanzia Invalidità Permanente Totale deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

### Art. 3 – Persone assicurabili e formalità di ammissione al Programma Assicurativo

#### 3.1 – Contraente e variazioni di residenza, domicilio fiscale o sede legale

Possono sottoscrivere la presente Polizza, in qualità di Contraente, sia le persone fisiche con residenza o domicilio fiscale in Italia, sia le persone giuridiche con sede legale in Italia.

Qualora, in corso di Contratto, il Contraente dovesse trasferire la propria residenza, domicilio fiscale o sede legale all'Estero, dovrà darne tempestiva comunicazione per iscritto alla Compagnia. In tal caso la Polizza cessa a partire dalla data del trasferimento e la Compagnia restituirà al Contraente il Premio annuo eventualmente già pagato, al netto delle spese di gestione e della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

### 3.2 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche a condizione che:

- a) al momento della sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione:
  - i. siano residenti nel territorio della Repubblica italiana e siano muniti di codice fiscale o tessera sanitaria italiani;
  - ii. abbiano compiuto 18 anni di età;
  - iii. abbiano un'Età non superiore a 64 anni in caso di adesione alle garanzie Decesso ed Invalidità Permanente Totale e 75 anni in caso di adesione alla sola garanzia Decesso;
- b) al termine del periodo di durata del Contratto, abbiano un'Età non superiore a 65 anni in caso di adesione alle garanzie Decesso ed Invalidità Permanente Totale e 80 anni in caso di adesione alla sola garanzia Decesso.



Nel caso in cui il Contraente abbia aderito alle garanzie Decesso ed Invalidità Permanente Totale, al raggiungimento del 65° anno di Età dell'Assicurato, cessa la garanzia Invalidità Permanente Totale ed il Premio sarà ricalcolato al netto della porzione a copertura del rischio Invalidità Permanente Totale.

### 3.3 – Formalità di assunzione del rischio

Le formalità di assunzione del rischio variano in base all'Età dell'Assicurato ed all'importo da assicurare. In presenza di altre coperture assicurative caso morte già in essere con la Compagnia, ai fini dell'individuazione della corretta formalità di assunzione del rischio da espletare, occorrerà sommare il capitale già assicurato con il nuovo importo da assicurare.

Resta inteso che nel caso in cui dalla documentazione medica ricevuta dovessero emergere fattori di rischio, la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari, applicare un sovrappremio, escludere specifici rischi o rifiutare l'assunzione del rischio. La Compagnia si riserva inoltre la facoltà di valutare il rischio derivante dall'esercizio di attività professionali e sport amatoriali e/o professionali dietro compilazione degli appositi questionari sulle attività/sport svolti.

**Anche se non espressamente previsto dalle formalità di ammissione al Programma Assicurativo, è riconosciuta all'Assicurato la possibilità di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

### 3.4 – Dichiarazioni inesatte e reticenze

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia, tali per cui la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'Indennizzo in conseguenza di un Sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. In particolare, tali dichiarazioni false, inesatte o reticenti:

- sono causa di annullamento del Contratto quando l'Assicurato abbia agito con dolo o con colpa grave. In tal caso, la Compagnia avrà diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo anno. Qualora il Sinistro si verifichi prima che siano decorsi 3 mesi dal giorno in cui la Compagnia ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, la Compagnia non sarà tenuta a pagare la somma assicurata, in linea con quanto previsto dall'art. 1892 c.c.;
- non sono causa di annullamento del Contratto quando l'Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave. Tuttavia, in tali casi, la Compagnia potrà recedere dal Contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Qualora il Sinistro si verifichi prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Compagnia, o prima che la Compagnia abbia dichiarato di recedere dal Contratto, la somma dovuta sarà ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dall'art. 1893 c.c.

## Art. 4 – Perfezionamento, decorrenza e durata del Contratto

### 4.1 – Perfezionamento

In caso di compilazione della Dichiarazione di Buona Salute o del Questionario Anamnestico con risposta negativa a tutte le domande, il Contratto si perfeziona al momento della sottoscrizione del Certificato di assicurazione da parte del Contraente. Diversamente, in caso di compilazione della Dichiarazione di Buona Salute o del Questionario Anamnestico con risposta affermativa anche ad una soltanto delle domande o nei casi in cui è richiesto di sottoporsi a visita medica, il Contratto si perfeziona con la formale accettazione del rischio da parte della Compagnia, che provvederà ad inviare al Contraente apposita lettera di conferma per il tramite dell'intermediario.

### 4.2 – Decorrenza e Durata

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 della data di perfezionamento del Contratto sopra indicata, a condizione che il Premio sia pagato. Ove il pagamento del Premio fosse successivo alla data di perfezionamento del Contratto, la copertura assicurativa resterà sospesa e decorrerà dalle ore 24.00 della data di effettivo pagamento.

La copertura assicurativa ha durata annuale. Successivamente essa si intenderà **tacitamente rinnovata**, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di cui agli artt. 3.1 e 3.2 lettere a) i e b) ed il Premio sia pagato, salvo disdetta da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 5.3.

Il Contratto cessa:

- a) in caso di trasferimento di residenza, domicilio fiscale o sede legale all'Estero da parte del Contraente;
- b) in caso vengano meno i requisiti di cui all'art. 3.2, lett. a) i;
- c) in caso di decesso dell'Assicurato;
- d) in caso di esercizio del diritto di recesso da parte del Contraente;
- e) al pagamento della prestazione assicurata con riferimento alla garanzia Invalidità Permanente Totale;
- f) in caso di risoluzione del Contratto per mancato pagamento del Premio ai sensi dell'art. 12.

Nelle ipotesi a), c) la Compagnia restituirà al Contraente il Premio già pagato, al netto della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto. Nelle ipotesi b), d), e) non è dovuta alcuna restituzione di Premio.

## Art. 5 – Recesso, Revoca e Disdetta

### 5.1 – Recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto, **entro 60 giorni** dalla data di perfezionamento del medesimo, a mezzo di **lettera raccomandata A/R** indirizzata alla Compagnia. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione. In tal caso la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

### 5.2 – Revoca

Nei casi in cui il Contratto si perfezioni con la formale accettazione del rischio da parte della Compagnia, il Contraente può revocare la Proposta di assicurazione fino a che non abbia avuto conoscenza dell'accettazione da parte della Compagnia. La revoca potrà avvenire mediante comunicazione da inviarsi alla Compagnia, direttamente o per il tramite dell'intermediario, a mezzo email scrivendo all'indirizzo [rischi.individuali@metlife.it](mailto:rischi.individuali@metlife.it) o tramite **lettera raccomandata A/R**.

### 5.3 – Disdetta

Il Contraente ha diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza annuale, con conseguente cessazione della copertura assicurativa, dandone comunicazione alla Compagnia mediante **lettera raccomandata A/R**, con **preavviso di 30 giorni** sulla data di scadenza.

## Art. 6 – Capitale assicurato

Il Capitale assicurato, in funzione della scelta effettuata dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione, può essere costante per tutta la durata del Contratto oppure decrescente, su base annua, di una quota pari al Capitale assicurato iniziale diviso per la durata del Contratto (espressa in anni). La durata del Contratto viene determinata ipotizzando che la copertura assicurativa annuale sia tacitamente rinnovata fino al raggiungimento dei limiti massimi di età previsti in Polizza (art. 3.2 lettera b). Per le informazioni di dettaglio, si rinvia al Piano di sviluppo del Capitale assicurato e dei Premi allegato alla Polizza, che indica il Capitale assicurato ed i premi da corrispondere, secondo il frazionamento prescelto, alla data di decorrenza della Polizza ed alle successive ricorrenze annuali in caso di tacito rinnovo.

Il Capitale assicurato è indicato nella Proposta/Certificato di assicurazione ed è compreso tra un minimo di € 50.000,00 ed un massimo di:

- € 1.500.000,00 per gli assicurati di Età fino a 60 anni;
- € 1.000.000,00 per gli assicurati di Età oltre 60 anni.

Oltre tali limiti la Compagnia valuterà caso per caso la possibilità di assumere o meno il rischio.



Il Capitale assicurato relativo alla garanzia opzionale Invalidità Permanente Totale può essere pari o inferiore al Capitale assicurato relativo alla garanzia base Decesso.

## Art. 7 – Prestazioni assicurate

### a) **Decesso per qualsiasi causa** – Garanzia base

In caso di Decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato, verificatosi nel periodo di validità del Contratto, la Compagnia corrisponde agli aventi diritto una somma pari al Capitale assicurato, così come definito all'art. 6, salvo i casi di esclusione specificati all'art. 8.

### b) **Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia** – Garanzia opzionale



Per Invalidità Permanente Totale si intende la perdita totale e permanente della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione esercitata, di grado pari o superiore al 66%. L'Invalidità Permanente Totale deve essere stata causata da Malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato. Per il calcolo del grado di invalidità si conviene di adottare come riferimento la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche. Lo stato di Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato viene accertato secondo le modalità stabilite all'art. 13 e secondo la definizione di cui al presente articolo. Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato prima che la Compagnia abbia accertato la stabilizzazione dei postumi invalidanti ed il decesso non sia indennizzabile a termini di Polizza, gli eredi dell'Assicurato potranno comunque dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea a provare lo stato di Invalidità Permanente Totale.

