

Mutuo Vivo

La polizza in breve

Questa polizza serve per tutelare il tuo progetto di vita più importante, pagando una somma agli eredi o agli altri beneficiari in caso di decesso o invalidità permanente, da utilizzare per rimborsare il mutuo sulla tua casa.



Questo documento contiene il Set informativo.

Set informativo

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Mutuo Vivo

Contratto di Assicurazione vita di durata pluriennale a capitale decrescente e premio frazionato stipulato con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

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**
- **Fac-simile del Certificato di assicurazione**

Il contratto è stato semplificato nel linguaggio e nella struttura, in base ai risultati dell'analisi dei contratti assicurativi pubblicata da IVASS il 26 giugno 2023.

Mod. MVF2F Ed. 2026/01

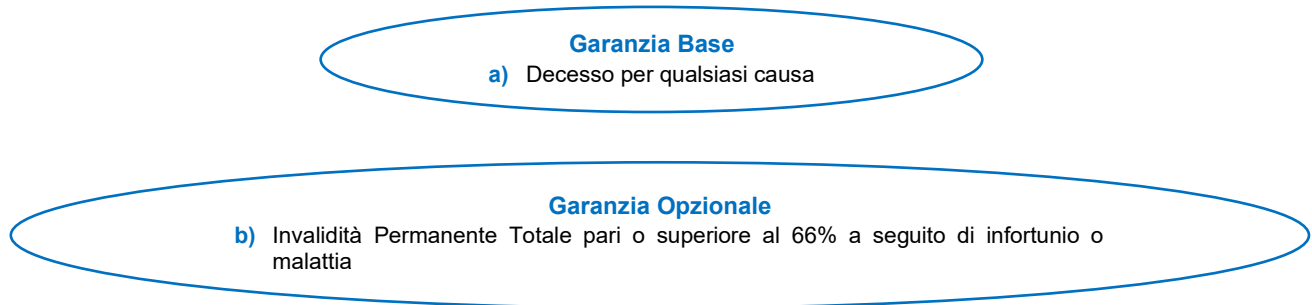
MetLife Europe d.a.c. è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 415123. Amministratori: Carmina Dragomir (cittadina romena), Deirdre Flannery (cittadina irlandese), Nuria Garcia (cittadina spagnola), Nick Hayter (cittadino inglese), Merilee Matchett (cittadina australiana), Ruairi O'Flynn (cittadino irlandese), Tony O'Riordan (cittadino irlandese).

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.

Mutuo Vivo

Mutuo Vivo è un'assicurazione che protegge il tenore di vita dei propri cari, garantendo ai beneficiari una somma importante in caso di decesso o invalidità permanente totale dell'assicurato.

La polizza è facoltativa e non è connessa al mutuo anche se l'assicurato ha scelto un capitale assicurato e una durata uguali a quelle del mutuo. Pertanto, in caso di estinzione anticipata del mutuo, la polizza rimane in vigore fino alla sua naturale scadenza e MetLife non restituirà i premi al Contraente.



La garanzia base Decesso per qualsiasi causa è sempre inclusa nell'assicurazione. Puoi aggiungere alla garanzia base la garanzia opzionale Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66% a seguito di infortunio o malattia per adattare la polizza alle tue esigenze.

Per maggiori dettagli sulle garanzie, consulta le condizioni di assicurazione.

Come leggere i documenti di polizza

- Nella polizza trovi un glossario che spiega il significato che MetLife attribuisce ad alcuni termini. È importante consultarlo perché il glossario ha valore contrattuale e le parole usate nella polizza potrebbero avere un significato diverso da quello di uso comune. Le parole descritte nel glossario sono riconoscibili perché scritte con l'iniziale in Maiuscolo.
- Questo simbolo 🔍 serve a richiamare la tua attenzione su aspetti importanti o che richiedono spiegazioni riguardanti la polizza.
- I box contraddistinti da questo simbolo ⚙️ contengono, invece, degli esempi per illustrarti in concreto come funziona la polizza. Gli esempi non hanno valore contrattuale.
- Puoi riconoscere facilmente limiti ed esclusioni della polizza perché sono evidenziati in **arancione**.

Cosa fare se hai bisogno di assistenza

Se hai bisogno di informazioni sulla polizza o su come denunciare un sinistro puoi:

- rivolgerti al tuo intermediario;
- visitare il sito www.metlife.it;
- chiamare il numero 06.492161, a tua disposizione dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 20 ed il sabato dalle 9 alle 13.

Su www.metlife.it puoi anche registrarti e accedere alla tua Area Riservata che ti permette di visualizzare le informazioni principali sulla tua polizza.

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: Mutuo Vivo

Questo documento è stato aggiornato in data 15/01/2026 ed è l'ultimo disponibile.

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

Che tipo di assicurazione è?

Mutuo Vivo è un'assicurazione che protegge il tenore di vita dei propri cari, garantendo ai beneficiari una somma importante in caso di decesso o invalidità permanente totale dell'assicurato.



Che cosa è assicurato? Quali sono le prestazioni?

Mutuo Vivo comprende una garanzia base (sempre presente) e una garanzia opzionale a scelta del contraente.

GARANZIA BASE:

✓ Decesso per qualsiasi causa

Somma assicurata: importo compreso tra € 30.000 e € 1.500.000 a scelta del contraente. MetLife paga la somma assicurata se l'assicurato muore per qualsiasi causa.

GARANZIA OPZIONALE:

a) Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66% a seguito di infortunio o malattia

Somma assicurata: importo compreso tra € 30.000 e € 1.500.000 a scelta del contraente. MetLife paga la somma assicurata se l'assicurato ha un infortunio o una malattia che causa un'invalidità permanente totale pari o superiore al 66%.



Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ non hanno i requisiti di assicurabilità indicati nella sezione "A chi è rivolto questo prodotto?" del DIP aggiuntivo Vita;
- ✗ svolgono una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere; palombari/sommozzatori; speleologi; paracadutisti; piloti commerciali privati (non di linea); addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico; collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili;
- ✗ sono inserite nelle liste sanzionatorie internazionali o a contrasto del finanziamento del terrorismo o hanno legami con soggetti inseriti in queste liste;
- ✗ hanno legami con Paesi sotto embargo o considerati a rischio dalla normativa antiriciclaggio o di contrasto dell'evasione fiscale internazionale.

Per tutte le garanzie, MetLife non paga le prestazioni assicurate nei seguenti casi:

- ✗ atti dolosi compiuti dal contraente, dall'assicurato o dal beneficiario;
- ✗ alcolismo acuto o cronico;
- ✗ guida di veicolo in stato di ebbrezza, con tasso alcolemico superiore a quello stabilito dal Codice della Strada;
- ✗ colpa grave dell'assicurato, con tasso alcolemico superiore a 0,8 grammi per litro (g/l);
- ✗ uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e simili (incluso l'abuso di solventi);
- ✗ partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di stato e 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 abilitato a norma di legge; sono coperti gli infortuni alla guida di veicoli e natanti a motore con patente scaduta se l'assicurato rinnova la patente entro 180 giorni dall'infortunio oppure se non la rinnova a causa dei postumi invalidanti dell'infortunio;
- ✗ incidenti di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota senza idoneo brevetto;
- ✗ alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai senza guida alpina abilitata; sci acrobatico e salto dal trampolino con sci o idrosci; immersione con autorespiratore; speleologia; motonautica; automobilismo; motociclismo; paracadutismo e sport aerei in genere; pugilato e lotta nelle sue varie forme; rugby e football americano;
- ✗ malattie o conseguenze di situazioni patologiche o lesioni note all'assicurato e non comunicate a MetLife prima del perfezionamento della polizza;
- ✗ viaggi in Paesi a rischio per situazione climatica, politico-militare o medico-sanitaria; l'elenco completo e aggiornato di questi Paesi si può consultare sul sito del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.

Per la garanzia Decesso per qualsiasi causa, MetLife non paga le prestazioni assicurate in caso di:

- ✗ suicidio dell'assicurato nei primi 2 anni di durata della polizza.

