

Libera Mente Flexi

La polizza in breve

Questa polizza serve per tutelare le piccole e medie imprese, pagando una somma importante in caso di decesso o di invalidità permanente delle figure che hanno un ruolo centrale in azienda.



Questo documento contiene il set informativo

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Libera Mente Flexi

Contratto di Assicurazione Vita di durata annuale a tacito rinnovo e premio annuo variabile con garanzia per caso morte o caso morte e 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 privacy**
- **Facsimile di Proposta e Certificato di assicurazione**

Il contratto è stato predisposto secondo le linee guida "Contratti semplici e chiari" redatte da ANIA il 6 febbraio 2018.

Mod. LMFF2F Ed. 2022/03

MetLife Europe d.a.c. è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 415123, capitale sociale autorizzato pari ad € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna. Amministratori: Brenda Dunne (cittadina irlandese), Lyndon Oliver (cittadino americano), Edward Palmer (cittadino inglese), Eilish Finan (cittadina irlandese), Nick Hayter (cittadino inglese), Ruairi O'Flynn (cittadino irlandese), Dirk Ostijn (cittadino belga), Miriam Sweeney (cittadina irlandese), Mario Valdes (cittadino messicano).

Sede secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c., Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Direzione generale, Via Olona n. 2, 20123 Milano, Codice fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Roma n. 12083481007, REA n. 1348910, abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. I.00110 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicuratrici.

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: Libera Mente Flexi

Questo documento è stato realizzato in data 29/03/2022 ed è l'ultimo disponibile.

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

Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza che garantisce al beneficiario un capitale qualora, in corso di contratto, si verifichi la morte dell'assicurato o sia riconosciuta al medesimo un'invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 66%.

Che cosa è assicurato? Quali sono le prestazioni?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

GARANZIA BASE:

✓ Decesso per qualsiasi causa

Somma assicurata: è stabilita dal contraente che può scegliere un importo compreso tra € 50.000,00 e € 10.000.000,00.

GARANZIA OPZIONALE:

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

Somma assicurata: è stabilita dal contraente che può scegliere un importo compreso tra € 50.000,00 e € 1.000.000,00.

La somma assicurata per la garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% da infortunio o malattia può essere pari o inferiore alla somma assicurata per la garanzia Decesso per qualsiasi causa.

Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ non soddisfano i requisiti indicati nella sezione "A chi è rivolto questo prodotto?" del DIP aggiuntivo Vita;
- ✗ svolgono una delle seguenti attività lavorative:
 - 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;
- ✗ a seguito o per effetto della normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o delle misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale, siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" o siano sottoposte a divieti e/o misure restrittive.

Ci sono limiti di copertura?

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

- ! dolo del contraente, dell'assicurato o del beneficiario;
- ! uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili (quali anche l'abuso di solventi) qualora il decesso o l'invalidità permanente totale siano conseguenza diretta del comportamento dell'assicurato;
- ! alcolismo acuto o cronico;
- ! stato di ubriachezza/ebbrezza, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal codice della strada e il decesso o l'invalidità permanente totale avvengano alla guida di un veicolo;
- ! dolo o colpa grave ascrivibile all'assicurato il cui tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi/litro;
- ! partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di stato, terrorismo;
- ! contaminazione nucleare, biologica o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno);
- ! guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'assicurato non sia regolarmente abilitato a norma di legge - l'esclusione non si applica per gli infortuni subiti dall'assicurato in possesso di patente scaduta a condizione che lo stesso ottenga il rinnovo del documento entro 180 giorni dall'Infortunio; la polizza si intende tuttavia valida se il mancato rinnovo sia conseguenza dei postumi invalidanti dell'Infortunio stesso;
- ! incidenti di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- ! l'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di guida alpina abilitata; salti dal trampolino con sci o idrosci; sci acrobatico; immersione con autorespiratore; speleologia; motonautica; automobilismo; motociclismo; paracadutismo; sport aerei in genere; pugilato; lotta nelle sue varie forme; rugby; football americano;

! malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note all'assicurato e non note all'Impresa al momento della sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione;

! viaggi in paesi a rischio per situazione climatica, politico-militare o medico-sanitaria. Per l'elenco completo e aggiornato di tali paesi si rinvia all'apposita sezione del sito del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.

Per la garanzia Decesso per qualsiasi causa, è inoltre escluso:

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

Per la garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% da infortunio o malattia, sono inoltre escluse le conseguenze di:

! atto intenzionale dell'assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;

! atti compiuti dall'assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurato;

! esiti di infortuni che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla data di sottoscrizione della polizza, sottaciuti all'Impresa;

! malattie e/o conseguenze di invalidità preesistente riconosciuta o di inabilità preesistente già note all'assicurato e non note all'Impresa al momento della sottoscrizione della polizza;

! negligenza, imprudenza e imperizia nell'osservare le prescrizioni mediche;

! malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali;

! trattamenti estetici (ad eccezione di quelli resi necessari da Infortunio dell'assicurato) cure dimagranti e dietetiche;

! connessione con l'uso o la produzione di esplosivi.



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 i cambiamenti relativi all'attività professionale, all'attività sportiva e alle abitudini di vita (fumatore/non fumatore) eventualmente intervenute in corso di contratto.
- Hai il dovere di comunicare all'Impresa e aggiornare ogni dato, informazione e/o documento (compreso ogni elemento relativo al reddito, al patrimonio e all'origine dei fondi) utile o richiesto dall'Impresa per effettuare la valutazione di assenza di rischi di riciclaggio e/o di finanziamento di terrorismo prevista dalle disposizioni vigenti.
- In caso di sinistro, hai il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto all'Impresa e di presentare la seguente documentazione:

Decesso per qualsiasi causa

- Originale del certificato di morte
- Originale o copia conforme all'originale del certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza
- Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento o copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia

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

- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Certificato autoptico
- Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico

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

- Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico
- Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento o copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia

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

- Verbale redatto dalle autorità intervenute



Quando e come devo pagare?

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata e ammontare, all'età dell'assicurato, al suo stato di salute, alle sue abitudini di vita (fumatore/non fumatore) e 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 e indicati nell'informativa precontrattuale.

L'Impresa consente il frazionamento del premio su base mensile (modalità numero 1 e 3) o semestrale (tutte le modalità). Nella modalità numero 1, il frazionamento mensile è consentito a condizione che la rata abbia un importo minimo di € 8,00. In caso di frazionamento verranno applicati ad 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 compilazione del questionario medico con risposta affermativa anche a una soltanto delle domande, nei casi in cui è richiesto di sottoporsi a visita medica e/o in caso di persona residente in Svizzera, Regno Unito, Stati Uniti o Canada, 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 il certificato di assicurazione.

La copertura assicurativa inizia alle ore 24.00 della data di perfezionamento del contratto e rimane in vigore per un anno, a condizione che il premio sia pagato. Successivamente essa si intenderà **tacitamente rinnovata** di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità e il premio sia pagato.

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 e 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?

Se il contratto si perfeziona con la formale accettazione del rischio da parte dell'Impresa, puoi revocare la proposta di assicurazione fino a quando non hai ricevuto la lettera di accettazione del rischio da parte dell'Impresa. Per revocare la proposta di assicurazione puoi inviare all'Impresa una **e-mail** all'indirizzo rischi.individuali@metlife.it o una **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma.

In caso di ripensamento, puoi recedere dal contratto entro **60 giorni** dalla data del suo perfezionamento. In tal caso la polizza sarà annullata e ti sarà restituito il premio eventualmente già pagato, al netto della porzione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Puoi in ogni caso disdire il contratto alla sua scadenza annuale con almeno **30 giorni preavviso**. In tal caso la polizza non si rinnoverà alla scadenza annuale e il premio non sarà più dovuto. Per recedere o disdire il contratto puoi inviare una **lettera raccomandata A/R** all'Impresa all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma.