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio o della Malattia che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti al perfezionamento del Contratto. Pertanto, se al momento dell'Infortunio o della diagnosi della Malattia, l'Assicurato fosse affetto da menomazioni preesistenti, saranno indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio o la Malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti.

In caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, verificatasi nel periodo di validità del Contratto, la Compagnia corrisponde all'Assicurato una somma pari al Capitale assicurato, così come definito all'art. 6, salvo i casi di esclusione specificati all'art. 8. Resta inteso che il Contratto cessa al pagamento della prestazione assicurata (art. 4.2 lett. d).

## Art. 8 – Limitazioni ed Esclusioni



La Compagnia non sarà tenuta a garantire alcuna copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun Sinistro o prestazione di cui al presente Contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzione, divieto o restrizione in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle sanzioni economiche o commerciali, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea o da altre leggi o regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

### 8.1 – Carenza

Il Contratto prevede un periodo di Carenza di 6 mesi, a partire dalla decorrenza della copertura assicurativa. Tale periodo di Carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica.

Il Contratto prevede, altresì, un periodo di Carenza di 5 anni, a partire dalla decorrenza della copertura assicurativa, per eventi direttamente o indirettamente correlati ad infezione da HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita o stati assimilabili. Tale periodo di Carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurato, in fase di assunzione del rischio, dovesse sottoporsi a visita medica ed effettuare un test sull'HIV con esito negativo nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della Proposta di assicurazione. Qualora invece l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica, ma rifiutare di effettuare un test sull'HIV, il periodo di Carenza sarà esteso a 7 anni.

Qualora l'evento assicurato si verifichi durante il periodo di Carenza, la Compagnia corrisponderà una somma pari all'importo della Riserva matematica calcolata al momento del Decesso o del riconoscimento dell'Invalidità Permanente Totale.

Il periodo di Carenza non troverà in ogni caso applicazione qualora l'evento assicurato sia conseguenza diretta di:

- Infortunio;
- shock anafilattico;
- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la decorrenza della copertura assicurativa: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, tetano, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica.

### 8.2 – Esclusioni

Sono esclusi dal Contratto il Decesso e l'Invalidità Permanente Totale conseguenza di:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- uso di droghe (se non prescritte dal medico);
- alcolismo acuto o cronico dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa direttamente o indirettamente ad atti terroristici;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- partecipazione a corse di velocità, e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- infortuni antecedenti alla data di sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione;
- malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note all'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione;
- suicidio se avviene nei primi 2 anni dalla decorrenza della copertura assicurativa;
- malattie e/o conseguenze di invalidità preesistente riconosciuta;
- l'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta; salti dal trampolino con sci o idrosci; sci o idrosci acrobatico; immersione con autorespiratore; speleologia; motonautica; paracadutismo e sport aerei in genere (parapendio, deltaplano, ecc.);
- svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere; palombari/sommozzatori; speleologi; paracadutisti; piloti commerciali privati (non di linea); addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico; collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

È altresì esclusa dal Contratto l'Invalidità Permanente Totale causata o concausata da:

- condizioni fisiche o patologiche preesistenti al perfezionamento del Contratto;
- infortuni e malattie correlate all'abuso di alcool, nonché conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- trattamenti estetici (ad eccezione di quelli resi necessari a seguito di Infortunio dell'Assicurato) cure dimagranti e dietetiche;
- volontario rifiuto di osservare le prescrizioni mediche;
- malattie del sistema nervoso, disturbi mentali, disturbi comportamentali, disturbi della personalità, disturbi dell'umore compresi anche gli stati paranoidi, le forme maniacodepressive e la schizofrenia; atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o stato di incapacità di intendere o volere da esso procurato;
- malattie tropicali;
- uso e guida di mezzi subacquei;
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, a competizioni agonistiche e relative prove;
- pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo; arrampicata libera; automobilismo; motociclismo; motocross; hockey; rugby; football americano; arti marziali; pugilato; atletica pesante; immersioni subacquee; bob;
- partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;



- guerra (anche non dichiarata) insurrezioni o atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- connessione con l'uso o la produzione di esplosivi;
- svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore, lavoro nel sottosuolo, attività subacquee, vigili del fuoco, attività a contatto con sostanze nocive e tossiche.

#### Art. 9 – Stato di fumatore / non fumatore

È considerato "fumatore" il soggetto che abbia fumato (sigarette, sigari, pipa, ecc.) anche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione o che abbia smesso di fumare su consiglio medico. È considerato "non fumatore" il soggetto che non abbia fumato (sigarette, sigari, pipa, ecc.) neanche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione e che non abbia smesso di fumare su consiglio medico.

#### Art. 10 – Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale

L'Assicurato ha l'obbligo di dare tempestiva comunicazione alla Compagnia dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dalla Compagnia al momento del perfezionamento del Contratto, la stessa non avrebbe assunto il rischio o lo avrebbe fatto per un Premio più elevato.

Ai sensi del presente Contratto, si ritengono aggravamento del rischio le variazioni inerenti le seguenti circostanze:

- attività professionale dell'Assicurato;
- attività sportive dell'Assicurato;
- abitudini di vita dell'Assicurato (Assicurato dichiaratosi "non fumatore" che inizi o ricominci a fumare, secondo quanto previsto all'art. 9).

La Compagnia, ricevuta la comunicazione sull'aggravamento del rischio, valuterà la possibilità di recedere dal Contratto o di applicare un sovrappremio. In quest'ultimo caso, provvederà all'emissione di apposita appendice, indicando il nuovo Premio che sarà dovuto a partire dalla successiva ricorrenza annuale di pagamento.

Qualora l'Assicurato non dovesse comunicare l'aggravamento del rischio, la Compagnia, in caso di Sinistro, corrisponderà un importo ridotto che si ottiene moltiplicando il Capitale assicurato per il rapporto tra il Premio stabilito nel Contratto e quello da corrispondersi ove l'Assicurato avesse dichiarato l'aggravamento del rischio, ovvero non corrisponderà il Capitale assicurato se l'aggravamento è tale che non avrebbe assunto il rischio.

#### Art. 11 – Diminuzione del rischio in corso di validità contrattuale

Se l'Assicurato comunica alla Compagnia mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento del perfezionamento del Contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un Premio minore, la Compagnia è tenuta a ridurre il Premio e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Ai sensi del presente Contratto, si ritengono diminuzione del rischio le variazioni inerenti le seguenti circostanze:

- attività professionale dell'Assicurato;
- attività sportive dell'Assicurato;
- abitudini di vita dell'Assicurato (Assicurato dichiaratosi "fumatore" che smetta di fumare, secondo quanto previsto dall'art. 9).

In particolare, per quanto riguarda le abitudini di vita dell'Assicurato, la Compagnia, ricevuta la comunicazione che l'Assicurato abbia smesso di fumare da almeno 24 mesi, corredata da una certificazione rilasciata dal medico curante attestante che l'Assicurato non abbia smesso di fumare su consiglio medico, provvederà a ricalcolare il Premio dovuto. Detta variazione verrà disciplinata con apposita appendice, che indicherà l'ammontare di Premio dovuto dalla successiva ricorrenza annuale di pagamento.

#### Art. 12 – Premio assicurativo

Il Premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla durata del Contratto, al Capitale assicurato, all'Età dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle sue abitudini di vita (fumatore/non fumatore) ed alle attività professionali e sportive svolte.

La totalità del Premio viene utilizzata dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, i premi rimarranno totalmente acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso. Il Premio è annuo ed è pari all'importo indicato nella Proposta/Certificato di assicurazione.

Il Premio può essere corrisposto con le seguenti modalità:

1. direttamente alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del Contraente;
2. direttamente alla Compagnia tramite bonifico bancario;
3. all'Intermediario abilitato all'incasso tramite i mezzi di pagamento previsti dalla normativa di riferimento ed indicati nell'Informativa precontrattuale.

La Compagnia consente il frazionamento del Premio su base mensile (modalità 1 e 3) o semestrale (tutte le modalità). In tal caso verranno applicati su ogni rata interessi di frazionamento pari al 4,00%.

**Il mancato pagamento anche di una sola rata di Premio determina, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, la risoluzione del Contratto ed i premi versati resteranno acquisiti dalla Compagnia.** Il Contratto può essere riattivato entro 1 anno dalla data di scadenza della prima rata di Premio non pagata, a patto che il Contraente versi tutte le rate di Premio mancanti, oltre agli interessi legali. **Resta inteso che, ove siano trascorsi più di 6 mesi dalla data di scadenza della prima rata di Premio non pagata, la riattivazione avverrà solo dietro espressa domanda scritta del Contraente ed accettazione da parte della Compagnia che, ai fini della riattivazione, avrà la facoltà di richiedere nuovi accertamenti sanitari.** Per effetto dell'intervenuta riattivazione, la copertura assicurativa riacquista validità dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto, **senza efficacia retroattiva.** Pertanto, eventuali sinistri che si dovessero verificare durante il periodo di sospensione del Contratto non saranno indennizzati dalla Compagnia.