Per la garanzia Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66% a seguito di infortunio o malattia, MetLife non paga le prestazioni assicurate nei seguenti casi:

- ✗ atto intenzionale dell'assicurato (es. tentativo di suicidio);
- ✗ atti compiuti dall'assicurato in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurato;
- ✗ infortuni non comunicati a MetLife, che abbiano causato sintomi, cure, esami o diagnosi antecedenti al perfezionamento della polizza;
- ✗ malattie e conseguenze di invalidità o inabilità già note all'assicurato e non comunicate a MetLife prima del perfezionamento della polizza;
- ✗ mancato rispetto delle prescrizioni mediche da parte dell'assicurato per negligenza, imprudenza o imperizia;
- ✗ malattie psichiche quali disturbi dell'umore (depressione maggiore o bipolare) disturbi d'ansia (attacchi di panico, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo post traumatico da stress) schizofrenia, psicosi, così come i loro seguiti e conseguenze;
- ✗ trattamenti estetici (salvo quelli necessari in caso di infortunio o malattia);
- ✗ cure dimagranti e dietetiche (salvo quelle prescritte da un medico specialista in caso di infortunio o malattia);
- ✗ uso, produzione, trasporto e stoccaggio di esplosivi.



Ci sono limiti di copertura?

! La polizza prevede un periodo di carenza di **6 mesi** che è esteso a **5 anni** per eventi direttamente o indirettamente correlati ad infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita o stati assimilabili.

Il periodo di carenza comincia dalla data di decorrenza della polizza.

I sinistri che si verificano nel periodo di carenza non sono coperti dall'assicurazione.

L'assicurato può eliminare il periodo di carenza:

- di **6 mesi** svolgendo una visita medica;
- di **5 anni** svolgendo una visita medica ed effettuando un test sull'HIV con esito negativo nei 3 mesi precedenti la data di perfezionamento della polizza. Se l'assicurato svolge la visita medica, ma rifiuta di effettuare il test sull'HIV, il periodo di carenza è esteso a **7 anni**.



Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie valgono in tutto il mondo, ma l'Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66% a seguito di infortunio o malattia deve essere certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività nell'Unione Europea.



Che obblighi ho?

- Il contraente deve pagare il premio.
- L'assicurato deve comunicare subito a MetLife:
 - i cambiamenti relativi all'attività professionale, all'attività sportiva e alle abitudini di vita (stato di fumatore / non fumatore) che si verificano nel periodo di durata della polizza;
 - tutti i dati utili (comprese le informazioni su reddito, patrimonio e origine dei fondi) per consentire a MetLife di verificare la clientela così come previsto dalla normativa antiriciclaggio.
- In caso di sinistro, il beneficiario deve denunciarlo subito a MetLife presentando i documenti richiesti:

Decesso

- certificato di morte;
- certificato necroscopico rilasciato dall'ASL di competenza.

Se esistenti, anche:

- verbale di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento;
- cartella clinica relativa alla prima diagnosi della malattia;
- verbale delle autorità intervenute;
- certificato autoptico;
- verbale di accertamento dell'invalidità permanente rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico.

Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66%

- relazione medica sull'entità e sul decorso delle lesioni nonché sulla stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Se esistenti, anche:

- verbale di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento;
- cartella clinica relativa alla prima diagnosi della malattia;
- verbale delle autorità intervenute;
- verbale di accertamento dell'invalidità permanente rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico.



Quando e come devo pagare?

Il premio è annuale ed è indicato nel Certificato di assicurazione o nella Lettera di accettazione del rischio di MetLife.

Il premio può essere pagato:

- a MetLife, con bonifico bancario o addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del contraente;
- all'intermediario autorizzato all'incasso da MetLife, con i mezzi di pagamento indicati nell'informativa precontrattuale.

Il premio può essere frazionato senza costi aggiuntivi su base:

- mensile, solo in caso di pagamento del premio con addebito diretto Sepa (SDD) se la rata ha un importo di almeno 8 euro;
- trimestrale, solo in caso di pagamento del premio con bonifico bancario o con addebito diretto Sepa (SDD);
- semestrale.

Il premio per ciascuna annualità assicurativa va pagato per intero (anche se frazionato).



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza si perfeziona in 2 modi alternativi:

- con l'emissione della **Lettera di accettazione del rischio** da parte di MetLife, nei seguenti casi:
 - persona residente in Svizzera, Regno Unito, Stati Uniti o Canada;
 - risposta affermativa anche a una soltanto delle domande poste nel questionario medico;
 - se MetLife chiede all'assicurato di sottoporsi a visita medica per valutare il rischio;
- con l'emissione del **Certificato di assicurazione** in tutti gli altri casi.

La copertura inizia dalle ore 24:00 del giorno di:

- perfezionamento della polizza, se il premio è stato pagato;
- pagamento del premio, se questo viene pagato dopo il perfezionamento della polizza.

La durata della polizza è compresa tra 5 e 30 anni a scelta dal contraente.



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

Nei casi in cui la polizza si perfeziona con l'emissione della Lettera di accettazione del rischio da parte di MetLife, il contraente può revocare la Proposta di assicurazione, fino a quando non ha ricevuto la Lettera di accettazione del rischio, inviando:

- una lettera raccomandata A/R a **MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Rischi Individuali, Via A. Vesalio, 6 – 00161 Roma**;
- una PEC a mel-italia@legalmail.it;
- una email a rischi.individuali@metlife.it.

Il contraente può recedere dalla polizza entro **60 giorni** dalla data di decorrenza della polizza inviando:

- una lettera raccomandata A/R a **MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Portafoglio, Via A. Vesalio, 6 – 00161 Roma**;
- una PEC a mel-italia@legalmail.it;
- una email a customerweb@metlife.it.

Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della comunicazione. MetLife restituisce il premio entro **30 giorni** dal ricevimento della comunicazione di recesso. Il premio da restituire è calcolato sottraendo dal premio pagato le spese di gestione (pari a € 24) e la parte di premio utilizzata (il periodo compreso tra la data di inizio della polizza e la data del recesso).



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)



Prodotto: Mutuo Vivo

Questo documento è stato aggiornato in data 15/01/2026 ed è l'ultimo disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi, nonché alla situazione patrimoniale dell'Impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

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@legallmail.it.

MetLife Europe d.a.c. è una società di capitali del gruppo Metropolitan Life Insurance Inc. (MetLife) costituita in Irlanda ed iscritta al Registro delle Imprese Irlandese (numero di iscrizione 415123) avente Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. MetLife Europe d.a.c. è autorizzata dalla Central Bank of Ireland (numero di riferimento C42062) ad esercitare l'attività assicurativa nei rami vita I, III, IV e V e nei rami danni 1 e 2, così come definiti dal d.lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private). Il contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via A. 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 dalla Central Bank of Ireland.

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. al 31 dicembre 2024 è pari a € 926.834.000 e comprende capitale sociale emesso pari a € 4.379.000, rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000, suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1 ciascuna, di cui 4.379.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 922.455.000. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c. è pari al 161%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 673.000.000 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 1.085.000.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 303.000.000. 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.

Prodotto



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

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

Cos'è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico

Il diritto all'oblio oncologico è il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini, in merito alla propria pregressa condizione patologica, se sono trascorsi più di **10 anni** dalla conclusione del trattamento attivo, in assenza di recidive o ricadute. Tale periodo è ridotto a **5 anni** se la patologia oncologica è insorta prima del compimento dei **21 anni** di età.

Per le patologie oncologiche indicate in tabella, il termine per maturare il diritto all'oblio oncologico è il seguente:

Patologia oncologica	Caratteristiche	Anni dalla conclusione del trattamento attivo
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, > 21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi < 55 anni Uomini con diagnosi < 45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	< 45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi) qualsiasi età	5

Modalità di esercizio	Per esercitare il diritto all'oblio oncologico, l'assicurato deve inviare a MetLife il certificato di oblio oncologico che si ottiene presentando domanda a una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, a un medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale nella disciplina relativa alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio, a un medico di medicina generale o a un pediatra. Il certificato viene rilasciato entro 30 giorni dalla richiesta se sono decorsi i termini per maturare il diritto all'oblio oncologico sopra indicati. L'esercizio del diritto all'oblio oncologico è gratuito.
Effetti dell'oblio oncologico	Se sono decorsi i termini previsti per maturare il diritto all'oblio oncologico, MetLife non potrà richiedere informazioni in merito alla pregressa condizione patologica dell'assicurato per valutare il rischio e determinare le condizioni contrattuali, né utilizzarle qualora siano già nella sua disponibilità o in quella dell'intermediario. MetLife, inoltre, non potrà richiedere l'effettuazione di visite mediche o accertamenti sanitari per verificare la sussistenza di patologie oncologiche pregresse. MetLife procederà alla cancellazione definitiva dei dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 giorni dal ricevimento del certificato di oblio oncologico. Le clausole contrattuali in contrasto con il diritto all'oblio oncologico sono nulle.