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: Libera Mente Flexi

Questo documento è stato realizzato in data 29/03/2022 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 | pec: mel-italia@legalmail.it.

MetLife Europe d.a.c. è una società di capitali del gruppo Metropolitan Life Insurance Inc. (MetLife) costituita in Irlanda e 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) e avente Sede in Via Andrea Vesalio 6 - 00161 Roma, tel. 06.492161, fax 06.49216300. Nel sito internet 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 è soggetta alla vigilanza della Central Bank of Ireland.

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2020 è pari a € 1.791.603.000,00 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 € 1.787.224.000,00. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c. è pari al 186%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 777.000.000 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 1.444.000.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 349.000.000. 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 dell'assicurato per qualsiasi causa, l'Impresa corrisponde al beneficiario una somma pari al capitale assicurato.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

GARANZIA OPZIONALE – ATTIVABILE CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Invalità 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% riconosciuta all'assicurato a seguito di infortunio o malattia, l'Impresa corrisponde al beneficiario una somma pari al capitale assicurato.

La prestazione è corrisposta a condizione che:

- l'infortunio o la prima diagnosi della malattia si siano verificati nel periodo di validità della polizza;
- l'invalidità permanente totale sia accertata da un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.



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 | E-mail: 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 nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni e 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.

	<p>Prescrizione: 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. 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 e integrazioni.</p>
	<p>Liquidazione della prestazione: 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.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sul rischio da assicurare (come ad esempio non dichiarare l'esistenza di una malattia preesistente) o che non consentono di concludere o aggiornare l'adeguata verifica della clientela prevista dalla normativa antiriciclaggio possono comportare la cessazione della polizza o la perdita del diritto a ricevere l'indennizzo.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Rimborso	<p>Hai diritto al rimborso del premio nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se il contraente trasferisce la residenza, il domicilio fiscale o la sede legale all'estero; ▪ se l'assicurato perde i requisiti di assicurabilità o diventa soggetto non assicurabile; ▪ recesso dal contratto. <p>L'Impresa effettua il rimborso del premio eventualmente già pagato al netto della porzione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.</p>
Sconti	Non previsti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La polizza cessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ in caso di decesso dell'assicurato; ▪ se il contraente trasferisce la residenza, il domicilio fiscale o la sede legale all'estero; ▪ se l'assicurato perde i requisiti di assicurabilità o diventa soggetto non assicurabile; ▪ in caso recesso dal contratto da parte del contraente; ▪ al pagamento della prestazione relativa alla garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% da infortunio o malattia; ▪ in caso di disdetta del contratto da parte del contraente; ▪ in caso di risoluzione del contratto per mancato pagamento del premio. <p>La garanzia opzionale Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% da infortunio o malattia cessa al raggiungimento del 70° anno di età e il premio relativo alle successive annualità assicurative sarà ricalcolato al netto della porzione a copertura del rischio di invalidità permanente totale.</p>
Sospensione	<p>Ai sensi del combinato disposto degli artt. 1901 e 1924 c.c., se non paghi il premio relativo al primo anno – o la prima rata di premio in caso di frazionamento – la polizza resta sospesa e decorrerà dalle ore 24.00 del giorno in cui paghi quanto dovuto. Eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione della polizza non saranno indennizzati dall'Impresa.</p> <p>Se non paghi i premi successivi entro 30 giorni dalla data di scadenza, la polizza resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza. Puoi riattivare la polizza entro 1 anno dalla data di scadenza versando le rate di premio mancanti, oltre agli interessi legali. Se sono trascorsi più di 6 mesi dalla data di scadenza, la riattivazione può avvenire solo dietro richiesta scritta e accettazione da parte dell'Impresa, che potrà richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari. In questo caso la polizza riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui paghi quanto dovuto, senza efficacia retroattiva. Eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione della polizza non saranno indennizzati dall'impresa.</p>



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

Revoca	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Recesso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Risoluzione	Se il pagamento del premio relativo al primo anno – o della prima rata di premio in caso di frazionamento – non avviene entro 6 mesi dalla data di scadenza, il contratto è risolto di diritto.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI NO

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Possono sottoscrivere la 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, che non siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" previste dalla normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o dalle misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale.

Sono assicurabili le persone fisiche che:

- al momento della sottoscrizione della polizza:
 - sono residenti in Italia, nella Repubblica di San Marino, nello Stato della Città del Vaticano o in uno degli stati membri dell'Unione Europea – l'Impresa si rende disponibile a valutare l'assunzione del rischio per i residenti in Svizzera, Regno Unito, Stati Uniti o Canada;
 - sono muniti di codice di identificazione fiscale;
 - hanno compiuto 18 anni;
 - hanno un'età non superiore a 75 anni in caso di sottoscrizione della sola garanzia Decesso per qualsiasi causa, oppure non superiore a 65 anni in caso di sottoscrizione delle garanzie Decesso per qualsiasi causa e Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% da infortunio o malattia;
- alla data di rinnovo della polizza, hanno un'età non superiore a 80 anni.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Costo per gestione e rinnovo della polizza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Per capitali assicurati fino a € 150.000,00: il 12,00% del premio annuo, a cui va aggiunto un importo pari allo 0,04% del capitale assicurato. ▪ Per capitali assicurati superiori a € 150.000,00 e fino a € 750.000,00: il 7,00% del premio annuo, a cui va aggiunto un importo pari allo 0,03% del capitale assicurato. ▪ Per capitali assicurati superiori a € 750.000,00: il 5,00% del premio annuo, a cui va aggiunto un importo pari allo 0,025% del capitale assicurato.
Costi di frazionamento	4,00% dell'importo della rata.
Spese di emissione	Non previste.
Costo per visita medica	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

14,00% del premio annuo.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o e-mail alla funzione Ufficio Reclami dell'Impresa, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati:</p> <p style="text-align: center;">METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma Fax 06.49216300 Indirizzo e-mail: reclami@metlife.it</p> <p>Il reclamante potrà presentare reclamo all'Impresa anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti".</p> <p>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.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.</p> <p>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.</p>

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

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria per le controversie relative ai contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>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 e 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.</p> <p>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 chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET).</p>

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

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 Libera Mente Flexi

Questo documento è stato realizzato in data 29/03/2022 ed è l'ultimo disponibile

INDICE

GLOSSARIO	2
SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI	2
Art. 1 – Caratteristiche del prodotto	2
Art. 2 – Perfezionamento del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo	3
2.1 – Formalità di assunzione del rischio.....	3
2.2 – Modalità di perfezionamento del Contratto.....	3
2.3 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo.....	3
2.4 – Cessazione del Programma Assicurativo.....	3
2.5 – Revoca della Proposta di assicurazione.....	3
2.6 – Recesso.....	3
2.7 – Disdetta.....	4
Art. 3 – Premio assicurativo	4
3.1 – Premio.....	4
3.2 – Modalità di pagamento del Premio.....	4
3.3 – Sospensione e risoluzione del Contratto per mancato pagamento del Premio.....	4
Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti	4
4.1 – Dichiarazioni richieste per la valutazione del rischio.....	4
4.2 – Dichiarazioni richieste dalla Normativa antiriciclaggio.....	5
Art. 5 – Stato di fumatore / non fumatore	5
Art. 6 – Aggravamento e diminuzione del rischio in corso di Contratto	5
Art. 7 – Legge applicabile	5
Art. 8 – Prescrizione	5
Art. 9 – Risoluzione delle controversie	5
9.1 - Foro competente / Procedimento di mediazione.....	5
9.2 - Arbitrato.....	5
Art. 10 – Valuta	6
SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO	6
Art. 11 – Programma Assicurativo e opzioni contrattuali	6
Art. 12 – Validità territoriale delle garanzie	6
Art. 13 – Capitale assicurato	6
Art. 14 – Contraente e Persone assicurabili	6
14.1 – Contraente e variazioni di residenza, domicilio fiscale o sede legale.....	6
14.2 – Persone assicurabili.....	7
14.3 – Persone non assicurabili.....	7
Art. 15 – Carenza ed Esclusioni valide per tutte le garanzie	7
15.1 – Carenza.....	7
15.2 – Esclusioni.....	7
SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO	8
Art. 16 – Decesso per qualsiasi causa (Garanzia Base)	8
16.1 – Oggetto della garanzia.....	8
16.2 – Esclusioni.....	8
Art. 17 – Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia (Garanzia Opzionale)	8
17.1 – Oggetto della garanzia.....	8
17.2 – Esclusioni.....	8
SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	9
Art. 18 – Denuncia di Sinistro	9
Art. 19 – Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro	9
Art. 20 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro	9
SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI	9
Art. 21 – Richiesta di Informazioni	9
Art. 22 – Reclami	10
22.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni.....	10
22.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza.....	10
INFORMATIVA PRIVACY	11