Il Premio relativo alla singola Annualità assicurativa, anche se frazionato, è dovuto per intero. Pertanto, qualora si verifichi un Sinistro ed il Premio non sia stato corrisposto per intero, l'Assicurato - o i beneficiari in caso di decesso di quest'ultimo - dovrà versare la parte di Premio residua prima dell'eventuale liquidazione dell'Indennizzo.

## Art. 13 – Denuncia di Sinistro ed obblighi relativi

### 13.1 – Formalità di denuncia del Sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia all'indirizzo **MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Sinistri, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma, Indirizzo Email [sinistri@metlife.it](mailto:sinistri@metlife.it)**. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dalla Compagnia, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet [www.metlife.it](http://www.metlife.it) nella sezione Assistenza Clienti / Denuncia un Sinistro. Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile telefonare al numero **06.492161**. La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati all'art. 13.2. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. Resta inteso che in caso di denuncia incompleta la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella indicata all'art. 13.2, a condizione che la richiesta sia circoscritta al sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione. La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate. **L'assicurazione di cui al presente Contratto è classificata nel ramo vita. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile il comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.** In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. Resta inteso che qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovi nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

### 13.2 – Documentazione da allegare alla denuncia del Sinistro

Si riporta di seguito, distinta per garanzia, la documentazione da allegare alla denuncia del sinistro per la corretta istruttoria della pratica e per l'accertamento del diritto alla prestazione:

#### ▪ **Decesso per qualsiasi causa**

- relazione medica sulle cause del decesso;
- certificato di morte in originale;
- in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, ecc.) verbale delle forze dell'ordine o certificato della procura o altro documento rilasciato dall'autorità competente da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- eventuale referto autoptico e indagini tossicologiche.

#### ▪ **Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia**

- relazione medica sulle cause dell'Invalidità Permanente Totale;
- certificati medici comprovanti l'entità ed il decorso delle lesioni nonché la stabilizzazione dei postumi invalidanti;
- eventuale certificazione di invalidità rilasciata dall'INPS o altro organo preposto;
- eventuale documentazione presentata unitamente alla domanda di invalidità (originali di cartelle cliniche, accertamenti diagnostici, valutazioni funzionali, ecc.);
- eventuale conferma di cessazione del rapporto di lavoro rilasciata dal datore di lavoro.

## Art. 14 – Reclami

### 14.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o email alla funzione Ufficio Reclami della Compagnia, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati:

#### **METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI**

Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma | Tel. 06.492161 | Fax 06.49216300 | Indirizzo e-mail: [reclami@metlife.it](mailto:reclami@metlife.it)

Il reclamante potrà presentare reclamo alla Compagnia anche utilizzando il modello disponibile sul sito [www.metlife.it](http://www.metlife.it) all'interno della sezione "Assistenza Clienti".

Il reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.

### 14.2 – Reclami all'Intermediario

I reclami relativi al comportamento dell'Intermediario, dei suoi dipendenti o collaboratori dovranno essere indirizzati direttamente alla sua sede e saranno gestiti direttamente dall'Intermediario che fornirà riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa, dandone contestuale notizia al reclamante, lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il predetto termine.

### 14.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma | Fax 06.42133.206 | PEC: [tutela.consumatore@pec.ivass.it](mailto:tutela.consumatore@pec.ivass.it) nei seguenti casi:

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito, nonché quelli ai quali non sia stato fornito riscontro nei termini sopraindicati, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo

dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto);

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami riguardanti le disposizioni del Codice del Consumo relative alla commercializzazione a distanza di prodotti assicurativi.

Il reclamante potrà presentare reclamo all'IVASS utilizzando il modello disponibile sul sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it), avendo cura di indicare i seguenti elementi:

- nome, cognome e domicilio del reclamante;
- soggetto o soggetti di cui si lamenta l'operato;
- descrizione dei motivi della lamentela ed eventuale documentazione a sostegno della stessa;
- documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia o dall'Intermediario.

In ogni caso, resta salva la facoltà di proporre il reclamo nei confronti dell'Autorità di Vigilanza dello Stato membro di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c. al seguente indirizzo: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland oppure Irish Financial Services Ombudsman, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Tel: +353 1 6620899, Fax: +353 1 6620890.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: [http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET).

Resta comunque salva la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione (L. 98/2013) o di negoziazione assistita (L. 162/2014) salvo eventuali modifiche successive.

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami per i quali il reclamante abbia già fatto ricorso all'Autorità Giudiziaria.

### **Art. 15 – Richiesta di informazioni**

Il Contraente/Assicurato ha il diritto di richiedere alla Compagnia informazioni in merito al rapporto assicurativo ed alle modalità di determinazione della prestazione assicurata. La richiesta può essere effettuata secondo le seguenti modalità:

- per iscritto scrivendo a MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma;
- attraverso il sito web [www.metlife.it](http://www.metlife.it), cliccando su "Assistenza Clienti".

La Compagnia si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

Si informa altresì il Contraente/Assicurato che, in linea con le indicazioni dell'IVASS contenute nel Provvedimento n. 7/2013, potrà accedere ad un'area riservata, disponibile sul sito web della Compagnia, [www.metlife.it](http://www.metlife.it), nella quale visualizzare le informazioni sulla propria Polizza assicurativa.

### **Art. 16 – Legge applicabile**

Il presente Contratto è disciplinato dalla legge italiana.

### **Art. 17 – Foro competente, procedimento di mediazione e arbitrato**

Per le controversie relative al Contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del consumatore (Contraente, Assicurato o Beneficiario) previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ai sensi della Legge n. 98/2013, salvo eventuali modifiche successive. La domanda di mediazione viene presentata tramite deposito di apposita istanza presso un organismo di mediazione accreditato presso il Ministero di Grazia e Giustizia, nel luogo del giudice competente per territorio.

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, ferma restando la possibilità di adire l'Autorità giudiziaria o di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel Comune, Sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza degli aventi diritto. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

### **Art. 18 – Valuta**

Gli importi relativi ai premi assicurativi ed alle prestazioni assicurate verranno calcolati, e conseguentemente corrisposti, nella moneta nazionale vigente al momento del pagamento.

### **Art. 19 – Clausola di intermediazione**

Il pagamento dei premi relativi al Contratto sarà effettuato direttamente alla Compagnia, salvo patto contrario previsto nel mandato conferito dalla Compagnia all'Intermediario, mandato che l'Intermediario, con riferimento alle clausole relative al pagamento dei premi, si impegna a presentare in caso di richiesta del Contraente.

## Informativa Privacy

Gentile Cliente,

Siamo MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede amministrativa in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma e sede legale in Irlanda, in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 (di seguito "MetLife" o "Società"). MetLife rivestirà il ruolo di titolare del trattamento dei suoi dati personali, anche sensibili.

MetLife crede fortemente nella protezione della riservatezza e della sicurezza dei dati personali della propria clientela. Questo documento si riferisce alla nostra "Informativa Privacy" e descrive come utilizziamo i suoi dati personali che raccogliamo e riceviamo nel rispetto della Legge italiana in materia di Privacy (D.Lgs n. 196/2003, il *Codice in materia di protezione dei dati personali* o Codice Privacy, e sue successive modifiche e integrazioni, Regolamento (UE) 2016/679, *Regolamento generale sulla protezione dei dati*, e relativa legge di attuazione).

Desideriamo informarla che, al fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti, i dati personali da noi trattati (es. nome, recapiti, incluso e-mail e numeri telefonici, età, data di nascita, sesso, occupazione, etc.) possono essere acquisiti:

- i. direttamente da lei;
- ii. tramite terzi, nel caso di polizze collettive o individuali che la qualificano come assicurato o beneficiario, stipulate anche tramite agenti, broker o altri intermediari assicurativi, ovvero nel caso in cui, per una corretta e sicura assunzione e gestione dei rischi, sia necessario acquisire informazioni aggiuntive tramite società di informazioni commerciali ovvero mediante la consultazione di banche dati, elenchi o registri legittimamente consultabili.

Tali dati potranno anche essere riferiti a terzi il cui trattamento sia strumentale alla fornitura dei servizi previsti dalla polizza stessa.

Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente Informativa Privacy.

A tali scopi potrebbe fornire a MetLife o ai suoi agenti, broker o altri intermediari assicurativi, eventuali dati che la normativa qualifica come "Dati sensibili" indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es. la liquidazione di un eventuale sinistro). Per "dato sensibile" si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute (come, ad esempio, alcune informazioni attestanti il suo stato di salute riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche) e la vita sessuale.

Il conferimento dei suoi dati è pertanto necessario per il perseguimento delle predette finalità e, in alcuni casi, obbligatorio a livello normativo (es. per l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa anticiclaggio o per effettuare le verifiche di adeguatezza del prodotto assicurativo offerto). Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirle correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi richiesti. Per tali finalità i dati potranno essere trattati, nell'ambito delle nostre strutture, solo dal personale incaricato della gestione del rapporto di assicurazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, in conformità alle disposizioni normative vigenti e con modalità strettamente coerenti con le finalità appena richiamate in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi.