A chi è rivolto questo prodotto?

Mutuo Vivo è un'assicurazione rivolta a tutti coloro che vogliono proteggere il tenore di vita dei propri cari, garantendo ai beneficiari una somma importante in caso di decesso o invalidità permanente totale dell'assicurato.

Possano sottoscrivere la polizza:

- le persone fisiche che hanno residenza in Italia;
- le persone giuridiche che hanno sede legale in Italia.

Possano essere assicurate le persone fisiche che hanno i seguenti requisiti.

Al momento del perfezionamento della polizza:

- essere residenti nell'Unione Europea; MetLife valuta la possibilità di assicurare i residenti in Svizzera, Regno Unito, Stati Uniti o Canada;
- possedere un codice di identificazione fiscale;
- aver compiuto 18 anni di età;
- avere un'età massima di **75 anni e 6 mesi**. L'età massima è ridotta a **60 anni e 6 mesi** per la garanzia opzionale Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66% a seguito di infortunio o malattia.

Alla fine del periodo di durata della polizza:

- avere un'età massima di **80 anni e 6 mesi**. L'età massima è ridotta a **65 anni e 6 mesi** per la garanzia opzionale Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66% a seguito di infortunio o malattia.

Se l'assicurato supera l'età di 65 anni e 6 mesi nel periodo di durata della polizza, la garanzia opzionale Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66% a seguito di infortunio o malattia cessa alla fine dell'annualità assicurativa in cui l'assicurato ha superato il limite di età. A partire dall'annualità assicurativa successiva, il premio è ricalcolato al netto della parte a copertura del rischio Invalidità Permanente Totale.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Costo per gestione e rinnovo della polizza	<ul style="list-style-type: none"> 16% del premio annuo, a cui va aggiunto un importo pari al 0,01% del capitale assicurato. € 24 per annualità assicurativa; in caso di frazionamento del premio, il costo è ripartito proporzionalmente sulle singole rate.
Spese di emissione	Non previste.
Costo per visita medica	Se la visita medica è richiesta per valutare il rischio, il costo è a carico dell'assicurato e dipende dalla tariffa praticata dalla struttura medica scelta dall'assicurato. Se la visita medica è richiesta per valutare se il sinistro può essere pagato, il costo è a carico di MetLife che si rivolge a medici di sua fiducia.

Costi di intermediazione

- Primo anno della polizza: commissione da 0% a 9% del premio annuo, moltiplicato per n (n = anni di durata della polizza, fino al 90%).
- Anni della polizza successivi al primo: commissione pari al 3% del premio annuo.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	<p>È possibile presentare un reclamo su carta libera oppure compilando il modulo che si trova nella sezione "Assistenza Clienti / Reclami" del sito www.metlife.it:</p> <ul style="list-style-type: none"> scrivendo a MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Reclami, Via A. Vesalio, 6 – 00161 Roma; inviando una email a reclami@metlife.it; inviando un fax al numero 06.49216300. <p>MetLife risponde:</p> <ul style="list-style-type: none"> entro 45 giorni dal suo ricevimento; entro 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori.
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>È possibile fare reclamo anche all'Autorità di Vigilanza dello Stato di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c.: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland o 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:

Arbitro assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Per le controversie relative ai contratti assicurativi, prima di ricorrere all'Autorità giudiziaria è obbligatorio presentare ricorso all'Arbitro assicurativo o effettuare il tentativo di Mediazione.
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). Per le controversie relative ai contratti assicurativi, prima di ricorrere all'Autorità giudiziaria è obbligatorio effettuare il tentativo di Mediazione o presentare ricorso all'Arbitro assicurativo.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a MetLife.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Per le controversie mediche sulla natura dell'evento, MetLife e l'assicurato (di seguito "Parti") prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, possono dare un mandato irrevocabile per la decisione a un collegio di 3 medici (arbitrato), nominati uno per Parte e il terzo in accordo fra le Parti o fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo, il terzo medico è nominato dal presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici che ha sede nella città o nella provincia dove si riunisce il collegio medico. Il collegio medico ha sede nel comune, sede dell'istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'assicurato. Ciascuna Parte paga le proprie spese e il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza e sono raccolte in un verbale da consegnare a ciascuna delle Parti. Le decisioni sono vincolanti, anche se uno dei medici non firma il verbale, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.</p> <p>Per risolvere le liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.</p>

REGIME FISCALE

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

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.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Vita Mutuo Vivo

Questo documento è stato aggiornato in data 15/01/2026 ed è l'ultimo disponibile

INDICE

GLOSSARIO	3
A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?	4
Art. 1 – Contraente della Polizza	4
Art. 2 – Persone assicurabili	4
Art. 3 – Persone non assicurabili	4
PER COSA E COME PUOI ASSICURARTI?	4
Art. 4 – Eventi assicurati	4
Art. 5 – Garanzie	4
A QUALI CONDIZIONI TI ASSICURI?	5
Art. 6 – Capitale assicurato	5
Art. 7 – Beneficiario	5
Art. 8 – Decesso per qualsiasi causa (garanzia base)	5
8.1 – Cosa è assicurato	5
8.2 – Esclusioni (cosa non è assicurato)	5
Art. 9 – Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia (garanzia opzionale)	6
9.1 – Cosa è assicurato	6
9.2 – Esclusioni (cosa non è assicurato)	6
Art. 10 – Valuta	6
CHE COSA NON È ASSICURATO?	6
Art. 11 – Carenza ed Esclusioni valide per tutte le garanzie	6
11.1 – Carenza	6
11.2 – Esclusioni per tutte le garanzie	7
DOVE VALE LA COPERTURA?	8
Art. 12 – Dove vale l'assicurazione	8
QUANDO COMINCIA E QUANDO FINISCE LA COPERTURA?	8
Art. 13 – Perfezionamento e Durata della Polizza	8
13.1 – Assunzione del rischio	8
13.2 – Perfezionamento della Polizza	8
13.3 – Documentazione e comunicazioni prima e dopo il perfezionamento della Polizza	8
13.4 – Decorrenza e Durata della Polizza	8
QUANDO E COME DEVI PAGARE?	9
Art. 14 – Premio assicurativo	9
14.1 – Quando e come pagare il Premio	9
14.2 – Se non si pagano i premi	9
COME PUOI RECEDERE O REVOCARE LA POLIZZA?	10
Art. 15 – Cessazione della Polizza	10
15.1 – Recesso	10
15.2 – Violazione delle norme anticiclaggio/antiterrorismo	10
15.3 – Altri casi	10
Art. 16 – Revoca della Polizza	10
QUALI OBBLIGHI HAI? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?	11
Art. 17 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti	11
17.1 – Dichiarazioni richieste per la valutazione del rischio	11
17.2 – Dichiarazioni richieste dalla Normativa anticiclaggio	11
Art. 18 – Cambiamenti di attività o abitudini di vita	11
18.1 – Comunicazione dei cambiamenti	11
18.2 – Cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio	11
18.3 – Cambiamenti che comportano una diminuzione del rischio	12
COSA DEVI FARE IN CASO DI SINISTRO?	12
Art. 19 – Denuncia di Sinistro	12
Art. 20 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro	12
Art. 21 – Pagamento del Sinistro	13

COME PUOI CHIEDERE INFORMAZIONI O FARE UN RECLAMO?	13
Art. 22 – Richiesta di Informazioni	13
Art. 23 – Reclami	13
23.1 – Reclami a MetLife	13
23.2 – Reclami all'Intermediario.....	13
23.3 – Reclami all'Autorità di Vigilanza	13
ALTRE INFORMAZIONI RILEVANTI.....	14
Art. 24 – Legge applicabile	14
Art. 25 – Prescrizione	14
Art. 26 – Controversie.....	14
26.1 – Foro competente.....	14
26.2 – Arbitro assicurativo	14
26.3 – Procedimento di mediazione.....	14
26.4 – Negoziazione assistita	14
26.5 – Arbitrato	14
26.6 – Liti transfrontaliere	14
Art. 27 – Cessione, pegno e vincolo	15
INFORMATIVA PRIVACY	15

GLOSSARIO

Le definizioni al singolare valgono anche al plurale.

Addebito diretto Sepa (SDD): strumento di pagamento con cui il debitore (Contraente) in base a un accordo preliminare (mandato) autorizza il creditore (MetLife) a disporre addebiti sul proprio conto corrente per pagamenti ricorrenti o singoli.