GLOSSARIO

Addebito diretto Sepa (SDD): 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.

Alcolismo: abuso di bevande alcoliche, sia di tipo occasionale (alcolismo acuto o ebbrezza alcolica) sia di tipo abituale (alcolismo cronico).

Annualità assicurativa: periodo pari ad un anno, calcolato a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

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

Beneficiario:

- per la garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato;
- per la garanzia Decesso per qualsiasi causa, il soggetto designato dal Contraente al momento della sottoscrizione della Polizza o con successiva comunicazione.

Capitale assicurato: somma dovuta dalla Compagnia al verificarsi del Sinistro coperto dal Programma Assicurativo.

Carenza: periodo di tempo, immediatamente successivo alla data di Decorrenza del Programma Assicurativo, durante il quale il Programma Assicurativo è sospeso. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, lo stesso non sarà coperto e la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.

Certificato di assicurazione (o di Polizza): documento che prova la sottoscrizione del Contratto.

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 all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare la Compagnia.

Contraente: la persona fisica o la persona giuridica per il tramite del proprio rappresentante legale, che aderisce al Programma Assicurativo e sostiene il pagamento del Premio.

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

Decorrenza del Programma Assicurativo (del Contratto o della Polizza): momento in cui le garanzie acquistano efficacia.

Durata del Programma Assicurativo (del Contratto o della Polizza): periodo di efficacia delle garanzie.

Esclusioni: rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

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

Età: corrisponde all'età assicurativa, vale a dire 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 2022, la sua età assicurativa al 1° settembre 2022 sarà 31 anni).

Indennizzo: somma dovuta dalla Compagnia al verificarsi del Sinistro coperto dal Programma Assicurativo.

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

Intermediario: soggetto iscritto al Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, incaricato della distribuzione della Polizza.

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.

Misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale: disposizioni della normativa nazionale, europea, internazionale e/o statunitense (ad es. OFAC) che impediscono l'operatività e/o l'instaurazione di rapporti verso determinati soggetti, entità o Paesi.

Normativa antiriciclaggio: normativa di cui al D.lgs. n. 231/2007 e seguenti modifiche e integrazioni.

Normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo: normativa di cui al D.lgs. n. 109/2007 e seguenti modifiche e integrazioni.

Persona politicamente esposta: persona fisica che occupa o ha cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i suoi familiari e coloro che con il predetto soggetto intrattengono notoriamente stretti legami, come meglio indicato all'art. 1, comma 2, lett. dd) della Normativa antiriciclaggio.

Premio: somma versata dal Contraente alla Compagnia per le garanzie offerte.

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

Programma Assicurativo: insieme delle garanzie offerte dalla Compagnia.

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

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

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è offerto il Programma Assicurativo.

SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1 – Caratteristiche del prodotto

Si tratta di una Polizza che garantisce al Beneficiario un capitale qualora, in corso di Contratto, si verifichi la morte dell'Assicurato o sia riconosciuta al medesimo un'invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 66%.

La Compagnia assume il rischio sulla base alle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato.

Art. 2 – Perfezionamento del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo

2.1 – Formalità di assunzione del rischio

Le formalità di assunzione del rischio variano in base all'Età dell'Assicurato e all'importo da assicurare. Nel caso in cui il Contraente abbia già stipulato una Polizza con la Compagnia, ai fini dell'individuazione della corretta formalità di assunzione del rischio da espletare, occorrerà sommare i capitali già assicurati con il nuovo importo da assicurare.

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.**

Resta inteso che la Compagnia valuterà l'assunzione del rischio nel rispetto degli obblighi previsti dalla Normativa antiriciclaggio.

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.

2.2 – Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si perfeziona secondo le seguenti modalità:

- in caso di compilazione del questionario medico con risposta affermativa anche ad una soltanto delle domande, nei casi in cui è richiesto di sottoporsi a visita medica e/o in caso di persona residente in Svizzera, Regno Unito, Stati Uniti o Canada, 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;
- in tutti gli altri casi, al momento della sottoscrizione del Certificato di assicurazione da parte del Contraente.

In entrambe le ipotesi il Contraente, prima del perfezionamento del Contratto, potrà scegliere la modalità di trasmissione (formato cartaceo o elettronico) della documentazione precontrattuale e contrattuale, nonché di eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia in corso di Contratto, e sarà informato circa la possibilità di cambiare, anche in corso di Contratto, la modalità scelta senza alcun costo a suo carico.

2.3 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di perfezionamento del Contratto e rimane in vigore per un anno, **a condizione che il Premio sia pagato.**

Salvo disdetta da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 2.7, il Programma Assicurativo si **rinnova tacitamente** di anno in anno a condizione che, alla data del rinnovo:

- il Contraente sia in possesso dei requisiti di cui all'art. 14.1;
- l'Assicurato sia in possesso dei requisiti di cui all'art. 14.2 lett. a) punti i e ii, art. 14.2 lett. b) e art. 14.3.

Se il pagamento del Premio è successivo alla data di perfezionamento del Contratto, il Programma Assicurativo resterà sospeso e decorrerà dalle ore 24.00 della data di effettivo pagamento.

2.4 – Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato;
- b) se il Contraente trasferisce la residenza, il domicilio fiscale o la sede legale all'Estero ai sensi dell'art.14.1;
- c) se l'Assicurato perde i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 14.2 lett. a) punti i e ii o diventa soggetto non assicurabile ai sensi dell'art. 14.3;
- d) in caso recesso dal Contratto da parte del Contraente;
- e) in caso di pagamento della prestazione relativa alla garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia;
- f) in caso di disdetta del Contratto da parte del Contraente;
- g) in caso di risoluzione del Contratto per mancato pagamento del Premio ai sensi dell'art. 3.3.

Nelle ipotesi a), e), f), g) la Polizza cessa, rispettivamente, alla data del decesso, alla data del pagamento della prestazione, alla data della disdetta o della risoluzione del Contratto. In tali casi non è dovuta alcuna restituzione di Premio.

Nelle ipotesi b), c), d), la Polizza cessa, rispettivamente, alla data del trasferimento, alla data in cui l'Assicurato perde i requisiti di assicurabilità o diventa soggetto non assicurabile o alla data del recesso. In tali casi la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

L'inosservanza e/o l'inadempimento della Normativa antiriciclaggio, della Normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e delle Misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale e/o la riconducibilità del Contraente/Assicurato alle liste di soggetti "designati" previste dalla predetta normativa possono comportare la sospensione della Polizza nonché la stessa cessazione del Programma Assicurativo.