Alcuni suoi dati potranno essere comunicati a: (i) soggetti facenti parte della nostra rete di vendita; (ii) società di nostra fiducia, anche situate all'estero in Paesi appartenenti all'Unione Europea che svolgono per nostro conto attività e servizi strettamente connessi alla vendita ed alla gestione di prodotti assicurativi e che utilizzeranno i suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento. In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); call center; legali, tutori, curatori, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia; società di amministrazione del portafoglio, studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza, nonché società di servizio cui siano eventualmente affidate: la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; la gestione dei servizi e dei sistemi informatici; l'archiviazione della documentazione relativa ai rapporti contrattuali; attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; (iii) enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge (es. obblighi in materia di anticiclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ANIA, IVASS, COVIP, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni, pubbliche Autorità.

Taluni suoi dati potrebbero, inoltre, essere comunicati a società del nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti necessario per esigenze connesse alla gestione delle obbligazioni contrattuali oltre che per l'elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri e per la condivisione di informazioni connesse alla gestione del contenzioso inerente la polizza stessa o eventuali sinistri. Inoltre, per le suddette finalità, i dati personali relativi al soggetto interessato potranno essere comunicati e trasferiti alle società facenti parte del gruppo MetLife o a loro fornitori, anche fuori dal territorio dell'Unione Europea ed, in particolare, negli Stati Uniti. Relativamente al trasferimento dei dati all'estero, il Titolare garantisce al soggetto interessato la tutela e la modalità di trattamento accordata dalla Legge italiana anche nei paesi terzi ove i dati vengono trasferiti.

L'elenco completo ed aggiornato dei soggetti a cui i dati potrebbero essere comunicati è disponibile presso la sede della nostra Società.

Infine, tenuto conto che nella gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe esser necessario disporre dei dati di terzi (quali, a titolo esemplificativo, l'assicurato se diverso dal contraente o il beneficiario) le precisiamo che è suo onere, nel momento in cui dovesse fornire dati relativi ai suddetti terzi il cui trattamento è strumentale alla gestione del rapporto assicurativo, fornire ai terzi la presente informativa acquisendo il consenso ove necessario.

### Quali sono i suoi diritti?

**Il diritto ad essere informati.** Ha diritto a ricevere un'informativa chiara, trasparente e facilmente comprensibile in merito ai suoi diritti e al trattamento dei suoi dati personali, inclusi quelli sensibili.

**Il diritto di accesso ai dati personali.** Ha il diritto di ottenere l'accesso ai suoi dati personali (se sono oggetto di trattamento da parte nostra) e ad altre tipologie di dati personali (simili a quelle previste dalla presente Informativa Privacy). In questo modo lei può conoscere e verificare che stiamo utilizzando i suoi dati personali nel rispetto della Legge in materia di protezione dei dati.

**Il diritto di rettifica.** Ha il diritto di ottenere la correzione dei suoi dati personali se imprecisi o non corretti.

**Il diritto alla cancellazione.** Questo è conosciuto anche come "diritto all'oblio" e, in parole semplici, le consente di richiedere la cancellazione o la rimozione dei suoi dati personali laddove non ci sia per noi una ragione valida per continuare ad utilizzarli. Non si tratta di un diritto assoluto alla cancellazione. Potremmo avere il diritto o l'obbligo di conservare alcune informazioni, ad esempio nel caso in cui ciò sia necessario per adempiere un obbligo legale - incluso il mantenimento della copertura assicurativa per il tempo contrattualmente previsto - o qualora vi sia un altro valido motivo giuridico per conservarle.

**Il diritto alla limitazione del trattamento.** In alcune situazioni lei ha il diritto di "bloccare" o limitare un ulteriore utilizzo delle sue informazioni. Quando il trattamento viene limitato, possiamo ancora archiviare le sue informazioni ma non utilizzarle ulteriormente. Teniamo inoltre degli elenchi delle persone che hanno fatto richiesta di "bloccare" un utilizzo ulteriore dei loro dati personali, al fine assicurare che la limitazione del trattamento venga rispettata in futuro.

**Il diritto alla portabilità dei dati.** Ha il diritto di ottenere copia di alcuni dei suoi dati personali che tratteniamo e riutilizzarli e condividerli per i suoi scopi personali. Il diritto alla portabilità si applica solamente:

- ai dati personali che ci ha fornito (i.e. non si applica ad ogni altra informazione);
- se il trattamento si basa sul consenso o è necessario per l'adempimento di un contratto;

- se il trattamento è svolto attraverso mezzi automatizzati.

**Il diritto di opporsi al trattamento.** Ha il diritto ad opporsi a certi tipi di trattamento dei dati, incluso quello per finalità di marketing diretto (che facciamo solo previo suo consenso).

**Diritti relativi al processo decisionale automatizzato e alla profilazione.** Utilizziamo tecnologie per costruire i profili della nostra clientela cui indirizzare le nostre proposte commerciali oppure per accettare o respingere in maniera automatizzata richieste di adesione basate su fattori predeterminati (es. età, stato di salute, abitudine al fumo, capitale assicurato, etc.) e determinare il giusto premio da applicare in base al profilo di rischio riscontrato. Per lo svolgimento di tali finalità, abbiamo necessità di ottenere il suo consenso, tuttavia, l'utilizzo di tecnologie è necessario, anche al fine di ridurre gli errori e aumentare il livello di servizio. L'assenza del consenso al processo decisionale automatizzato può impedire, pertanto, lo svolgimento del processo assuntivo necessario ai fini della presa in copertura. Se dovesse ritenere che la nostra tecnologia abbia commesso degli errori, può contattare il nostro Responsabile Privacy per richiedere una verifica.

Fatti salvi i diritti sopra indicati, informiamo che, coerentemente con la normativa vigente, in caso di richieste pretestuose, manifestamente infondate e ripetitive, ci riserviamo la possibilità di addebitare un contributo spese in base ai costi amministrativi sostenuti.

### Come contattarci o chiedere aiuto

Per ogni domanda o richiesta di aiuto in relazione alla nostra Informativa Privacy, la preghiamo di contattare il nostro **Responsabile della protezione dei dati personali**, i cui recapiti sono di seguito riportati: **Telefono: (+39) 06 492161** o **e-mail [info.privacy@metlife.it](mailto:info.privacy@metlife.it)**.

La preghiamo di contattarci nel caso in cui non fosse soddisfatto delle modalità in cui raccogliamo, condividiamo o utilizziamo i suoi dati personali o per revocare il consenso precedentemente reso, ove possibile. Potrà contattarci utilizzando i recapiti sopra riportati. Nel caso in cui non dovesse ritenersi soddisfatto della nostra risposta, ha il diritto di presentare un reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali, Piazza Monte Citorio, 121 - 00186 Roma, Tel: **(+39) 06.696771** visitando il sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it).

### Come possiamo contattarla

Possiamo contattarla attraverso uno o più dei seguenti canali di comunicazione: telefono, mail, email, messaggi SMS, messaggistica istantanea o attraverso altri mezzi di comunicazione elettronici. Archiviamo le chiamate ed altre registrazioni di comunicazioni in sicurezza secondo quanto previsto dalle nostre politiche di conservazione dalle altre Leggi applicabili. L'accesso a tali registrazioni è limitato agli individui che hanno la necessità di accedervi per le finalità indicate nella presente Informativa.

### Come proteggiamo i suoi dati personali

La sicurezza e la riservatezza dei suoi dati personali è fondamentale per noi. Noi disponiamo di misure tecniche, amministrative e fisiche implementate per:

- proteggere i suoi dati personali da accessi non autorizzati e da utilizzi impropri;
- rendere sicuri i nostri sistemi IT e salvaguardare le informazioni;
- assicurare di poter ripristinare i suoi dati nei casi in cui gli stessi siano stati corrotti o persi in situazioni di *disaster recovery*.

Laddove appropriato, utilizziamo la cifratura o altre misure di sicurezza che riteniamo appropriate per proteggere i suoi dati personali. Inoltre, rivediamo le nostre misure di sicurezza periodicamente per considerare appropriate nuove tecnologie e per aggiornare le procedure. Ma, nonostante i nostri ragionevoli sforzi, nessuna misura di sicurezza è perfetta o impenetrabile.

### Comunicazioni commerciali, vendita diretta e sondaggi

Previo suo consenso, le offriamo l'opportunità di essere contattato per ricevere materiale promozionale in relazione ai prodotti, offerte speciali o servizi che riteniamo possano essere di suo interesse e comunicazioni commerciali (c.d. marketing diretto), nonché per offrire una sua opinione sulla qualità dei servizi resi. Tali comunicazioni potranno essere effettuate, previo consenso, sulla base di una preventiva attività di profilazione, volta ad individuare i suoi specifici interessi.

Nel caso in cui non volesse più ricevere materiale pubblicitario o promozionale, le offriamo delle semplici modalità per comunicarcelo. Ogni qual volta riceverà direttamente una comunicazione commerciale le verrà detto come potrà ottenere la cancellazione dell'iscrizione. Lei potrà anche selezionare l'opzione "disiscrizione" per ogni comunicazione marketing che le inviamo via mail o modificare le sue preferenze attraverso il nostro sito web [www.metlife.it](http://www.metlife.it), scrivendo a MetLife Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma oppure attraverso l'indirizzo e-mail [info.privacy@metlife.it](mailto:info.privacy@metlife.it).

### Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

La nostra Policy relativa alla conservazione dei dati personali è conforme a tutte le leggi in materia di protezione di dati personali applicabili a cui siamo soggetti. Esse stabiliscono per quanto tempo possiamo conservare diverse tipologie di dati personali che possediamo e che aggiorniamo regolarmente, fino a un massimo di 10 anni dalla proposta (qualora non finalizzata) o dalla cessazione della polizza (per gli assicurati o aventi diritto alla prestazione assicurativa) e di 12 mesi per gli altri soggetti.

Cancelliamo in modo sicuro i suoi dati personali che non abbiamo più motivo di conservare secondo quanto stabilito dai limiti temporali previsti dalle nostre Policy. L'utilizzo dei dati per effettuare indagini statistiche e di mercato, avviene in anonimato.

### Per quali finalità di trattamento chiediamo il consenso

- Consenso al trattamento di dati personali, anche sensibili** (ad es. informazioni attestanti il suo stato di salute e riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche): per consentirci di svolgere le verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es. liquidazione di un eventuale sinistro) potremmo aver bisogno di trattare i suoi dati personali e sanitari che ci ha fornito o richiederle in futuro di fornirceli. La raccolta dei suoi dati sanitari ai fini dell'assunzione medica può avvenire anche telefonicamente sul numero di contatto eventualmente fornito al momento dell'adesione. Ciò potrebbe includere la necessità di (i) condividere tali dati con medici od altri consulenti professionali che ci assistono nell'emissione della polizza o nell'assunzione medica o nel gestire una sua richiesta, reclamo o sinistro o nell'amministrazione della polizza (ii) trasferirli verso paesi non appartenenti alla UE ove l'esecuzione del contratto dovesse richiederlo.  
**Il suo consenso per tale finalità è necessario** per fornirle i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti.
- Consenso ad essere sottoposto a decisioni basate sul trattamento automatizzato dei dati personali finalizzate alla sottoscrizione del contratto:** può esprimere il suo consenso per permetterci di prendere decisioni attraverso l'utilizzo di strumenti tecnologici che comportano un trattamento automatizzato dei suoi dati, compresa la profilazione, l'accettazione o il rifiuto della presa in copertura in base a fattori predeterminati (es. età, stato di salute, abitudine al fumo, capitale assicurato, etc.) e la determinazione del premio assicurativo da applicare in base al profilo di rischio riscontrato.  
**Il suo consenso per tale finalità è necessario** per fornirle i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti.
- Consenso a sottoporre i suoi dati a profilazione per finalità commerciali:** vorremmo poter utilizzare i suoi dati personali in nostro possesso per individuare i suoi specifici interessi sulla base di una preventiva attività di profilazione, distinta dalle decisioni automatizzate di cui sopra. Per profilazione s'intende qualsiasi forma di trattamento automatizzato di dati personali volta a valutare determinati aspetti personali e/o abitudini al fine di farle pervenire le nostre proposte commerciali più aderenti al suo profilo.  
**Il suo consenso per tali finalità è facoltativo e potrà essere revocato agevolmente e in ogni momento.** Tale consenso è tuttavia utile per poter ricevere proposte commerciali più aderenti al suo profilo assicurativo.

(iv) **Consenso ad essere ricontattato per comunicazioni commerciali, vendita diretta e sondaggi:** vorremmo poterla contattare per proporle contenuti esclusivi, offerte e informazioni relative ai prodotti e servizi MetLife nonché per il compimento dei sondaggi ed analisi finalizzate al miglioramento dell'offerta e delle modalità di proposizione e fruizione della stessa. Tali contatti potranno avvenire attraverso modalità automatizzate (es. email e/o sms) o tradizionali (es. posta cartacea e/o telefonata tramite operatore).

**Il suo consenso per tali finalità è facoltativo e potrà essere revocato agevolmente e in ogni momento.** Tale consenso è tuttavia utile per aggiornamenti sui prodotti o servizi MetLife.

Per revocare il consenso reso, ove possibile, può contattarci ai recapiti forniti nella voce "***Come contattarci o chiedere aiuto***". Ricordiamo tuttavia che la revoca del consenso non pregiudica la liceità dei trattamenti effettuati prima della sua revoca.

**La invitiamo a visionare la pagina web del nostro sito internet ([www.metlife.it](http://www.metlife.it)) nella sezione dedicata all'Informativa Privacy:**

- per avere **informazioni più dettagliate** sull'Informativa Privacy, sui suoi diritti in tale ambito e sulla terminologia utilizzata;
- per avere **aggiornamenti** in caso di modifiche alla presente Informativa e alle modalità con cui raccogliamo, utilizziamo o condividiamo i suoi dati personali.



## Proposta/Certificato di assicurazione

### Polizza Vita New Protection

Questo documento è stato aggiornato in data 01/01/2019 ed è l'ultimo disponibile

#### PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

# NEW PROTECTION

Proposta N. \_\_\_\_\_ Valida fino al \_\_\_\_\_

#### DATI DEL CONTRAENTE (il delegato o legale rappresentante in caso di Contraente persona giuridica)

|   |                                    |  |                |              |
|---|------------------------------------|--|----------------|--------------|
| Nome  | Cognome                            | Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Codice Fiscale |              |
| Data di Nascita   | Comune di Nascita (o stato estero) |  | Prov.          | Cittadinanza |
| Stato Civile: <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Convivente |                                    |  | Professione    |              |
| Indirizzo di Residenza  | Cap                                | Comune   |                | Prov. Stato  |
| Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)  | Cap                                | Comune   |                | Prov. Stato  |
| Telefono  | Cellulare                          | 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                   | Comune (o stato estero) ed Ente di Rilascio                  |                |              |

#### DATI DELLA SOCIETÀ (in caso di Contraente persona giuridica)

|                       |                              |             |  |             |
|-----------------------|------------------------------|-------------|--|-------------|
| Denominazione         | Luogo e Data di Costituzione |             |  |             |
| Codice Fiscale        | Partita Iva                  |             |  |             |
| Indirizzo Sede Legale | Cap                          | Comune      |  | Prov. Stato |
| Attività Economica    | Sottogruppo                  | Gruppo/Ramo |  |             |

#### TITOLARE EFFETTIVO (art. 2, comma 1, lettera y), punto 2) Regolamento IVASS n. 5/2014)

Titolare effettivo\*  ci sono soci/associati qualificabili come titolari effettivi  non ci sono soci/associati qualificabili come titolari effettivi

\*I dati del titolare effettivo, se presente, sono raccolti nel relativo allegato alla Proposta di assicurazione

#### DATI DELL'ASSICURATO (se persona diversa dal Contraente)

|   |                                    |  |                |              |
|---|------------------------------------|--|----------------|--------------|
| Nome  | Cognome                            | Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Codice Fiscale |              |
| Data di Nascita   | Comune di Nascita (o stato estero) |  | Prov.          | Cittadinanza |
| Stato Civile: <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Convivente |                                    |  | Professione    |              |
| Indirizzo di Residenza  | Cap                                | Comune   |                | Prov. Stato  |
| Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)  | Cap                                | Comune   |                | Prov. Stato  |
| Telefono  | Cellulare                          | 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                   | Comune (o stato estero) ed Ente di Rilascio                  |                |              |

#### DATI DELL'INTERMEDIARIO

|                 |        |        |       |
|-----------------|--------|--------|-------|
| Ragione Sociale | Codice |        |       |
| Indirizzo       | Cap    | Comune | Prov. |

## Caratteristiche Contrattuali

### GARANZIE E CAPITALE ASSICURATO

Base

Decesso per qualsiasi causa €

Opzionale

Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia €

Capitale assicurato

Costante per tutta la durata del Contratto

Decrescente sulla base del Piano di sviluppo del Capitale assicurato e dei Premi allegato al presente documento

### BENEFICIARIO

In caso di **Invalidità Permanente Totale**: l'Assicurato.

In caso di **decesso**, il Contraente designa i seguenti beneficiari:

Beneficiario nominativo:

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

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Avvertenze:**

- a) 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;  
b) la modifica o revoca del beneficiario deve essere comunicata tempestivamente alla Compagnia.

REFERENTE TERZO (FACOLTATIVO)

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, il sottoscritto può identificare 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).

### DATI DEL CONTRATTO

Decorrenza: dalle ore 24.00 del

Durata: annuale con tacito rinnovo

Frazionamento del Premio:  Annuale  Semestrale  Mensile

Numero di rate:

Premio Annuo: € [di cui Premio Invalidità Permanente Totale: € ]

Premio di Rata\*: € [di cui Premio Invalidità Permanente Totale\*: € ]

\*In caso di Rata semestrale o mensile, il Premio di Rata include i costi di frazionamento pari al 4,00%

### MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio viene corrisposto dal Contraente nella modalità di seguito indicata:

alla Compagnia tramite bonifico bancario in favore di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, UBI Banca S.p.A., IBAN IT14 C031 1103 2060 0000 0004 362

alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del Contraente

IBAN \_\_\_\_\_

#### Mandato per addebito diretto SEPA

Il Contraente, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza:

- la Compagnia a richiedere alla banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente;
- la banca del sottoscritto a procedere all'addebito secondo le disposizioni impartite dalla Compagnia.