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

Annualità assicurativa: periodo di un anno, calcolato dalla data in cui le garanzie diventano efficaci.

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita o persona è stipulata la Polizza.

Beneficiario: chi riceve la prestazione assicurata.

Capitale assicurato: la somma dovuta da MetLife in caso di Sinistro. Il Capitale assicurato diminuisce sulla base di un piano di ammortamento a rate costanti (o alla francese) con capitale iniziale e durata pari a quelle scelte dal Contraente e tasso di interesse annuo nominale del 9% (→ art. 6).

Carenza: periodo di tempo in cui le garanzie non sono efficaci e quindi il Sinistro non è coperto.

Certificato di assicurazione: il documento, sottoscritto con firma autografa o Firma elettronica, che riassume i dati del Contraente e dell'Assicurato e le caratteristiche della Polizza (garanzie, somme assicurate, Premio, ecc.).

Contraente: la persona fisica, o la persona giuridica per il tramite del rappresentante legale, che sottoscrive la Polizza e paga il Premio.

Decorrenza della Polizza: il momento in cui le garanzie diventano efficaci.

Durata della Polizza: il periodo di efficacia delle garanzie.

Esclusioni: i rischi non coperti dalla Polizza.

Eestero: il territorio al di fuori dei confini dell'Italia.

Firma elettronica: modalità di sottoscrizione di un documento con mezzi informatici. La Polizza può essere sottoscritta con Firma elettronica avanzata in modalità OTP (o FEA) firma elettronica digitale (FED) o firma elettronica qualificata (FEQ). Per maggiori dettagli è possibile consultare il sito internet www.agid.gov.it.

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

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

Italia: il territorio della Repubblica italiana.

IVASS: istituto per la vigilanza sulle assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

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

MetLife: la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c., con sede in Via Andrea Vesalio, 6 – 00161 Roma.

Misure sanzionatorie internazionali: le disposizioni della normativa nazionale o internazionale (ad es. EU, OFAC) che impediscono l'operatività o l'instaurazione di rapporti verso determinati soggetti, entità o Paesi.

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

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

Persona politicamente esposta: la persona fisica che occupa o ha smesso di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, i suoi familiari e le persone che con lui o i suoi familiari hanno legami stretti.¹

Polizza: il contratto di assicurazione stipulato dal Contraente con MetLife.

Premio: il costo della Polizza.

Prescrizione: quando si perde un diritto perché non lo si è esercitato entro i termini stabiliti dalla legge.

Proposta di assicurazione: il documento, sottoscritto con firma autografa o Firma elettronica, con cui il Contraente esprime la volontà di perfezionare la Polizza alle condizioni in essa indicate.

Riserva matematica: importo accantonato da MetLife per far fronte agli impegni futuri nei confronti degli Assicurati.

Sinistro: quando si verifica l'evento coperto dalla Polizza.

¹ Come meglio indicato all'art. 1, comma 2, lett. dd) del D.lgs. n. 231/2007.

A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Art. 1 – Contraente della Polizza

Possono sottoscrivere la Polizza:

- le persone fisiche che hanno residenza in Italia;
- le persone giuridiche che hanno sede legale in Italia.

Se il Contraente trasferisce la residenza o la sede legale all'Estero deve comunicarlo subito a MetLife inviando:

- una lettera raccomandata A/R a **MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Portafoglio, Via A. Vesalio, 6 – 00161 Roma**;
- una PEC a mel-italia@legalmail.it;
- una email a customerweb@metlife.it.

Non possono sottoscrivere la Polizza le persone fisiche e le persone giuridiche che:

- sono inserite nelle liste sanzionatorie internazionali o a contrasto del finanziamento del terrorismo o hanno legami con soggetti inseriti in queste liste;
- hanno legami con Paesi sotto embargo o considerati a rischio dalla Normativa antiriciclaggio o di contrasto dell'evasione fiscale internazionale.

Art. 2 – Persone assicurabili

Possono essere assicurate le persone fisiche che hanno i seguenti requisiti.

Requisiti da possedere al momento del perfezionamento della Polizza (→ art. 13.2):

- a) essere residenti nell'Unione Europea; MetLife valuta la possibilità di assicurare i residenti in Svizzera, Regno Unito, Stati Uniti o Canada;
- b) possedere un codice di identificazione fiscale;
- c) aver compiuto 18 anni di età;
- d) avere un'età massima di **75 anni e 6 mesi**. L'età massima è ridotta a **60 anni e 6 mesi**, per la garanzia opzionale Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia (→ art. 9).

Requisiti da possedere alla fine del periodo di Durata della Polizza (→ art. 13.4):

- e) avere un'età massima di **80 anni e 6 mesi**. L'età massima è ridotta a **65 anni e 6 mesi** per la garanzia opzionale Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia (→ art. 9). Se l'Assicurato supera l'età di 65 anni e 6 mesi nel periodo di Durata della Polizza, questa garanzia cessa alla fine dell'Annualità assicurativa in cui l'Assicurato ha superato il limite di età. A partire dall'Annualità assicurativa successiva, il Premio è ricalcolato al netto della parte a copertura del rischio Invalidità Permanente Totale.

Art. 3 – Persone non assicurabili

Non possono essere assicurate le persone fisiche che:

- non hanno i requisiti indicati all'art. 2;
- svolgono una delle seguenti professioni:
 - addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere;
 - palombari/sommozzatori;
 - speleologi;
 - paracadutisti;
 - piloti commerciali privati (non di linea);
 - addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico;
 - collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.
- sono inserite nelle liste sanzionatorie internazionali o a contrasto del finanziamento del terrorismo o hanno legami con soggetti inseriti in queste liste;
- hanno legami con Paesi sotto embargo o considerati a rischio dalla Normativa antiriciclaggio o di contrasto dell'evasione fiscale internazionale.

PER COSA E COME PUOI ASSICURARTI?

Art. 4 – Eventi assicurati

MetLife paga il Capitale assicurato ai Beneficiari se si verificano questi eventi nel periodo di Durata della Polizza:

- decesso dell'Assicurato;
- invalidità permanente totale dell'Assicurato pari o superiore al 66%.

Art. 5 – Garanzie

Mutuo Vivo è una Polizza vita che comprende una garanzia base (sempre presente) e una garanzia opzionale (a scelta del Contraente).

GARANZIA BASE	GARANZIA OPZIONALE
a) Decesso per qualsiasi causa	b) Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia

A QUALI CONDIZIONI TI ASSICURI?

Art. 6 – Capitale assicurato

Il Capitale assicurato è indicato nel Certificato di assicurazione o nella Lettera di accettazione del rischio di MetLife in base alla modalità di perfezionamento della Polizza (→ art. 13.2) ed è determinato in base alla seguente tabella:

ETÀ DELL'ASSICURATO	CAPITALE ASSICURATO
Fino a 60 anni e 6 mesi	Da € 30.000 a € 1.500.000 a scelta del Contraente MetLife valuta la possibilità di assicurare capitali maggiori
Oltre 60 anni e 6 mesi	Da € 30.000 a € 1.000.000 a scelta del Contraente MetLife valuta la possibilità di assicurare capitali maggiori



Piano di ammortamento: è il programma di restituzione rateale di un debito.

Piano di ammortamento a rate costanti (o alla francese): è il programma di restituzione rateale di un debito che prevede rate dello stesso importo.

Il Capitale assicurato **diminuisce** sulla base di un **piano di ammortamento a rate costanti (o alla francese)** con capitale iniziale e durata pari a quelle scelte dal Contraente e tasso di interesse annuo nominale del 9%.

Nel Piano di sviluppo del Capitale assicurato e dei Premi allegato al Certificato di assicurazione o alla Lettera di accettazione del rischio di MetLife in base alla modalità di perfezionamento della Polizza (→ art. 13.2) sono indicati il Capitale assicurato e i Premi da pagare per l'intero periodo di Durata della Polizza.

Art. 7 – Beneficiario

Il Beneficiario (o i Beneficiari) per la garanzia Decesso è scelto (o sono scelti) dal Contraente ed è indicato (o sono indicati) nel Certificato di assicurazione o nella Lettera di accettazione del rischio di MetLife (→ art. 13.2).

Il Beneficiario per la garanzia Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia è l'Assicurato.