2.5 – Revoca della Proposta di assicurazione

Nei casi in cui il Contratto si perfeziona con la formale accettazione del rischio da parte della Compagnia, il Contraente può revocare la Proposta di assicurazione fino a quando non ha ricevuto la lettera di accettazione del rischio (cd. lettera di conferma) da parte della Compagnia. La revoca della Proposta di assicurazione può essere comunicata alla Compagnia inviando una **e-mail** all'indirizzo rischi.individuali@metlife.it o una **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma.

2.6 – Recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto **entro 60 giorni** dalla data del suo perfezionamento, inviando una **lettera raccomandata A/R** alla Compagnia all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma. **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 porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

2.7 – Disdetta

Il Contraente ha diritto di disdire il Contratto, con almeno **30 giorni di preavviso** sulla data di scadenza dell'Annualità assicurativa, inviando una **lettera raccomandata A/R** alla Compagnia all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma. In tal caso il Programma Assicurativo non si rinnoverà alla scadenza dell'Annualità assicurativa e il Premio non sarà più dovuto.

Art. 3 – Premio assicurativo

3.1 – Premio

Il Premio è annuo ed è pari all'importo indicato nella Proposta/Certificato di assicurazione. Eventuali sovrappremi sonocomunicati dalla Compagnia con lettera di conferma o apposita appendice contrattuale.

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) e alle attività professionali e sportive svolte.

Il Premio viene utilizzato 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.

3.2 – Modalità di pagamento del Premio

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 e indicati nell'informativa precontrattuale.

Il pagamento del Premio eseguito in buona fede all'Intermediario si considera come effettuato alla Compagnia qualora l'Intermediario sia autorizzato all'incasso del Premio in virtù di espressa previsione contrattuale contenuta nel mandato conferitogli dalla Compagnia, ai sensi dell'art. 65 del Regolamento Ivass n. 40/2018.

La Compagnia consente il frazionamento del Premio su base mensile (modalità nn. 1 e 3) o semestrale (tutte le modalità). Nella modalità n. 1, il frazionamento mensile è consentito a condizione che la rata abbia un importo minimo di € 8,00.

In caso di frazionamento verranno applicati ad ogni rata **interessi di frazionamento pari al 4,00%**.

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

3.3 – Sospensione e risoluzione del Contratto per mancato pagamento del Premio

Ai sensi del combinato disposto degli artt. 1901 e 1924 c.c., se il Contraente non paga il Premio relativo al primo anno – o la prima rata di Premio in caso di frazionamento – il Programma Assicurativo resta sospeso e decorrerà dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione del Programma Assicurativo non saranno indennizzati dalla Compagnia. Se il pagamento del Premio relativo al primo anno – o della prima rata di Premio in caso di frazionamento – non avviene entro 6 mesi dalla data di scadenza, il Contratto è risolto di diritto.

Se il Contraente non paga i premi successivi entro 30 giorni dalla data di scadenza, il Programma Assicurativo resta sospeso dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza. Il Contraente può riattivare il Programma Assicurativo entro 1 anno dalla data di scadenza versando le rate di Premio mancanti, oltre agli interessi legali. Se sono trascorsi più di 6 mesi dalla data di scadenza, la riattivazione può avvenire solo dietro richiesta scritta del Contraente e accettazione da parte della Compagnia che potrà richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari. In questo caso il Programma Assicurativo riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto, senza efficacia retroattiva. Eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione del Programma Assicurativo non saranno indennizzati dalla Compagnia.

Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

4.1 – Dichiarazioni richieste per la valutazione del rischio

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti del Contraente o 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 il Contraente/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 il Contraente/Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave. Tuttavia, in tali casi, la Compagnia potrà recedere dal Contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente 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.

4.2 – Dichiarazioni richieste dalla Normativa antiriciclaggio

Eventuali dichiarazioni false, inesatte, reticenti, incomplete, non aggiornate come per legge o a seguito di richiesta da parte della Compagnia, che non consentono di concludere o aggiornare l'adeguata verifica della clientela prevista dalla Normativa antiriciclaggio, possono comportare la cessazione della Polizza a seguito di risoluzione di diritto del Contratto (art. 42 D.lgs. n. 231/2007) o la perdita del diritto a ricevere l'Indennizzo.

Art. 5 – 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, oppure 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. 6 – Aggravamento e diminuzione del rischio in corso di Contratto

L'Assicurato ha il dovere di comunicare tempestivamente alla Compagnia i cambiamenti relativi a:

- attività professionale;
- attività sportiva;
- abitudini di vita (stato di fumatore / non fumatore, secondo quanto previsto all'art. 5).

La comunicazione può essere effettuata inviando un'e-mail all'indirizzo rischi.individuali@metlife.it, oppure inviando una **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma.

Se tali cambiamenti comportano un **aggravamento del rischio**, la Compagnia indicherà al Contraente, tramite apposita appendice contrattuale, la differenza di Premio da corrispondere a partire dalla successiva ricorrenza annuale di pagamento del Premio. La Compagnia potrà recedere dal Contratto in caso di mancato pagamento della differenza di Premio o se l'aggravamento del rischio è tale che, se fosse esistito al momento della conclusione del Contratto, non avrebbe assunto il rischio.

Qualora l'Assicurato non dovesse comunicare l'aggravamento del rischio alla Compagnia, quest'ultima, 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.

Se tali cambiamenti comportano una **diminuzione del rischio**, la Compagnia procederà alla riduzione del Premio a partire dalla successiva ricorrenza annuale di pagamento.

-  Per quanto riguarda la variazione dello stato di fumatore/non fumatore, la Compagnia dovrà ricevere una comunicazione dell'Assicurato che abbia smesso di fumare da almeno 24 mesi, corredata da una dichiarazione attestante che l'Assicurato non abbia smesso di fumare su consiglio medico.

Art. 7 – Legge applicabile

Al Contratto si applica la legge italiana.

Art. 8 – Prescrizione

Le garanzie di cui al presente Contratto sono classificate nel **Ramo Vita**. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 c.c. 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.

Eventuali sinistri denunciati dopo il termine sopra indicato non saranno indennizzati dalla Compagnia.

Art. 9 – Risoluzione delle controversie

9.1 - Foro competente / Procedimento di mediazione

Per le controversie relative al Contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del consumatore (Assicurato, Contraente 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 della Giustizia, nel luogo del giudice competente per territorio.

9.2 - Arbitrato

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, la Compagnia e il Beneficiario (di seguito le "Parti") potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un collegio di 3 medici, nominati uno per parte e 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 provinciadove si riunisce il collegio medico. Il collegio medico risiede nel comune, sede dell'istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza del Beneficiario. 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 rifiuti 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. 10 – Valuta

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

SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 11 – Programma Assicurativo e opzioni contrattuali

Il Programma Assicurativo prevede la garanzia base **Decesso per qualsiasi causa**, alla quale può essere abbinata la garanzia opzionale **Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia**.



La garanzia opzionale Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia cessa al raggiungimento del **70° anno** di Età dell'Assicurato e il Premio relativo alle successive annualità assicurative sarà ricalcolato al netto della porzione a copertura del rischio di invalidità permanente totale.

Anche se non rientrano nella definizione di Infortunio, sono comunque garantiti dal Programma Assicurativo:

- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- l'avvelenamento, le intossicazioni e/o le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto nelle Esclusioni;
- le morsicature, le punture e le ustioni di animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni garantiti;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da Infortunio;
- gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche e improvviso contatto con corrosivi;
- gli infortuni sofferti in stato di malore e/o perdita di conoscenza;
- gli infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa, nonché quelli sofferti dallo stesso - sempreché involontariamente coinvolto - in occasione di tumulti popolari, aggressioni o atti violenti, anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale.

Art. 12 – Validità territoriale delle garanzie

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.

Art. 13 – Capitale assicurato

Il Capitale assicurato, in base alla 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.