Il Contraente ha diritto di ottenere il rimborso dell'addebito in conto, secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con la propria banca. Il rimborso deve essere richiesto entro 8 settimane a partire dalla data di addebito.

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

all'Intermediario abilitato all'incasso

#### 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 del questionario, il soggetto di cui alla lettera a), deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.
- c) Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, 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) Al raggiungimento del 65° anno di Età dell'Assicurato, cessa la garanzia Invalidità Permanente Totale (qualora selezionata) ed il Premio sarà ricalcolato al netto della porzione a copertura del rischio Invalidità Permanente Totale.

#### Consegna della documentazione

Il sottoscritto dichiara:

- di aver ricevuto copia dell'informativa precontrattuale di cui all'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018 e dei seguenti documenti che compongono il Set Informativo relativo al prodotto assicurativo: a) DIP Vita; b) DIP Aggiuntivo Vita; c) Condizioni di assicurazione comprensive del glossario e dell'informativa sul trattamento dei dati personali; d) Fac-simile Proposta/Certificato di Assicurazione;
- di aver scelto, per la trasmissione della documentazione e delle comunicazioni in corso di Contratto, la seguente modalità:  email  cartacea

Data (gg/mm/aa) Firma Contraente

Data (gg/mm/aa) Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

#### Proposta di assicurazione

Il Contraente propone a MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia la stipula di una polizza di assicurazione denominata "New Protection", sulla base delle condizioni contrattuali di cui al relativo Set informativo.

Il Contraente e l'Assicurato:

- riconoscono che tutte le informazioni e le dichiarazioni rese nella presente Proposta - anche se materialmente apposte da altri - sono veritiere e che non è stata omessa o taciuta alcuna circostanza;
- sono consapevoli che tutte le informazioni ed i dati richiesti sono elementi essenziali e necessari per la corretta valutazione del rischio da parte della Compagnia e che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.;
- prosciogliono dal segreto professionale e legale i medici che possono o potranno averli curati e/o visitati, nonché altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali la Compagnia, anche dopo l'eventuale Sinistro, credesse di rivolgersi per acquisire informazioni;
- sono consapevoli che la decisione sull'accettazione della presente Proposta spetta unicamente alla Compagnia e che, qualora quest'ultima fosse costretta ad applicare una maggiorazione di Premio, escludere determinate patologie, differire o rifiutare l'assicurazione proposta, non è tenuta ad indicarne i motivi;
- sono consapevoli che la presente Proposta, con tutti i relativi allegati, non sarà restituita dalla Compagnia;
- sono consapevoli che la copertura assicurativa sarà operante dal giorno di decorrenza comunicata al Contraente, fermo restando che, qualora il pagamento della prima rata di Premio dovesse essere effettuato in una data successiva, la decorrenza della copertura assicurativa sarà quella della data di pagamento;
- sono consapevoli che la Compagnia comunicherà il proprio obbligo, unitamente alle condizioni di accettazione del rischio, tramite apposita lettera di conferma.

Il Contraente, sotto la propria responsabilità, dichiara:

- di aver designato nella presente Proposta, o nell'apposita appendice, il beneficiario in caso di decesso;
- di essere  di non essere persona politicamente esposta;
- che i fondi da utilizzare per il pagamento dei premi hanno origine da:  
 reddito da lavoro dipendente  reddito da lavoro autonomo  patrimonio personale  altro (specificare) \_\_\_\_\_

L'Assicurato, sotto la propria responsabilità, dichiara:

- di aver fornito le informazioni necessarie alla valutazione dei suoi bisogni ed esigenze assicurative prima della sottoscrizione
- di aver fornito  di non aver fornito le informazioni necessarie alla verifica sull'adeguatezza del Contratto prima della sottoscrizione
- di essere  di non essere persona politicamente esposta

Data (gg/mm/aa) Firma Contraente

Data (gg/mm/aa) Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

Il sottoscritto dichiara di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di assicurazione contenute nel Set informativo e di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., i seguenti articoli delle Condizioni di assicurazione: art. 3 Persone assicurabili e formalità di ammissione al Programma Assicurativo; art. 4 Perfezionamento, decorrenza e durata del Contratto; art. 5 Recesso, Revoca e Disdetta; art. 6 Capitale assicurato; art. 7 Prestazioni assicurate; art. 8 Limitazioni ed Esclusioni; art. 10 Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale; art. 12 Premio assicurativo; art. 17 Foro competente, Procedimento di mediazione e Arbitrato.

Data (gg/mm/aa) Firma Contraente

Data (gg/mm/aa) Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

## Consenso al trattamento dei dati personali

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 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:

- Do  Nego il consenso al trattamento dei miei **dati personali, anche sensibili** (*necessario*)
- Do  Nego il consenso ad essere sottoposto a **decisioni automatizzate finalizzate alla sottoscrizione del contratto** (*necessario*)
- Do  Nego il consenso a sottoporre i miei dati a **profilazione per finalità commerciali** (*facoltativo*)
- Do  Nego il consenso ad essere **ricontattato per comunicazioni commerciali, vendita diretta e sondaggi sulla qualità dei servizi resi**, con modalità di contatto automatizzate o tradizionali (*facoltativo*)

Dichiaro, inoltre, 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 Contraente \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_ Firma Assicurato (se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_

## Accertamento delle condizioni di salute

Il sottoscritto richiede che la polizza di assicurazione venga stipulata:

- mediante visita medica, effettuando le analisi/esami richiesti (in tal caso non troverà applicazione il periodo di Carenza previsto dalle Condizioni di assicurazione);
- senza visita medica (in tal caso troverà applicazione il periodo di Carenza previsto dalle Condizioni di assicurazione).

Il sottoscritto dichiara di:

- essere fumatore, ovvero di aver fumato (sigarette, sigari o pipa, ecc.) anche sporadicamente, nel corso degli ultimi 24 mesi o di aver smesso di fumare su consiglio medico;
- non essere fumatore, ovvero di non aver fumato (sigarette, sigari o pipa, ecc.) neanche sporadicamente, nel corso degli ultimi 24 mesi e di non aver smesso di fumare su consiglio medico.

Data (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

## Documentazione sanitaria

Il Contratto viene assunto dalla Compagnia con modalità diverse a seconda dell'Età dell'Assicurato alla data di decorrenza delle coperture assicurative e del Capitale assicurato.

Si rende noto che gli eventuali originali delle visite mediche e degli esami clinici forniti alla Compagnia vengono da essa trattenuti a titolo definitivo poiché diventano parte integrante del Contratto.

Qui di seguito l'elenco degli accertamenti sanitari richiesti:

Resta inteso che nel caso in cui dalla documentazione medica ricevuta dovessero emergere fattori di rischio, la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari, applicare un sovrappremio, escludere specifici rischi o rifiutare l'assunzione del rischio. La Compagnia si riserva inoltre la facoltà di valutare il rischio derivante dall'esercizio di attività professionali e sport amatoriali e/o professionali dietro compilazione degli appositi questionari sulle attività/sport svolti.





### Allegato alla Proposta di assicurazione

Da compilare con i dati del titolare effettivo della società se presente (per la definizione di titolare effettivo si rimanda all'articolo 2, comma 1, lettera y), punto 2) del Regolamento IVASS n. 5 del 21 luglio 2014).

|  |                                    |   |                |              |             |
|--|------------------------------------|---|----------------|--------------|-------------|
| Nome   | Cognome                            | Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F    | Codice Fiscale |              |             |
| Data di Nascita  | Comune di Nascita (o stato estero) |   | Prov.          | Cittadinanza |             |
| Indirizzo di Residenza   |                                    | Cap   | Comune         |              | Prov. Stato |
| Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente |                                    |   | Numero         |              |             |
| Data di Rilascio   | Data di Scadenza                   | Comune ed Ente di Rilascio (o stato estero ed Ente di Rilascio) |                |              |             |

|  |                                    |   |                |              |             |
|--|------------------------------------|---|----------------|--------------|-------------|
| Nome   | Cognome                            | Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F    | Codice Fiscale |              |             |
| Data di Nascita  | Comune di Nascita (o stato estero) |   | Prov.          | Cittadinanza |             |
| Indirizzo di Residenza   |                                    | Cap   | Comune         |              | Prov. Stato |
| Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente |                                    |   | Numero         |              |             |
| Data di Rilascio   | Data di Scadenza                   | Comune ed Ente di Rilascio (o stato estero ed Ente di Rilascio) |                |              |             |

|  |                                    |   |                |              |             |
|--|------------------------------------|---|----------------|--------------|-------------|
| Nome   | Cognome                            | Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F    | Codice Fiscale |              |             |
| Data di Nascita  | Comune di Nascita (o stato estero) |   | Prov.          | Cittadinanza |             |
| Indirizzo di Residenza   |                                    | Cap   | Comune         |              | Prov. Stato |
| Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente |                                    |   | Numero         |              |             |
| Data di Rilascio   | Data di Scadenza                   | Comune ed Ente di Rilascio (o stato estero ed Ente di Rilascio) |                |              |             |

|  |                                    |   |                |              |             |
|--|------------------------------------|---|----------------|--------------|-------------|
| Nome   | Cognome                            | Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F    | Codice Fiscale |              |             |
| Data di Nascita  | Comune di Nascita (o stato estero) |   | Prov.          | Cittadinanza |             |
| Indirizzo di Residenza   |                                    | Cap   | Comune         |              | Prov. Stato |
| Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente |                                    |   | Numero         |              |             |
| Data di Rilascio   | Data di Scadenza                   | Comune ed Ente di Rilascio (o stato estero ed Ente di Rilascio) |                |              |             |

|  |                                    |   |                |              |             |
|--|------------------------------------|---|----------------|--------------|-------------|
| Nome   | Cognome                            | Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F    | Codice Fiscale |              |             |
| Data di Nascita  | Comune di Nascita (o stato estero) |   | Prov.          | Cittadinanza |             |
| Indirizzo di Residenza   |                                    | Cap   | Comune         |              | Prov. Stato |
| Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente |                                    |   | Numero         |              |             |
| Data di Rilascio   | Data di Scadenza                   | Comune ed Ente di Rilascio (o stato estero ed Ente di Rilascio) |                |              |             |

**CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE**

# NEW PROTECTION

Polizza N. \_\_\_\_\_

**DATI DEL CONTRAENTE (il delegato o legale rappresentante in caso di Contraente persona giuridica)**

|   |                                    |  |                |              |
|---|------------------------------------|--|----------------|--------------|
| Nome  | Cognome                            | Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Codice Fiscale |              |
| Data di Nascita   | Comune di Nascita (o stato estero) |  | Prov.          | Cittadinanza |
| Stato Civile: <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Convivente |                                    |  | Professione    |              |
| Indirizzo di Residenza  |                                    | Cap  | Comune         | Prov. Stato  |
| Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)  |                                    | Cap  | Comune         | Prov. Stato  |
| Telefono  | Cellulare                          | 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                   | Comune (o stato estero) ed Ente di Rilascio                  |                |              |

**DATI DELLA SOCIETÀ (in caso di Contraente persona giuridica)**

|                       |             |                              |        |             |
|-----------------------|-------------|------------------------------|--------|-------------|
| Denominazione         |             | Luogo e Data di Costituzione |        |             |
| Codice Fiscale        |             | Partita Iva                  |        |             |
| Indirizzo Sede Legale |             | Cap                          | Comune | Prov. Stato |
| Attività Economica    | Sottogruppo | Gruppo/Ramo                  |        |             |

**TITOLARE EFFETTIVO (art. 2, comma 1, lettera y), punto 2) Regolamento IVASS n. 5/2014)**

 Titolare effettivo\*  ci sono soci/associati qualificabili come titolari effettivi  non ci sono soci/associati qualificabili come titolari effettivi

\*I dati del titolare effettivo, se presente, sono raccolti nel relativo allegato al Certificato di assicurazione

**DATI DELL'ASSICURATO (se persona diversa dal Contraente)**

|   |                                    |  |                |              |
|---|------------------------------------|--|----------------|--------------|
| Nome  | Cognome                            | Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Codice Fiscale |              |
| Data di Nascita   | Comune di Nascita (o stato estero) |  | Prov.          | Cittadinanza |
| Stato Civile: <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Convivente |                                    |  | Professione    |              |
| Indirizzo di Residenza  |                                    | Cap  | Comune         | Prov. Stato  |
| Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)  |                                    | Cap  | Comune         | Prov. Stato  |
| Telefono  | Cellulare                          | 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                   | Comune (o stato estero) ed Ente di Rilascio                  |                |              |

**DATI DELL'INTERMEDIARIO**

|                 |  |        |        |       |
|-----------------|--|--------|--------|-------|
| Ragione Sociale |  | Codice |        |       |
| Indirizzo       |  | Cap    | Comune | Prov. |

## Caratteristiche Contrattuali

### GARANZIE E CAPITALE ASSICURATO

#### Base

Decesso per qualsiasi causa €

#### Opzionale

Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia €

#### Capitale assicurato

Costante per tutta la durata del Contratto

Decrescente sulla base del Piano di sviluppo del Capitale assicurato e dei Premi allegato al presente documento

### BENEFICIARIO

In caso di **Invalidità Permanente Totale**: l'Assicurato.

In caso di **decesso**, il Contraente designa i seguenti beneficiari:

Beneficiario nominativo:

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

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

#### Avvertenze:

a) 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;

b) la modifica o revoca del beneficiario deve essere comunicata tempestivamente alla Compagnia.

#### REFERENTE TERZO (FACOLTATIVO)

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, il sottoscritto può identificare 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).

### DATI DEL CONTRATTO

Decorrenza: dalle ore 24.00 del \_\_\_\_\_

Durata: annuale con tacito rinnovo

Frazionamento del Premio:  Annuale  Semestrale  Mensile

Numero di rate: \_\_\_\_\_

Premio Annuo: € \_\_\_\_\_ [di cui Premio Invalidità Permanente Totale: € \_\_\_\_\_ ]

Premio di Rata\*: € \_\_\_\_\_ [di cui Premio Invalidità Permanente Totale\*: € \_\_\_\_\_ ]

\*In caso di Rata semestrale o mensile, il Premio di Rata include i costi di frazionamento pari al 4,00%

### MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio viene corrisposto dal Contraente nella modalità di seguito indicata:

alla Compagnia tramite bonifico bancario in favore di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, UBI Banca S.p.A., IBAN IT14 C031 1103 2060 0000 0004 362

alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del Contraente

IBAN \_\_\_\_\_

#### Mandato per addebito diretto SEPA

Il Contraente, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza:

- la Compagnia a richiedere alla banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente;

- la banca del sottoscritto a procedere all'addebito secondo le disposizioni impartite dalla Compagnia.

Il Contraente ha diritto di ottenere il rimborso dell'addebito in conto, secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con la propria banca. Il rimborso deve essere richiesto entro 8 settimane a partire dalla data di addebito.

Data (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

Firma Contraente \_\_\_\_\_

all'Intermediario abilitato all'incasso

#### 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 del questionario, il soggetto di cui alla lettera a), deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.
- c) Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, 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) Al raggiungimento del 65° anno di Età dell'Assicurato, cessa la garanzia Invalidità Permanente Totale (qualora selezionata) ed il Premio sarà ricalcolato al netto della porzione a copertura del rischio Invalidità Permanente Totale.

#### Consegna della documentazione

Il sottoscritto dichiara:

- di aver ricevuto copia dell'informativa precontrattuale di cui all'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018 e dei seguenti documenti che compongono il Set Informativo relativo al prodotto assicurativo: a) DIP Vita; b) DIP Aggiuntivo Vita; c) Condizioni di assicurazione comprensive del glossario e dell'informativa sul trattamento dei dati personali; d) Fac-simile Proposta/Certificato di Assicurazione;
- di aver scelto, per la trasmissione della documentazione e delle comunicazioni in corso di Contratto, la seguente modalità:  email  cartacea

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

#### Dichiarazioni del Contraente / Assicurato

Il Contraente, sotto la propria responsabilità, dichiara:

- che tutte le informazioni e le dichiarazioni rese nel presente Certificato - anche se materialmente apposte da altri - sono veritiere e che non è stata omessa o taciuta alcuna circostanza;
- di aver designato nel presente Certificato, o nell'apposita appendice, il beneficiario in caso di decesso;
- di aver aderito alla copertura assicurativa offerta da MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, dopo aver preso visione dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo;
- di essere  di non essere persona politicamente esposta;
- che i fondi da utilizzare per il pagamento dei premi hanno origine da:  
 reddito da lavoro dipendente  reddito da lavoro autonomo  patrimonio personale  altro (specificare) \_\_\_\_\_

L'Assicurato, sotto la propria responsabilità, dichiara:

- che tutte le informazioni e le dichiarazioni rese nel presente Certificato - anche se materialmente apposte da altri - sono veritiere e che non è stata omessa o taciuta alcuna circostanza;
- di essere fumatore, ovvero di aver fumato (sigarette, sigari o pipa, ecc.) anche sporadicamente, nel corso degli ultimi 24 mesi o di aver smesso di fumare su consiglio medico;
- di non essere fumatore, ovvero di non aver fumato (sigarette, sigari o pipa, ecc.) neanche sporadicamente, nel corso degli ultimi 24 mesi e di non aver smesso di fumare su consiglio medico;
- di aver scelto di stipulare la polizza di assicurazione senza effettuare visita medica, consapevole che troverà applicazione il periodo di carenza previsto dalle Condizioni di assicurazione;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono o potranno averlo curato e/o visitato, nonché altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali la Compagnia, anche dopo l'eventuale Sinistro, credesse di rivolgersi per acquisire informazioni;
- di aver fornito le informazioni necessarie alla valutazione dei suoi bisogni ed esigenze assicurative prima della sottoscrizione
- di aver fornito  di non aver fornito le informazioni necessarie alla verifica sull'adeguatezza del Contratto prima della sottoscrizione
- di essere  di non essere persona politicamente esposta

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

Il sottoscritto dichiara di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di assicurazione contenute nel Set informativo e di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., i seguenti articoli delle Condizioni di assicurazione: art. 3 Persone assicurabili e formalità di ammissione al Programma Assicurativo; art. 4 Perfezionamento, decorrenza e durata del Contratto; art. 5 Recesso, Revoca e Disdetta; art. 6 Capitale assicurato; art. 7 Prestazioni assicurate; art. 8 Limitazioni ed Esclusioni; art. 10 Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale; art. 12 Premio assicurativo; art. 17 Foro competente, Procedimento di mediazione e Arbitrato.