MetLife versa le somme al fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti², se non riesce a identificare il Beneficiario per cause indipendenti dalla sua volontà (ad esempio perché i dati sono sbagliati o incompleti).

Se il Contraente ha particolari esigenze di riservatezza può:

- chiedere a MetLife di non inviare comunicazioni al Beneficiario (o ai Beneficiari) prima del decesso dell'Assicurato;
- scegliere una persona diversa dal Beneficiario (o dai Beneficiari) il Referente Terzo, che MetLife può contattare in caso di decesso dell'Assicurato.

Il Contraente può modificare in qualsiasi momento il Beneficiario (o i Beneficiari) e il Referente Terzo inviando:

- una lettera raccomandata A/R a **MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Portafoglio, Via A. Vesalio, 6 – 00161 Roma**;
- una PEC a mel-italia@legalmail.it;
- una e-mail a customerweb@metlife.it.

Art. 8 – Decesso per qualsiasi causa (garanzia base)

8.1 – Cosa è assicurato

MetLife paga al Beneficiario il Capitale assicurato alla data del decesso (→ art. 6) se l'Assicurato muore per qualsiasi causa nel periodo di Durata della Polizza.

8.2 – Esclusioni (cosa non è assicurato)

MetLife non paga il Capitale assicurato:

- nei casi esclusi per tutte le garanzie (→ art. 11.2);
- in caso di suicidio dell'Assicurato nei primi 2 anni di Durata della Polizza.

² Legge n. 266/2005 e successive modifiche.

Art. 9 – Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia (garanzia opzionale)



Invalidità Permanente Totale: la perdita totale e permanente della capacità generica di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione esercitata, di grado pari o superiore al 66%. L'Invalidità Permanente Totale deve essere stata causata da Malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato. Per il calcolo del grado di Invalidità Permanente Totale si adotta come riferimento la tabella di legge³.

9.1 – Cosa è assicurato

MetLife paga all'Assicurato il Capitale assicurato alla data di riconoscimento dell'Invalidità Permanente Totale (→ art. 6) se l'Assicurato ha un Infortunio o una Malattia che causa un'Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66%.

MetLife paga la prestazione assicurata se:

- l'Infortunio o la prima diagnosi della Malattia avvengono nel periodo di Durata della Polizza;
- l'Invalidità Permanente Totale è certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività nell'Unione Europea.

Se l'Assicurato muore per cause non coperte dalla Polizza prima che MetLife abbia accertato l'Invalidità Permanente Totale:

- i Beneficiari possono dimostrare il diritto a ricevere la prestazione assicurata consegnando a MetLife la documentazione che attesta l'Invalidità Permanente Totale;
- MetLife paga ai Beneficiari la prestazione assicurata che sarebbe spettata all'Assicurato in vita, se il Sinistro può essere pagato sulla base delle condizioni di Polizza.



MetLife indennizza solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio o della Malattia che non dipendono da condizioni fisiche o patologiche preesistenti al perfezionamento della Polizza (→ art. 13.2). Quindi, se l'Assicurato ha già delle menomazioni quando si infortuna o quando viene diagnosticata la Malattia, MetLife indennizza solo le conseguenze che si sarebbero verificate se l'Infortunio o la Malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare l'aggravamento derivante dalle menomazioni preesistenti.

9.2 – Esclusioni (cosa non è assicurato)

MetLife non paga la somma assicurata:

- nei casi esclusi per tutte le garanzie (→ art. 11.2);
- nei seguenti casi:
 - atto intenzionale dell'Assicurato (ad esempio tentativo di suicidio);
 - atti compiuti dall'Assicurato in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurato;
 - Infortuni non comunicati a MetLife, che abbiano causato sintomi, cure, esami o diagnosi antecedenti al perfezionamento della Polizza (→ art. 13.2);
 - Malattie e conseguenze di invalidità o inabilità già note all'Assicurato e non comunicate a MetLife prima del perfezionamento della Polizza (→ art. 13.2);
 - mancato rispetto delle prescrizioni mediche da parte dell'Assicurato per negligenza, imprudenza o imperizia;
 - malattie psichiche quali disturbi dell'umore (depressione maggiore o bipolare) disturbi d'ansia (attacchi di panico, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo post traumatico da stress) schizofrenia, psicosi, così come i loro seguiti e conseguenze;
 - trattamenti estetici (salvo quelli necessari in caso di Infortunio o Malattia);
 - cure dimagranti e dietetiche (salvo quelle prescritte da un medico specialista in caso di Infortunio o Malattia);
 - uso, produzione, trasporto e stoccaggio di esplosivi.

Art. 10 – Valuta

I Premi e gli Indennizzi sono in euro.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 11 – Carenza ed Esclusioni valide per tutte le garanzie

11.1 – Carenza

La Polizza prevede un periodo di Carenza di **6 mesi** che è esteso a **5 anni** per eventi direttamente o indirettamente correlati ad infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita o stati assimilabili.

Il periodo di Carenza comincia dalla data di Decorrenza della Polizza.

³ D.P.R. n. 1124/1965 e successive modifiche.

I Sinistri che si verificano nel periodo di Carenza non sono coperti dall'assicurazione e MetLife pagherà una somma pari all'importo della Riserva matematica calcolata al momento del decesso o dell'accertamento dell'Invalidità Permanente Totale.


L'Assicurato può eliminare il periodo di Carenza:

- di **6 mesi** svolgendo una visita medica;
- di **5 anni** svolgendo una visita medica ed effettuando un test sull'HIV con esito negativo nei 3 mesi precedenti la data di perfezionamento della Polizza. Se l'Assicurato svolge la visita medica, ma rifiuta di effettuare il test sull'HIV, il periodo di Carenza è esteso a **7 anni**.

La Carenza non si applica se il Sinistro è conseguenza diretta di:

- Infortunio;
- shock anafilattico;
- una delle seguenti malattie infettive acute insorte dopo la Decorrenza della Polizza: 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.

11.2 – Esclusioni per tutte le garanzie

 MetLife non offre nessuna garanzia e non paga nessuna prestazione, se ciò può comportare l'applicazione di sanzioni/restrizioni o l'inosservanza di divieti in base a quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle sanzioni economiche o commerciali, dalle leggi e dai regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito e degli Stati Uniti d'America o da altre leggi o regolamenti sulla repressione del terrorismo internazionale.

MetLife non paga le prestazioni assicurate nei seguenti casi:

- **atti dolosi**
 - atti dolosi compiuti dal Contraente, dall'Assicurato o dal Beneficiario;
- **alcol e stupefacenti**
 - Alcolismo;
 - guida di veicolo in stato di ebrezza, con tasso alcolemico superiore a quello stabilito dal Codice della Strada;
 - colpa grave dell'Assicurato, con tasso alcolemico superiore a 0,8 grammi per litro (g/l);
 - uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e simili (incluso l'abuso di solventi);
- **tumulti e guerre**
 - partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di stato e terrorismo;
 - contaminazione nucleare, biologica o chimica; guerra; invasione; ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno);
- **guida di veicoli**
 - guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma di legge; sono coperti gli Infortuni alla guida di veicoli e natanti a motore con patente scaduta se l'Assicurato rinnova la patente entro 180 giorni dall'Infortunio oppure se non la rinnova a causa dei postumi invalidanti dell'Infortunio;
- **incidenti di volo**
 - incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota senza idoneo brevetto;
- **attività sportive rischiose**
 - alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai senza guida alpina abilitata;
 - sci acrobatico e salto dal trampolino con sci o idrosci;
 - immersione con autorespiratore;
 - speleologia;
 - motonautica;
 - automobilismo;
 - motociclismo;
 - paracadutismo e sport aerei in genere;
 - pugilato e lotta nelle sue varie forme;
 - rugby e football americano;
- **Malattie**
 - Malattie o conseguenze di situazioni patologiche o lesioni note all'Assicurato e non comunicate a MetLife prima del perfezionamento della Polizza;
- **viaggi rischiosi**
 - viaggi in Paesi a rischio per situazione climatica, politico-militare o medico-sanitaria; l'elenco completo e aggiornato di questi Paesi si può consultare sul sito del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.

DOVE VALE LA COPERTURA?

Art. 12 – Dove vale l'assicurazione

Le garanzie valgono in tutto il mondo.



L'Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia deve essere certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività nell'Unione Europea.

QUANDO COMINCIA E QUANDO FINISCE LA COPERTURA?