Ai fini della determinazione del Capitale assicurato, la durata del Contratto viene individuata ipotizzando che il Programma Assicurativo sia tacitamente rinnovato fino al raggiungimento dei limiti massimi di età previsti in Polizza (art. 14.2 lett. b). Per le informazioni di dettaglio, si rinvia al Piano di sviluppo del Capitale assicurato e dei premi allegato alla Proposta/Certificato di assicurazione, che indica il Capitale assicurato e i premi da corrispondere, secondo il frazionamento scelto, alla data di decorrenza del Programma Assicurativo e alle successive ricorrenze annuali in caso di tacito rinnovo.

Il Capitale assicurato è indicato nella Proposta/Certificato di assicurazione ed è compreso:

- per la garanzia Decesso per qualsiasi causa, tra un minimo di **€ 50.000,00** e un massimo di **€ 10.000.000,00**;
- per la garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia, tra un minimo di **€ 50.000,00** e un massimo di **€ 1.000.000,00**.

La Compagnia si rende disponibile a valutare l'assicurabilità di capitali più elevati.



Il Capitale assicurato relativo alla garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia può essere pari o inferiore al Capitale assicurato relativo alla garanzia Decesso per qualsiasi causa.

Art. 14 – Contraente e Persone assicurabili

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

Possono sottoscrivere il Contratto, in qualità di Contraente, sia le persone fisiche con residenza o domicilio fiscale in Italia, sia le persone giuridiche con sede legale in Italia, che non siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" previste dalla Normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o dalle Misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale. 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.

14.2 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche che:

- a) al momento della sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione:
 - i. siano residenti in Italia, nella Repubblica di San Marino, nello Stato della Città del Vaticano o in uno degli stati membri dell'Unione Europea – la Compagnia si rende disponibile a valutare l'assunzione del rischio per i residenti in Svizzera, Regno Unito, Stati Uniti o Canada;
 - ii. siano muniti di codice di identificazione fiscale;
 - iii. abbiano compiuto 18 anni di età;
 - iv. abbiano un'Età non superiore a:
 - 75 anni, in caso di sottoscrizione della sola garanzia Decesso per qualsiasi causa;
 - 65 anni, in caso di sottoscrizione delle garanzie Decesso per qualsiasi causa e Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia;
- b) alla data di rinnovo del Programma Assicurativo, abbiano un'Età non superiore a 80 anni.

14.3 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone fisiche che svolgono una delle seguenti attività lavorative:

- 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.

Non sono, inoltre, assicurabili le persone fisiche che, a seguito o per effetto della Normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o delle Misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale, siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" o siano sottoposte a divieti e/o misure restrittive.

Art. 15 – Carenza ed Esclusioni valide per tutte le garanzie

15.1 – Carenza

Il Contratto prevede un periodo di Carenza di **6 mesi**, a partire dalla Decorrenza del Programma Assicurativo. Tale periodo di Carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica.

Il Contratto prevede, inoltre, un periodo di Carenza di **5 anni**, a partire dalla Decorrenza del Programma Assicurativo, 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 dovesse sottoporsi a visita medica ed effettuare un test sull'HIV con esito negativo nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della Proposta di assicurazione. Se l'Assicurato si sottopone a visita medica, ma rifiuta di effettuare il 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 del Programma Assicurativo: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, tetano, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, 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.

15.2 – Esclusioni

La Compagnia non sarà tenuta a garantire alcuna garanzia 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.

Per tutte le garanzie, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- **dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario;**
- **uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili (quali anche l'abuso di solventi) qualora il decesso o l'invalidità permanente totale siano conseguenza diretta del comportamento dell'Assicurato;**
- **Alcolismo;**
- **stato di ubriachezza/ebbrezza, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal codice della strada e il decesso o l'invalidità permanente totale avvengano alla guida di un veicolo;**
- **dolo o colpa grave ascrivibile all'Assicurato il cui tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi/litro;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di stato, terrorismo;**
- **contaminazione nucleare, biologica o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno);**

- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma di legge - l'esclusione non si applica per gli infortuni subiti dall'Assicurato in possesso di patente scaduta a condizione che lo stesso ottenga il rinnovo del documento entro 180 giorni dall'Infortunio; la Polizza si intende tuttavia valida se il mancato rinnovo sia conseguenza dei postumi invalidanti dell'Infortunio stesso;
- incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- l'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di guida alpina abilitata; salti dal trampolino con sci o idrosci; sci acrobatico; immersione con autorespiratore; speleologia; motonautica; automobilismo; motociclismo; paracadutismo; sport aerei in genere; pugilato; lotta nelle sue varie forme; rugby; football americano;
- malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note all'Assicurato e non note alla Compagnia al momento della sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione;
- viaggi in paesi a rischio per situazione climatica, politico-militare o medico-sanitaria. Per l'elenco completo e aggiornato di tali paesi si rinvia all'apposita sezione del sito del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.

SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Art. 16 – Decesso per qualsiasi causa (Garanzia Base)

16.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Decesso dell'Assicurato per qualsiasi causa, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario il Capitale assicurato indicato nella Proposta/Certificato di assicurazione.

16.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15.2, è escluso il suicidio dell'Assicurato accaduto nei 2 anni successivi alla Decorrenza del Programma Assicurativo.

Art. 17 – Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia (Garanzia Opzionale)

17.1 – Oggetto della garanzia



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 e 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.

In caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% riconosciuta all'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia (IPT) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario il Capitale assicurato indicato nella Proposta/Certificato di assicurazione.

La prestazione è corrisposta a condizione che:

- l'Infortunio o la prima diagnosi della Malattia si siano verificati nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- l'IPT sia accertata da un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato prima che la Compagnia abbia accertato la stabilizzazione dei postumi invalidanti e 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 IPT.

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 era affetto da menomazioni preesistenti, saranno indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio o la Malattia avessero colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti.

Al pagamento della prestazione assicurata relativa alla garanzia IPT, la Polizza cessa e nulla sarà dovuto dalla Compagnia in caso di Decesso dell'Assicurato.

17.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15.2, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;
- atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurato;
- esiti di infortuni che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla data di sottoscrizione della Polizza, sottaciuti alla Compagnia;
- malattie e/o conseguenze di invalidità preesistente riconosciuta o di inabilità preesistente già note all'Assicurato e non note alla Compagnia al momento della sottoscrizione della Polizza;
- negligenza, imprudenza e imperizia nell'osservare le prescrizioni mediche;
- malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali;

- trattamenti estetici (ad eccezione di quelli resi necessari da Infortunio dell'Assicurato) cure dimagranti e dietetiche;
- connessione con l'uso o la produzione di esplosivi.

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Art. 18 – Denuncia di 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 | E-mail 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 nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni e assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile telefonare al numero **06.492161**.

La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati all'articolo successivo. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. In caso di denuncia incompleta, la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. Resta inteso che la Compagnia potrà comunque richiedere ulteriore documentazione, 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 in relazione alla storia e alla natura del Sinistro. 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.

Art. 19 – Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro

Decesso per qualsiasi causa

- Originale del certificato di morte
- Originale o copia conforme all'originale del certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza
- Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento o copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia

Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:

- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Certificato autoptico
- Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico

Invalità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia

- Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico
- Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento o copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia

Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:

- Verbale redatto dalle autorità intervenute

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere **gli originali di Polizza o dei documenti presentati per la valutazione del Sinistro** qualora il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione contrattuale in possesso della Compagnia e/o quest'ultima contesti l'autenticità della Polizza o dei documenti ad essa inviati in fase di Sinistro.

Art. 20 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro

I criteri per la determinazione dell'Indennizzo sono indicati nella Sezione III – agli articoli denominati "Oggetto della garanzia" – per ciascuna garanzia offerta.