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

## Consenso al trattamento dei dati personali

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 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:

- Do  Nego il consenso al trattamento dei miei **dati personali, anche sensibili** (*necessario*)
- Do  Nego il consenso ad essere sottoposto a **decisioni automatizzate finalizzate alla sottoscrizione del contratto** (*necessario*)
- Do  Nego il consenso a sottoporre i miei dati a **profilazione per finalità commerciali** (*facoltativo*)
- Do  Nego il consenso ad essere **ricontattato per comunicazioni commerciali, vendita diretta e sondaggi sulla qualità dei servizi resi**, con modalità di contatto automatizzate o tradizionali (*facoltativo*)

Dichiaro, inoltre, 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 Contraente \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_ Firma Assicurato (se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_

## Dichiarazione di Buona Salute

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, l'Assicurato dichiara che:

- 1) Ha un'altezza (cm) pari a \_\_\_\_\_ ed un peso (kg) pari a \_\_\_\_\_ Altezza (cm) – Peso (kg) = \_\_\_\_\_
- 2) Durante gli ultimi 5 anni ha interrotto la sua attività lavorativa per più di un mese per problemi di salute?  SI  NO
- 3) Durante gli ultimi 5 anni ha subito ricoveri o interventi chirurgici e/o è attualmente in attesa di ricovero (salvo i seguenti casi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazioni del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale, chirurgia estetica)?  SI  NO
- 4) Soffre di malattie per cui è necessaria una terapia medica (farmacologica e non) per un periodo continuativo di oltre 21 giorni (ad eccezione di anti-concezionali, anti-istaminici, farmaci per la tiroide, farmaci per la ipercolesterolemia, farmaci per la pressione purché i valori della pressione siano mantenuti nella norma dalla terapia)?  SI  NO
- 5) Soffre e/o ha sofferto di una delle seguenti patologie: tumore, epatite, cardiopatie ischemiche, ictus, diabete, infezioni da HIV?  SI  NO
- 6) Percepisce un assegno o una pensione per invalidità o inabilità al lavoro?  SI  NO

Data (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

## Questionario Anamnestico

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, l'Assicurato dichiara che:

- 1) Ha un'altezza (cm) pari a \_\_\_\_\_ ed un peso (kg) pari a \_\_\_\_\_ Altezza (cm) – Peso (kg) = \_\_\_\_\_
- 2) È dimagrito involontariamente negli ultimi 12 mesi?  SI  NO
- 3) Ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, cure o esami, per una o più delle seguenti malattie negli ultimi 10 anni:
- a) infarto, angina pectoris, valvulopatie, ipertensione non controllata dalla terapia o altre malattie del cuore o del sistema circolatorio?  SI  NO
- b) ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), aneurismi, emorragie cerebrali o altre malattie dell'apparato cerebrovascolare?  SI  NO
- c) diabete, ipercolesterolemia non trattata, alterazioni tiroidee o altre malattie del sistema endocrino-metabolico?  SI  NO
- d) epatite, pancreatite, colite ulcerosa, morbo di Crohn, cirrosi epatica o altre malattie dell'apparato digerente?  SI  NO
- e) artrite reumatoide, lupus eritematoso o altre malattie sistemiche o immunologiche?  SI  NO
- f) anemie, emorragie o altre malattie del sangue?  SI  NO
- g) sclerosi multipla, paralisi, epilessia, nevrosi o altre malattie neurologiche o del sistema nervoso?  SI  NO
- h) ematuria (presenza di sangue nelle urine), proteinuria (proteine nelle urine), papillomi vescicali, prostatiti o altre malattie dell'apparato genitourinario?  SI  NO
- i) bronchiti croniche ricorrenti, enfisema o altre malattie croniche dell'apparato respiratorio?  SI  NO
- j) sieropositività all'HIV, AIDS o malattie HIV-correlate?  SI  NO
- k) malattie dell'apparato muscoloscheletrico?  SI  NO



- 4) Ha mai ricevuto una diagnosi o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi, cure o esami per cancro, qualsiasi tipo di tumore anche benigno, leucemia, polipi o diverticoli intestinali, malattie linfonodali o ghiandolari, linfomi, malattia di Hodgkin, ecc.?  SI  NO
- 5) Attualmente è in attesa di effettuare o di ricevere esiti relativi a esami diagnostici o visite specialistiche oppure è in attesa di ricovero?  SI  NO
- 6) Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari (ad es. risonanza magnetica, ecografie, TAC, scintigrafia, radiografie, ECG al cicloergometro, biopsie, mammografia) che abbiano dato esito fuori dalla norma?  SI  NO
- 7) È titolare di una pensione di invalidità o inabilità oppure ha fatto domanda per ottenerla?  SI  NO
- 8) Soffre di malattie per cui è necessaria una terapia medica (farmacologica e non) per un periodo continuativo di oltre 21 giorni (ad eccezione di anti-concezionali, anti-istaminici, farmaci per la ipercolesterolemia, farmaci per la pressione purché i valori della pressione siano mantenuti nella norma dalla terapia)?  SI  NO
- 9) Ha mai ottenuto un rifiuto o differimento di una richiesta di assicurazione sulla vita oppure un'accettazione a condizioni particolari?  SI  NO
- 10) Pratica una o più delle seguenti attività sportive: alpinismo (oltre III grado e/o su ghiaccio o con accesso a ghiacciai), speleologia, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci?  
Se sì, specificare \_\_\_\_\_  SI  NO
- 11) Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?  SI  NO

Fornire dettagli per ciascuna delle domande a cui ha risposto "Sì":

---



---



---

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato

MetLife Europe d.a.c.  
Rappresentanza Generale per l'Italia  
Il Rappresentante Legale





### Allegato alla Proposta di assicurazione

Da compilare con i dati del titolare effettivo della società se presente (per la definizione di titolare effettivo si rimanda all'articolo 2, comma 1, lettera y), punto 2) del Regolamento IVASS n. 5 del 21 luglio 2014).

|  |                                    |   |                |
|--|------------------------------------|---|----------------|
| Nome   | Cognome                            | Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F    | Codice Fiscale |
| Data di Nascita  | Comune di Nascita (o stato estero) | Prov.   | Cittadinanza   |
| Indirizzo di Residenza   | Cap                                | Comune  | Prov. Stato    |
| Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente |                                    | Numero  |                |
| Data di Rilascio   | Data di Scadenza                   | Comune ed Ente di Rilascio (o stato estero ed Ente di Rilascio) |                |

|  |                                    |   |                |
|--|------------------------------------|---|----------------|
| Nome   | Cognome                            | Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F    | Codice Fiscale |
| Data di Nascita  | Comune di Nascita (o stato estero) | Prov.   | Cittadinanza   |
| Indirizzo di Residenza   | Cap                                | Comune  | Prov. Stato    |
| Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente |                                    | Numero  |                |
| Data di Rilascio   | Data di Scadenza                   | Comune ed Ente di Rilascio (o stato estero ed Ente di Rilascio) |                |

|  |                                    |   |                |
|--|------------------------------------|---|----------------|
| Nome   | Cognome                            | Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F    | Codice Fiscale |
| Data di Nascita  | Comune di Nascita (o stato estero) | Prov.   | Cittadinanza   |
| Indirizzo di Residenza   | Cap                                | Comune  | Prov. Stato    |
| Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente |                                    | Numero  |                |
| Data di Rilascio   | Data di Scadenza                   | Comune ed Ente di Rilascio (o stato estero ed Ente di Rilascio) |                |

|  |                                    |   |                |
|--|------------------------------------|---|----------------|
| Nome   | Cognome                            | Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F    | Codice Fiscale |
| Data di Nascita  | Comune di Nascita (o stato estero) | Prov.   | Cittadinanza   |
| Indirizzo di Residenza   | Cap                                | Comune  | Prov. Stato    |
| Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente |                                    | Numero  |                |
| Data di Rilascio   | Data di Scadenza                   | Comune ed Ente di Rilascio (o stato estero ed Ente di Rilascio) |                |

|  |                                    |   |                |
|--|------------------------------------|---|----------------|
| Nome   | Cognome                            | Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F    | Codice Fiscale |
| Data di Nascita  | Comune di Nascita (o stato estero) | Prov.   | Cittadinanza   |
| Indirizzo di Residenza   | Cap                                | Comune  | Prov. Stato    |
| Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente |                                    | Numero  |                |
| Data di Rilascio   | Data di Scadenza                   | Comune ed Ente di Rilascio (o stato estero ed Ente di Rilascio) |                |