Art. 13 – Perfezionamento e Durata della Polizza

13.1 – Assunzione del rischio

MetLife valuta se e come assumere il rischio in base a:

- età dell'Assicurato;
- importo da assicurare; se per gli stessi rischi sono già state stipulate altre Polizze con MetLife, i capitali già assicurati si sommano con il nuovo importo da assicurare.

Se dalla documentazione medica inviata a MetLife emergono fattori di rischio, MetLife può:

- chiedere ulteriore documentazione o accertamenti sanitari;
- applicare un sovrappremio (→ art. 14);
- non assicurare specifici rischi;
- rifiutare di stipulare la Polizza.

Se l'Assicurato svolge un'attività professionale o uno sport rischioso, MetLife può chiedere all'Assicurato di compilare un questionario apposito.

Anche se MetLife non lo richiede, l'Assicurato può sottoporsi a sue spese a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute.

MetLife valuta l'assunzione del rischio nel rispetto della Normativa antiriciclaggio.

13.2 – Perfezionamento della Polizza

La Polizza si perfeziona in 2 modi alternativi:

- con l'emissione della **Lettera di accettazione del rischio** da parte di MetLife, nei seguenti casi:
 - persona residente in Svizzera, Regno Unito, Stati Uniti o Canada;
 - risposta affermativa anche a una soltanto delle domande poste nel questionario medico;
 - se MetLife chiede all'Assicurato di sottoporsi a visita medica per valutare il rischio;
- con l'emissione del **Certificato di assicurazione** in tutti gli altri casi.

La Polizza può essere perfezionata sia di persona che a distanza⁴.



MetLife può decidere di non stipulare una nuova Polizza con chi è già assicurato per la stessa tipologia di rischio.

13.3 – Documentazione e comunicazioni prima e dopo il perfezionamento della Polizza

Il Contraente può chiedere di ricevere la documentazione di Polizza ed eventuali comunicazioni in formato cartaceo o elettronico. Il Contraente può cambiare la modalità di invio senza costi e può chiedere un duplicato cartaceo o informatico dei documenti sottoscritti.

13.4 – Decorrenza e Durata della Polizza

La Polizza inizia dalle ore 24:00 del giorno di:

- perfezionamento della Polizza, se il Premio è stato pagato;
- pagamento del Premio, se questo viene pagato dopo il perfezionamento della Polizza.

La Durata della Polizza è compresa tra 5 e 30 anni a scelta dal Contraente.

La Polizza non è connessa al mutuo anche se l'Assicurato ha scelto un Capitale assicurato e una durata uguali a quelle del mutuo. Pertanto, in caso di estinzione anticipata del mutuo, la polizza rimane in vigore fino alla sua naturale scadenza.

⁴ Nel rispetto di quanto previsto dall'art. 121 del Codice delle Assicurazioni Private e dall'art. 69 e ss. del Regolamento IVASS n. 40/2018.

QUANDO E COME DEVI PAGARE?

Art. 14 – Premio assicurativo

Il Premio è determinato da MetLife in base a:

- garanzie offerte;
- Durata della Polizza;
- Capitale assicurato;
- età, stato di salute, abitudini di vita (fumatore / non fumatore) attività professionali e sportive dell'Assicurato.

14.1 – Quando e come pagare il Premio

Il Premio è annuale ed è indicato nel Certificato di assicurazione o nella Lettera di accettazione del rischio di MetLife.

Il Premio è utilizzato da MetLife per far fronte ai rischi assunti con la Polizza. Di conseguenza, se non si verificano gli eventi assicurati, non sarà restituito da MetLife.

Il Premio può essere pagato:

- a MetLife, con bonifico bancario o Addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del Contraente;
- all'Intermediario autorizzato all'incasso da MetLife⁵, con i mezzi di pagamento indicati nell'informativa precontrattuale.

Il Premio può essere frazionato senza costi aggiuntivi su base:

- mensile, solo in caso di pagamento con Addebito diretto Sepa (SDD) se la rata ha un importo di almeno 8 euro;
- trimestrale, solo in caso di pagamento con bonifico bancario o con Addebito diretto Sepa (SDD);
- semestrale.

Il Premio per ciascuna Annualità assicurativa va pagato per intero (anche se frazionato). Se il Premio non è stato pagato per intero quando si verifica un Sinistro, il Contraente o i Beneficiari devono pagare la parte di Premio annuale residua prima del pagamento della prestazione assicurata da parte di MetLife.



Se il Contraente paga il Premio con Addebito diretto Sepa (SDD) sul suo conto corrente bancario, deve:

- assicurarsi che sul conto corrente ci siano fondi sufficienti;
- informare MetLife entro 5 giorni se cambiano i dati del suo conto corrente;
- attivarsi subito per risolvere il problema, se il pagamento non va a buon fine per una ragione che non dipende dalla sua volontà; l'assicurazione in questo caso non è sospesa.

Il periodo di pagamento dei Premi è inferiore alla durata della Polizza (vedi tabella).

DURATA DELLA POLIZZA (ANNI)	DURATA DEL PERIODO DI PAGAMENTO DEI PREMI (ANNI)	DURATA DELLA POLIZZA (ANNI)	DURATA DEL PERIODO DI PAGAMENTO DEI PREMI (ANNI)
5	3	18	15
6	3	19	16
7	4	20	17
8	4	21	18
9	5	22	19
10	7	23	20
11	8	24	21
12	9	25	22
13	10	26	23
14	11	27	24
15	12	28	25
16	13	29	26
17	14	30	27

14.2 – Se non si pagano i premi

Se il Contraente non paga:

- il Premio o la prima rata di Premio (se frazionato), l'assicurazione è sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto dovuto;
- i Premi successivi entro 30 giorni dalla scadenza, l'assicurazione è sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza;
- il Premio o la rata di Premio (se frazionato) entro 6 mesi dalla data di scadenza, la Polizza è annullata (risoluzione di diritto).

Il Contraente può riattivare la Polizza:

- pagando tutti i Premi mancanti e gli interessi legali maturati;
- se non sono passati più di 6 mesi dalla data di scadenza del primo mancato pagamento.

La Polizza si riattiva dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto dovuto.

I Sinistri accaduti durante il periodo di sospensione della Polizza non sono garantiti da MetLife.

Se la Polizza viene annullata, non può essere riattivata e il Contraente dovrà sottoscrivere una nuova Polizza con MetLife.

⁵ Il pagamento del Premio eseguito in buona fede all'Intermediario autorizzato all'incasso ai sensi dell'art. 65 del Regolamento Ivass n. 40/2018, si considera come effettuato a MetLife.

COME PUOI RECEDERE O REVOCARE LA POLIZZA?



Recesso: significa che si vuole annullare la Polizza.

Revoca: significa che non si vuole più perfezionare la Polizza.

Art. 15 – Cessazione della Polizza

La Polizza può cessare per:

- recesso;
- violazione delle norme antiriciclaggio/antiterrorismo;
- altri casi (→ art. 15.3).

15.1 – Recesso

Il Contraente può recedere dalla Polizza entro **60 giorni** dalla data di Decorrenza della Polizza inviando:

- una lettera raccomandata A/R a **MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Portafoglio, Via A. Vesalio, 6 – 00161 Roma**;
- una PEC a mel-italia@legalmail.it;
- una email a customerweb@metlife.it.

Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della comunicazione. MetLife restituisce il Premio entro **30 giorni** dal ricevimento della comunicazione di recesso. Il Premio da restituire è calcolato sottraendo dal Premio pagato le spese di gestione (pari a € 24) e la parte di Premio utilizzata (il periodo compreso tra la data di inizio della Polizza e la data del recesso).



Esempio

Premio pagato:	€ 100	-
Spese di gestione:	€ 24	-
Parte di Premio Utilizzata:	€ 30	=
Importo restituito:	€ 46	

15.2 – Violazione delle norme antiriciclaggio/antiterrorismo

MetLife può sospendere o chiudere la Polizza:

- in caso di violazione della Normativa antiriciclaggio, della Normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e delle Misure sanzionatorie internazionali;
- se il Contraente o l'Assicurato:
 - sono inseriti nelle liste sanzionatorie internazionali o a contrasto del finanziamento del terrorismo o hanno legami con soggetti inseriti in queste liste;
 - hanno legami con Paesi sotto embargo o considerati a rischio dalla Normativa antiriciclaggio o di contrasto dell'evasione fiscale internazionale.