In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna al pagamento di quanto dovuto 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 e integrazioni.

L'Indennizzo può essere corrisposto solo a soggetti che non siano identificati come "designati" – ovvero inseriti nelle liste dei soggetti sottoposti a Misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale (ad es. embarghi) – o che abbiano legami con essi o con determinati Paesi. In particolare, la Compagnia non effettua pagamenti verso soggetti che siano o divengano residenti in Paesi sottoposti ad embargo o considerati a rischio ai sensi della Normativa antiriciclaggio o di contrasto dell'evasione fiscale internazionale.

SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI

Art. 21 – Richiesta di Informazioni

L'Assicurato ha il diritto di richiedere alla Compagnia informazioni in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della prestazione assicurata. La richiesta può essere effettuata per iscritto all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma, oppure attraverso il sito web all'indirizzo www.metlife.it cliccando su "Assistenza Clienti". La Compagnia si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

L'Assicurato ha inoltre la possibilità di accedere all'area riservata **MyMetLife**, disponibile sul sito web della Compagnia www.metlife.it, nella quale visualizzare le informazioni e le comunicazioni periodiche relative alla propria Polizza.

Art. 22 – Reclami

22.1 – 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 e-mail 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

Il reclamante potrà presentare reclamo alla Compagnia anche utilizzando il modello disponibile sul sito 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.

22.2 – 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.

22.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi a

IVASS - SERVIZIO TUTELA DEL CONSUMATORE

Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma | Fax 06.42133.206 | PEC: 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, 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 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.

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.

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 o "Codice Privacy", sue successive modifiche e integrazioni, Regolamento (UE) 2016/679 o "GDPR" 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, nonché per verificare la qualità dei servizi resi, MetLife ha bisogno di trattare i soli dati personali che la riguardano necessari per stipulare ed eseguire il contratto (es. nome, recapiti, incluso e-mail e numeri telefonici, età, data di nascita, sesso, occupazione, etc.) che 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.

Tenuto conto che nella stipula e gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe fornire dati di terzi il cui trattamento è strumentale alla gestione del rapporto assicurativo (ad es. per la designazione beneficiaria o del referente terzo, per l'estensione della copertura ad altri soggetti, quali il nucleo familiare, testimoni, etc.) le precisiamo che è suo onere, fornire la presente informativa ai terzi suddetti, acquisendo il consenso ove necessario. 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.

Ai fini dell'emissione e gestione della polizza, potrebbe fornire a MetLife o agli altri intermediari assicurativi che collaborano con MetLife, eventuali dati che la normativa qualifica come "particolari categorie di dati personali" 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 particolare" 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 antiriciclaggio o per effettuare le verifiche di coerenza del prodotto assicurativo offerto ai suoi bisogni assicurativi). Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirle correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi richiesti, né di contattarla per esigenze legate alla gestione del contratto.

Desideriamo inoltre informarla che La presente Informativa viene resa da MetLife anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. "catena assicurativa", ai sensi del Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali del 26 aprile 2007.

Quali sono i suoi diritti?

Il diritto ad essere informati attraverso un'informativa chiara, trasparente e facilmente comprensibile in merito ai suoi diritti e al trattamento dei suoi dati personali, incluse le particolari categorie di dati.

Il diritto di accesso ai suoi dati personali oggetto di trattamento da parte nostra, per verificare che stiamo utilizzando i suoi dati personali nel rispetto della Legge in materia di protezione dei dati.

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

Il diritto alla cancellazione dei suoi dati personali laddove non ci sia per noi una ragione valida per continuare ad utilizzarli (c.d. "diritto all'oblio"). 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 ad 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 per "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, inclusa la profilazione. Utilizziamo tecnologie per costruire i profili della nostra clientela per offrire i prodotti coerenti alle esigenze assicurative 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 o la durata della copertura. Ciò implica che dal profilo di rischio riscontrato, potrebbe essere considerato non eleggibile a determinate coperture. In altre circostanze, la sua copertura potrebbe essere interrotta (ad es. per il raggiungimento dei limiti di età o per mancato pagamento del premio entro i limiti consentiti). L'utilizzo di processi decisionali automatizzati per tali finalità è necessario ai fini della conclusione e della gestione dei nostri contratti di polizza, riduce gli errori e aumenta il livello di servizio. Se dovesse ritenere che la nostra tecnologia abbia commesso degli errori, può contattare il nostro Responsabile Privacy per richiedere una verifica scrivendo a info.privacy@metlife.it.

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.**

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** o visitando il sito www.garanteprivacy.it.

Come possiamo contattarla

Possiamo contattarla attraverso uno o più dei seguenti canali di comunicazione: telefono, mail, e-mail, 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 noi 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 e pubblicitarie 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). 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 proprie preferenze attraverso il nostro sito web www.metlife.it, scrivendo a MetLife Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma oppure attraverso l'indirizzo e-mail info.privacy@metlife.it.

A chi possono essere comunicati i suoi dati

I suoi 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 antiriciclaggio) 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 alla 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 e, 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.

Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

La nostra Policy relativa alla conservazione dei dati personali è conforme a leggi e disposizioni in materia di protezione e conservazione di dati personali applicabili specificatamente al settore assicurativo. Esse stabiliscono per quanto tempo possiamo conservare diverse tipologie di dati personali che conserviamo e aggiorniamo regolarmente, fino a 10 anni dalla proposta (qualora non finalizzata) o dalla cessazione della polizza (per gli assicurati o aventi diritto alla prestazione assicurativa).

Cancelliamo in modo sicuro i suoi dati personali quando non abbiamo più motivo di conservarli. L'utilizzo dei dati per effettuare indagini statistiche e di mercato avviene in anonimato.

Per quali finalità di trattamento potremmo chiederle il consenso

Consenso al trattamento di particolari categorie di dati personali (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.

Consenso ad essere ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e ricerche di mercato: vorremmo poterla contattare per proporle contenuti esclusivi, offerte e informazioni relative ai prodotti e servizi MetLife nonché per il compimento di ricerche di mercato. Tali contatti potranno avvenire attraverso modalità automatizzate (es. e-mail e/o sms) o tradizionali (es. posta cartacea e/o telefonata tramite operatore).

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. Per profilazione s'intende qualsiasi forma di trattamento automatizzato di dati personali, svolto anche attraverso decisioni automatizzate, volta a valutare determinati aspetti personali e/o abitudini al fine di farle pervenire le nostre proposte commerciali più aderenti al suo profilo.

Per **revocare il consenso reso** può contattarci ai recapiti forniti nella sezione "[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) 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 DI ASSICURAZIONE

Polizza Vita Libera Mente Flexi

Questo documento è stato realizzato in data 29/03/2022 ed è l'ultimo disponibile



Ti informiamo che puoi accedere in ogni momento alle **informazioni** ed alle **comunicazioni periodiche** relative alla tua Polizza attraverso l'**area riservata MyMetLife** sul sito www.metlife.it. Registrati subito con il tuo codice fiscale, indirizzo e-mail e copia di un documento di identità valido.

Proposta N.: _____

Valida fino al: _____

DATI DEL CONTRAENTE (del delegato o del 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 <input type="checkbox"/> Altro		Numero		
Data di Rilascio	Data di Scadenza	Comune (o Stato estero) ed Ente di Rilascio		

DATI DELLA SOCIETÀ (da compilare in caso di Contraente persona giuridica)

Denominazione completa		Numero di Iscrizione Registro Imprese		
Codice Fiscale		Partita Iva		
Indirizzo Sede Legale		Cap	Comune	Prov. Stato
Settore Attività Economica		Codice ATECO		

DATI DELL'ASSICURATO (da compilare se l'Assicurato è 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 DELLA POLIZZA
GARANZIE
CAPITALE ASSICURATO
Garanzia Base
 Decesso per qualsiasi causa €

Garanzia Opzionale
 Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% 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

Decorrenza: dalle ore 24.00 del	Durata: annuale con tacito rinnovo	Periodo di Carenza: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Frazionamento del Premio: <input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Semestrale <input type="checkbox"/> 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, Intesa Sanpaolo S.p.A., IBAN IT25 F030 6912 7111 0000 0018 243
-
-
- alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del Contraente
-
- IBAN _____
-
- cointestato
-
- non cointestato
-
- In caso di conto corrente cointestato, indicare di seguito i dati del cointestatario:
-
- Nome: _____ Cognome: _____ C.F. _____

Mandato per addebito diretto SEPA

Il Contraente, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza: a) la Compagnia a richiedere alla banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente; b) 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


- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente e dall'Assicurato per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
- In caso di Contraente persona giuridica, dovrà essere compilato l'allegato alla presente Proposta contenente le informazioni utili per l'identificazione del "titolare effettivo".
- Prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso riportate.
- 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.
- Nel caso in cui il Contraente abbia stipulato più di una polizza Libera Mente Flexi, ai fini dell'individuazione della formalità di assunzione del rischio da espletare, occorrerà sommare l'importo già assicurato con il nuovo importo da assicurare.
- Al raggiungimento del 70° anno di Età dell'Assicurato, cessa la garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia (qualora selezionata) ed il Premio relativo alle successive annualità assicurative sarà ricalcolato al netto della porzione a copertura del rischio Invalidità Permanente Totale.
- Il Contratto prevede un periodo di Carenza a partire dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo qualora sia stato stipulato senza effettuare alcuna visita medica.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO**INFORMATIVA PRECONTRATTUALE E CONTRATTUALE**

Il sottoscritto dichiara:

- di aver ricevuto copia dell'informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo **Libera Mente Flexi – Mod. LMFF2F Ed. 2022/03**, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- di aver scelto, per la trasmissione della predetta documentazione e delle comunicazioni rese dalla Compagnia in corso di Contratto, la seguente modalità: e-mail cartacea, consapevole della possibilità di cambiare tale modalità senza alcun costo a suo carico;
- di aver consegnato copia della predetta documentazione all'Assicurato, se persona diversa.

Data (gg/mm/aa)

Firma 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 **Libera Mente Flexi** 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 il Programma Assicurativo sarà attivo dalla data comunicata dalla Compagnia al Contraente con lettera di conferma: qualora il pagamento della prima rata di Premio dovesse essere effettuato successivamente, la data decorrenza del Programma Assicurativo sarà quella di pagamento del Premio;
- 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 fornito alla Compagnia le informazioni necessarie alla valutazione delle proprie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del Contratto con tali richieste ed esigenze prima della sottoscrizione, ai sensi dell'art. 58 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- 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 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. 2 Perfezionamento del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo; art. 3 Premio assicurativo; art. 6 Aggravamento e diminuzione del rischio in corso di Contratto; art. 9 Risoluzione delle controversie; art. 14 Contraente e persone assicurabili; art. 15 Carenza ed Esclusioni valide per tutte le garanzie art. 16 Decesso per qualsiasi causa (Garanzia base); art. 17 Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia (Garanzia opzionale); art. 18 Denuncia di Sinistro; art. 19 Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro.

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (da compilare se il Contraente coincide con l'Assicurato)

Il sottoscritto, ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.lgs. n. 196/2003 s.m.i.), dichiara di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Rappresentanza Generale di **MetLife Europe d.a.c.** in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a lui consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei propri dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è suo obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati:

- Sì No il consenso al trattamento delle **particolari categorie di dati, necessario per la conclusione e gestione del contratto**
- Sì No il consenso a sottoporre i dati a **profilazione per finalità commerciali, anche attraverso decisioni automatizzate**
- Sì No il consenso ad essere **ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie, vendita diretta e ricerche di mercato** con modalità di contatto automatizzate o tradizionali

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (da compilare se il Contraente è persona diversa dall'Assicurato)

Il **Contraente**, ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiara di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Rappresentanza Generale di **MetLife Europe d.a.c.** in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a lui consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei propri dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è suo obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati:

- Dà** **Nega** il consenso a sottoporre i dati a **profilazione per finalità commerciali, anche attraverso decisioni automatizzate**
- Dà** **Nega** il consenso ad essere **ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie, vendita diretta e ricerche di mercato** con modalità di contatto automatizzate o tradizionali

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

L'**Assicurato**, ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiara di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Rappresentanza Generale di **MetLife Europe d.a.c.** in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a lui consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei propri dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto:

- Dà** **Nega** il consenso al trattamento delle **particolari categorie di dati, necessario per la conclusione e gestione del contratto**
- Dà** **Nega** il consenso a sottoporre i dati a **profilazione per finalità commerciali, anche attraverso decisioni automatizzate**
- Dà** **Nega** il consenso ad essere **ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie, vendita diretta e ricerche di mercato** con modalità di contatto automatizzate o tradizionali

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

AVVERTENZE

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

DESIGNAZIONE DI BENEFICIARIO

Per la garanzia **Decesso per qualsiasi causa**, 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) _____

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*).

AVVERTENZA

La Compagnia, qualora si trovi nell'impossibilità di effettuare l'adeguata verifica della clientela, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare o proseguire il rapporto e le operazioni, valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF e, in caso di liquidazione della prestazione, se richiederne la sospensione. Qualora l'impossibilità riguardi rapporti continuativi in essere, la Compagnia si astiene dall'effettuare modifiche contrattuali, nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.

ASSUNZIONE DEL RISCHIO**STATO DI FUMATORE / NON FUMATORE**

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 Contraente (se Contraente persona fisica)

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato (se Contraente persona giuridica)

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/c professionali dietro compilazione degli appositi questionari sulle attività/sport svolti, oppure di richiedere la compilazione di appositi questionari finanziari.

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Polizza Vita Libera Mente Flexi

Questo documento è stato realizzato in data 29/03/2022 ed è l'ultimo disponibile



Ti informiamo che puoi accedere in ogni momento alle **informazioni** ed alle **comunicazioni periodiche** relative alla tua Polizza attraverso l'**area riservata MyMetLife** sul sito www.metlife.it. Registrati subito con il tuo codice fiscale, indirizzo e-mail e copia di un documento di identità valido.

Polizza N. _____

DATI DEL CONTRAENTE (del delegato o del 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 <input type="checkbox"/> Altro				Numero				
Data di Rilascio		Data di Scadenza		Comune (o Stato estero) ed Ente di Rilascio				

DATI DELLA SOCIETÀ (da compilare in caso di Contraente persona giuridica)

Denominazione completa			Numero di Iscrizione Registro Imprese					
Codice Fiscale			Partita Iva					
Indirizzo Sede Legale			Cap	Comune			Prov.	Stato
Settore Attività Economica			Codice ATECO					

DATI DELL'ASSICURATO (da compilare se l'Assicurato è 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 DELLA POLIZZA
GARANZIE
CAPITALE ASSICURATO
Garanzia Base

- Decesso per qualsiasi causa €

Garanzia Opzionale

- Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% 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

Decorrenza: dalle ore 24.00 del _____ Durata: annuale con tacito rinnovo _____ Periodo di Carenza: Sì

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, Intesa Sanpaolo S.p.A., IBAN IT25 F030 6912 7111 0000 0018 243
- alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del Contraente
 IBAN _____ cointestato non cointestato
 In caso di conto corrente cointestato, indicare di seguito i dati del cointestatario:

Nome: _____ Cognome: _____ C.F. _____

Mandato per addebito diretto SEPA

Il Contraente, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza: a) la Compagnia a richiedere alla banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente; b) 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


- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente e dall'Assicurato per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
- In caso di Contraente persona giuridica, dovrà essere compilato l'allegato al presente Certificato contenente le informazioni utili per l'identificazione del "titolare effettivo".
- Prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso riportate.
- 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.
- Nel caso in cui il Contraente abbia stipulato più di una polizza Libera Mente Flexi, ai fini dell'individuazione della formalità di assunzione del rischio da espletare, occorrerà sommare l'importo già assicurato con il nuovo importo da assicurare.
- Al raggiungimento del 70° anno di Età dell'Assicurato, cessa la garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia (qualora selezionata) ed il Premio relativo alle successive annualità assicurative sarà ricalcolato al netto della porzione a copertura del rischio Invalidità Permanente Totale.
- Il Contratto prevede un periodo di Carenza a partire dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo poiché è stato stipulato senza effettuare alcuna visita medica.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (da compilare se il Contraente è persona diversa dall'Assicurato)

Il **Contraente**, ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiara di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Rappresentanza Generale di **MetLife Europe d.a.c.** in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a lui consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei propri dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è suo obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati:

- Dà** **Nega** il consenso a sottoporre i dati a **profilazione per finalità commerciali, anche attraverso decisioni automatizzate**
- Dà** **Nega** il consenso ad essere **ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie, vendita diretta e ricerche di mercato** con modalità di contatto automatizzate o tradizionali

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

L'**Assicurato**, ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiara di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Rappresentanza Generale di **MetLife Europe d.a.c.** in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a lui consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei propri dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto:

- Dà** **Nega** il consenso al trattamento delle **particolari categorie di dati, necessario per la conclusione e gestione del contratto**
- Dà** **Nega** il consenso a sottoporre i dati a **profilazione per finalità commerciali, anche attraverso decisioni automatizzate**
- Dà** **Nega** il consenso ad essere **ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie, vendita diretta e ricerche di mercato** con modalità di contatto automatizzate o tradizionali

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

AVVERTENZE

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

DESIGNAZIONE DI BENEFICIARIO

Per la garanzia **Decesso per qualsiasi causa**, 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) _____

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*).

AVVERTENZA

La Compagnia, qualora si trovi nell'impossibilità di effettuare l'adeguata verifica della clientela, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare o proseguire il rapporto e le operazioni, valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF e, in caso di liquidazione della prestazione, se richiederne la sospensione. Qualora l'impossibilità riguardi rapporti continuativi in essere, la Compagnia si astiene dall'effettuare modifiche contrattuali, nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.

ASSUNZIONE DEL RISCHIO**STATO DI FUMATORE / NON FUMATORE**

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 Contraente (se Contraente persona fisica)
Data (gg/mm/aa)	Firma Assicurato (se Contraente persona giuridica)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO A

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?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
5) Soffre e/o ha sofferto di una delle seguenti patologie: tumore, epatite, cardiopatie ischemiche, ictus, diabete, infezioni da HIV, polmonite virale, sindrome acuta respiratoria?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
6) È portatore di invalidità/inabilità di qualsiasi grado, entità o genere oppure percepisce una pensione o assegno di invalidità/inabilità? Ha mai presentato domanda per ottenere il riconoscimento dell'invalidità/inabilità oppure della pensione o assegno di invalidità/inabilità?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Data (gg/mm/aa)	Firma Assicurato

QUESTIONARIO ANAMNESTICO B

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?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
3) Ha mai sofferto di, 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?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b) ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), aneurismi, emorragie cerebrali o altre malattie dell'apparato cerebrovascolare?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
c) diabete, ipercolesterolemia non trattata, alterazioni tiroidee non controllate o altre malattie del sistema endocrino-metabolico?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
d) epatite, pancreatite, colite ulcerosa, morbo di Crohn, cirrosi epatica o altre malattie dell'apparato digerente?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
e) artrite reumatoide, lupus eritematosa o altre malattie sistemiche o immunologiche?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
f) anemie, emorragie o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
g) sclerosi multipla, paralisi, epilessia, nevrosi o altre malattie neurologiche o del sistema nervoso?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
h) ematuria (presenza di sangue nelle urine), proteinuria (proteine nelle urine), papillomi vescicali, prostatiti o altre malattie dell'apparato genitourinario?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
i) bronchiti croniche ricorrenti, enfisema o altre malattie croniche dell'apparato respiratorio, polmonite virale, sindrome acuta respiratoria?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
j) sieropositività all'HIV, AIDS o malattie HIV-correlate?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
k) malattie dell'apparato muscoloscheletrico?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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.?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
7) 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)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
8) 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 _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
9) Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
10) È portatore di invalidità/inabilità di qualsiasi grado, entità o genere oppure percepisce una pensione o assegno di invalidità/inabilità? Ha mai presentato domanda per ottenere il riconoscimento dell'invalidità/inabilità oppure della pensione o assegno di invalidità/inabilità?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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 / CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE
Polizza Vita Libera Mente Flexi

Questo documento è stato realizzato in data 29/03/2022 ed è l'ultimo disponibile

Nel caso in cui il titolare effettivo della società sia diverso dal Rappresentante Legale della stessa, il presente allegato dovrà essere compilato con i dati del titolare effettivo (per la definizione di titolare effettivo si rimanda all'articolo 2, comma 1, lettera vv) del Regolamento IVASS n. 44 del 12 febbraio 2019).

AVVERTENZA: in caso di più titolari effettivi, ciascuno di essi dovrà compilare e sottoscrivere il presente allegato

DATI DEL TITOLARE EFFETTIVO

Nome:		Cognome:		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		C.F.:		
Data di Nascita:		Comune di Nascita o Stato Estero:			Prov.:		Cittadinanza:	
Indirizzo di Residenza:			Cap:	Comune:			Prov.:	Stato:
Indirizzo di Domicilio:			Cap:	Comune:			Prov.:	Stato:
Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/> Altro						Numero:		
Data di Rilascio:		Data di Scadenza:		Comune o Stato Estero ed Ente di Rilascio:				

CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DELLA TITOLARITÀ EFFETTIVA

(persone fisiche - una o più - che esercitano un controllo o un'influenza dominante o hanno funzioni di direzione e/o controllo)

- Mediante la detenzione di azioni e/o quote della società
- diretta
 - indiretta (specificare) _____
- Esercizio del controllo (specificare) in ragione di:
- diritti di voto da esercitarsi in assemblea ordinaria
 - accordi contrattuali e/o poteri da statuto societario
 - titolarità di funzioni direttive _____

Sulla base di quanto sopra riportato, il sottoscritto inoltre dichiara:

- di essere persona politicamente esposta di non essere persona politicamente esposta

In caso di gruppi societari

Se disponibile, allegare il modulo riportante lo schema societario e/o effettuare un'adeguata illustrazione della società all'interno del gruppo societario.

La dichiarazione circa la titolarità effettiva è effettuata in riferimento ai dati disponibili sui database pubblici, in quanto l'entità di riferimento è (evidenziare una delle seguenti risposte):

- una società quotata, i cui strumenti finanziari sono ammessi alla negoziazione su un mercato finanziario regolamentato in conformità alla direttiva 2004/39 / UE in uno o più stati membri, ovvero in uno stato estero sottoposto ad obblighi equivalenti
- una pubblica amministrazione, un ufficio pubblico o una società pubblica che effettua attività e/o funzioni pubbliche conformemente alle disposizioni del trattato UE e/o delle disposizioni comunitarie e/o nazionali
- un intermediario finanziario sottoposto a vigilanza europea
- una società fiduciaria autorizzata all'attività mediante iscrizione all'art. 106 T.U.B. (Testo Unico Bancario)

per l'effetto, si dichiara l'accuratezza, completezza e aggiornamento dei dati, anche in conformità al **D.Lgs. 60/2018** (concernente l'"accesso da parte delle autorità fiscali alle informazioni afferenti al contrasto al riciclaggio").

Data (gg/mm/aa)

Firma