15.3 – Altri casi

IN QUALE CASO	QUANDO CESSA	COSA ACCADE AL PREMIO PAGATO
Morte del Contraente	Se il Contraente coincide con l'Assicurato, la Polizza cessa il giorno del decesso Se il Contraente non coincide con l'Assicurato, la Polizza cessa al termine dell'Annualità assicurativa in cui si verifica il decesso	Non è restituito
Morte dell'Assicurato	Il giorno del decesso	Non è restituito
Trasferimento di residenza o sede legale del Contraente all'Estero	Il giorno del trasferimento	È restituito al netto delle spese di gestione (pari a € 24) e della parte di Premio utilizzata
L'Assicurato non è più assicurabile	Il giorno in cui l'Assicurato diventa non assicurabile	È restituito al netto delle spese di gestione (pari a € 24) e della parte di Premio utilizzata
Pagamento della prestazione relativa alla garanzia Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia	Il giorno del pagamento	Non è restituito
Annullamento della Polizza perché il Premio non è stato pagato	Il giorno di annullamento della Polizza	Non è restituito

Art. 16 – Revoca della Polizza

Nei casi in cui la Polizza si perfeziona con l'emissione della Lettera di accettazione del rischio da parte di MetLife (→ art. 13.2) il Contraente può revocare la Proposta di assicurazione, fino a quando non ha ricevuto la Lettera di accettazione del rischio, inviando:

- una lettera raccomandata A/R a **MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Rischi Individuali, Via A. Vesalio, 6 – 00161 Roma**;

- una PEC a mel-italia@legalmail.it;
- una email a rischi.individuali@metlife.it.

QUALI OBBLIGHI HAI? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Art. 17 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

17.1 – Dichiarazioni richieste per la valutazione del rischio

L'Assicurato deve fornire dichiarazioni vere, precise e complete per consentire a MetLife di definire correttamente le condizioni di Polizza e il Premio da pagare. Se le dichiarazioni sono false, inesatte o reticenti, la Polizza può essere annullata e il Beneficiario può perdere del tutto o in parte il diritto a ricevere la prestazione assicurata. Infatti:

- se l'Assicurato ha agito **con dolo o colpa grave**, cioè ha omesso fatti che conosce o che può normalmente conoscere:
 - la Polizza può essere annullata entro 3 mesi dal giorno in cui MetLife ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - MetLife ha diritto al Premio per l'intera Annualità assicurativa;
 - se si verifica un Sinistro entro 3 mesi dal giorno in cui MetLife ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, MetLife non paga la prestazione assicurata⁶;
- se l'Assicurato ha agito **senza dolo o colpa grave**, cioè ha taciuto i fatti perché ancora non li conosceva o non li poteva verificare:
 - la Polizza non è annullata;
 - MetLife può recedere dalla Polizza entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - MetLife trattiene il Premio per il periodo di validità della Polizza fino al recesso;
 - se il Sinistro si verifica prima che MetLife abbia conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, o prima che MetLife abbia dichiarato di recedere dalla Polizza, è dovuta una somma ridotta in proporzione alla differenza tra il Premio stabilito e quello che sarebbe stato applicato se MetLife avesse conosciuto il vero stato delle cose⁷.

17.2 – Dichiarazioni richieste dalla Normativa antiriciclaggio

L'Assicurato deve comunicare a MetLife tutti i dati utili (comprese le informazioni su reddito, patrimonio e origine dei fondi) per consentire a MetLife di verificare la clientela così come previsto dalla Normativa antiriciclaggio. Se le dichiarazioni sono false, inesatte, incomplete o non aggiornate, la Polizza può essere annullata e il Beneficiario può perdere del tutto o in parte il diritto a ricevere la prestazione assicurata.

Art. 18 – Cambiamenti di attività o abitudini di vita

18.1 – Comunicazione dei cambiamenti

L'Assicurato deve comunicare subito a MetLife i cambiamenti che si verificano nel periodo di Durata della Polizza relativi ad **attività professionale, attività sportiva e abitudini di vita (stato di fumatore / non fumatore)** inviando:

- una lettera raccomandata A/R a **MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Rischi Individuali, Via A. Vesalio, 6 – 00161 Roma**;
- una PEC a mel-italia@legalmail.it;
- una email a rischi.individuali@metlife.it.

È fumatore:

- chi ha fumato (sigarette, sigari, pipa e simili) anche sporadicamente, nei 24 mesi precedenti la sottoscrizione della Polizza;
- chi ha smesso di fumare su consiglio medico.

Non è fumatore:

- chi non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa e simili) neanche sporadicamente, nei 24 mesi precedenti la sottoscrizione della Polizza;
- chi ha smesso di fumare non su consiglio medico.

18.2 – Cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio

In caso di cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio:

- l'Assicurato comunica a MetLife i cambiamenti;
- MetLife aumenta il Premio a partire dall'Annualità assicurativa successiva e comunica al Contraente la differenza di Premio da pagare con appendice alla Polizza;
- il Contraente paga la differenza di Premio.

MetLife può recedere dalla Polizza:

- se il Contraente non paga la differenza di Premio;
- se l'aggravamento del rischio è tale che non avrebbe stipulato la Polizza.

⁶ Art. 1892 del Codice Civile.

⁷ Art. 1893 del Codice Civile.

Se l'Assicurato non comunica i cambiamenti che aggravano rischio, MetLife, in caso di Sinistro:

- **non paga il Capitale assicurato** se l'aggravamento è tale che non avrebbe stipulato la Polizza.
Esempio: l'Assicurato cambia professione e inizia a fare il collaudatore di veicoli senza comunicarlo a MetLife.
- **paga un importo ridotto.** L'importo ridotto si ottiene diminuendo il Capitale assicurato della percentuale di Premio "non pagato", cioè del rapporto tra il Premio stabilito nella Polizza e quello che il Contraente avrebbe dovuto pagare se avesse comunicato i cambiamenti.

Esempio:



- Polizza con Capitale assicurato di € 100.000 per decesso e invalidità permanente totale;
- Premio da pagare con dichiarazione di non fumatore: € 1.000;
- Premio da pagare con dichiarazione di fumatore: € 1.300;
- l'Assicurato dichiara di non fumare e paga € 1.000;
- dopo 1 anno l'Assicurato muore;
- MetLife scopre che l'Assicurato era un fumatore;
- MetLife riduce l'indennizzo diminuendo il Capitale assicurato per il caso morte:
 $\text{Capitale assicurato } 100.000 \times (1.000 / 1.300) = 100.000 \times 0,77 = € 77.000$

18.3 – Cambiamenti che comportano una diminuzione del rischio

In caso di cambiamenti che comportano una diminuzione del rischio:

- l'Assicurato comunica a MetLife i cambiamenti;
- MetLife riduce il Premio a partire dall'Annualità assicurativa successiva e comunica al Contraente la variazione con appendice alla Polizza.

COSA DEVI FARE IN CASO DI SINISTRO?

Art. 19 – Denuncia di Sinistro

È possibile presentare la denuncia su carta libera oppure compilando il modulo che si trova nella sezione "Assistenza Clienti / Denuncia un Sinistro" del sito www.metlife.it:

- via posta scrivendo a **MetLife c/o Brokeronline, Casella postale, 107 – 26100 Cremona**;
- via email scrivendo a assistenza@sinistrimetlife.it;
- via PEC scrivendo a webclaim@pec.it.

La denuncia va presentata nel più breve tempo possibile e devono essere allegati i documenti richiesti (→ art. 20).

Se la denuncia o i documenti:

- non sono completi, MetLife chiederà le necessarie integrazioni;
- arrivano in ritardo, i tempi per la valutazione del Sinistro saranno più lunghi.

MetLife, a sue spese, può inviare l'Assicurato a visita medico-legale e far svolgere accertamenti per verificare le informazioni ricevute.



Per informazioni e assistenza sulla denuncia è possibile chiamare il numero **06.492161** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 20 ed il sabato dalle 9 alle 13.

Art. 20 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

I documenti da presentare per le varie garanzie sono elencati di seguito. Se necessario, MetLife può chiedere altri documenti.

▪ Decesso

- certificato di morte;
- certificato necroscopico rilasciato dall'ASL di competenza.

Se esistenti, anche:

- verbale di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento;
- cartella clinica relativa alla prima diagnosi della Malattia;
- verbale delle autorità intervenute;
- certificato autoptico;
- verbale di accertamento dell'invalidità permanente rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico.

▪ Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 66%

- relazione medica sull'entità e sul decorso delle lesioni nonché sulla stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Se esistenti, anche:

- verbale di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento;
- cartella clinica relativa alla prima diagnosi della Malattia;
- verbale delle autorità intervenute;
- verbale di accertamento dell'invalidità permanente rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico.

MetLife può chiedere gli originali di Polizza o dei documenti presentati per la valutazione del Sinistro.

Art. 21 – Pagamento del Sinistro

Se il Sinistro può essere pagato sulla base delle condizioni di Polizza, MetLife paga la prestazione assicurata al Beneficiario entro **30 giorni** da quando ha ricevuto la documentazione completa.

Se MetLife, per una ragione che non dipende dalla sua volontà, non riesce ad effettuare il pagamento entro il termine di Prescrizione, la prestazione assicurata sarà versata sul fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti⁸.

MetLife non paga la prestazione assicurata al Beneficiario se:

- è inserito nelle liste sanzionatorie internazionali o a contrasto del finanziamento del terrorismo o ha legami con soggetti inseriti in queste liste;
- ha legami con Paesi sotto embargo o considerati a rischio dalla Normativa antiriciclaggio o di contrasto dell'evasione fiscale internazionale.

**COME PUOI CHIEDERE
INFORMAZIONI O FARE UN
RECLAMO?**

Art. 22 – Richiesta di Informazioni

È possibile chiedere informazioni sulla Polizza e sulle modalità di calcolo della prestazione assicurata:

- via posta scrivendo a **MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 – 00161 Roma**;
- compilando il modulo che si trova nella sezione "Assistenza Clienti / Contattaci" del sito www.metlife.it.

MetLife risponderà entro **20 giorni** dalla data di ricevimento della richiesta.

Il Contraente può accedere all'Area Riservata, disponibile sul sito www.metlife.it, per visualizzare le informazioni sulla Polizza.

Art. 23 – Reclami

23.1 – Reclami a MetLife

Come fare reclamo

È possibile presentare un reclamo su carta libera oppure compilando il modulo che si trova nella sezione "Assistenza Clienti / Reclami" del sito www.metlife.it:

- scrivendo a **MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Reclami, Via A. Vesalio, 6 – 00161 Roma**;
- inviando una email a reclami@metlife.it;
- inviando un fax al numero **06.49216300**.

Come è gestito il reclamo

MetLife risponde:

- entro **45 giorni** dal suo ricevimento;
- entro **60 giorni** se il reclamo riguarda il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori.

Se il reclamo è inviato all'Intermediario, questi lo inoltra a MetLife e avvisa il reclamante.

23.2 – Reclami all'Intermediario

I reclami sul comportamento dell'Intermediario, dei suoi dipendenti o collaboratori devono essere inviati direttamente all'Intermediario, che risponde entro **45 giorni**.

Se il reclamo è inviato a MetLife, questa lo inoltra all'Intermediario e avvisa il reclamante.

23.3 – Reclami all'Autorità di Vigilanza

Come fare reclamo

È possibile presentare un reclamo su carta libera oppure usando il modulo che si trova sul sito www.ivass.it:

- via posta scrivendo a **IVASS Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma**;
- via PEC scrivendo a ivass@pec.ivass.it;
- via fax scrivendo al numero **06.42133.206**.

Il reclamo deve contenere le seguenti informazioni:

- nome, cognome e domicilio di chi fa reclamo;
- soggetto (o soggetti) di cui si lamenta l'operato;
- descrizione dei motivi del reclamo ed eventuale documentazione a sostegno;
- documentazione relativa al reclamo trattato da MetLife o dall'Intermediario.

Quando fare reclamo

È possibile presentare un reclamo all'IVASS:

- se non si è soddisfatti dell'esito del reclamo presentato a MetLife o all'Intermediario o se questi non hanno risposto nei termini sopra indicati;
- se si ritiene che non siano state rispettate le disposizioni del Codice delle Assicurazioni e le relative norme di attuazione;

⁸ Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

- se si ritiene che non siano state rispettate le disposizioni del Codice del Consumo sulla vendita a distanza di prodotti assicurativi.

Non sono di competenza dell'IVASS i reclami per i quali si è già fatto ricorso all'Autorità giudiziaria.

È possibile presentare reclamo anche all'Autorità di vigilanza dello Stato di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c.: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland o Irish Financial Services Ombudsman, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Tel: +353 1 6620899, Fax: +353 1 6620890.

ALTRE INFORMAZIONI RILEVANTI

Art. 24 – Legge applicabile

Alla Polizza si applica la legge italiana.

Art. 25 – Prescrizione

Per legge⁹, i diritti che derivano dalla Polizza vanno esercitati entro **10 anni** dal giorno in cui si verifica l'evento coperto dalla Polizza. **MetLife non paga i Sinistri denunciati dopo questo termine.**

Art. 26 – Controversie

26.1 – Foro competente

Per le controversie relative alla Polizza è competente l'Autorità giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del consumatore (Contraente, Assicurato o Beneficiario). Prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria è obbligatorio presentare ricorso all'Arbitro assicurativo o effettuare il tentativo di Mediazione.

26.2 – Arbitro assicurativo

L'Arbitro assicurativo è un sistema stragiudiziale per risolvere le controversie tra il consumatore (Contraente, Assicurato o Beneficiario) e MetLife o l'Intermediario assicurativo. È possibile presentare ricorso all'Arbitro assicurativo (Decreto 6/11/2024, n. 215 e modifiche successive) senza l'assistenza di un avvocato, seguendo la procedura indicata nel sito internet www.arbitroassicurativo.org. Prima di rivolgersi all'Arbitro assicurativo è necessario presentare un reclamo a MetLife o all'Intermediario assicurativo. In assenza di risposta o in caso di risposta non soddisfacente, sarà possibile presentare ricorso entro 12 mesi.

26.3 – Procedimento di mediazione

La Mediazione è un'attività svolta da un terzo imparziale (il mediatore) finalizzata ad assistere il consumatore (Contraente, Assicurato o Beneficiario) e MetLife per risolvere in via amichevole una controversia. La domanda di Mediazione (Legge 9/8/2013, n. 98 e modifiche successive) va presentata a un organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia, nel luogo di residenza o domicilio del consumatore.

26.4 – Negoziazione assistita

La Negoziazione assistita è un accordo con il quale il consumatore (Contraente, Assicurato o Beneficiario) e MetLife decidono di cooperare in buona fede e lealtà per risolvere in via amichevole una controversia, tramite l'assistenza di avvocati. L'invito a stipulare la negoziazione assistita va inviato alla controparte con lettera raccomandata A/R o PEC. La parte invitata ha 30 giorni dal ricevimento della comunicazione per accettare o rifiutare l'invito. In caso di rifiuto esplicito o tacito (dopo 30 giorni) la parte istante può rivolgersi all'Autorità giudiziaria se ha già presentato ricorso all'Arbitro assicurativo o effettuato il tentativo di Mediazione.

26.5 – Arbitrato

Per le controversie mediche sulla natura dell'evento, il consumatore (Contraente, Assicurato o Beneficiario) e MetLife (di seguito "Parti") prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, possono dare un mandato irrevocabile per la decisione a un collegio di 3 medici, nominati uno per Parte e il terzo in accordo fra le Parti o fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo, il terzo medico è nominato dal presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici che ha sede nella città o nella provincia dove si riunisce il collegio medico. Il collegio medico ha sede nel comune, sede dell'istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza del consumatore. Ciascuna Parte paga le proprie spese e il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza e sono raccolte in un verbale da consegnare a ciascuna delle Parti. Le decisioni sono vincolanti, anche se uno dei medici non firma il verbale, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

26.6 – Liti transfrontaliere

Per risolvere le liti transfrontaliere è possibile attivare la procedura FIN-NET e rivolgersi direttamente al sistema Estero competente (individuabile sul sito internet: <https://finance.ec.europa.eu>) oppure fare reclamo all'IVASS, che provvederà a

⁹ Art. 2952 Il comma del Codice Civile.

coinvolgere il soggetto competente informando il reclamante. Maggiori informazioni sulla procedura sono disponibili al seguente indirizzo:

https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net/make-complaint-about-financial-service-provider-another-eea-country_it.

Art. 27 – Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può cedere la Polizza, darla in pegno o vincolare le somme assicurate.

La cessione, il pegno e il vincolo diventano efficaci se il Contraente:

- chiede la variazione a MetLife, che emette apposita appendice alla Polizza;
- restituisce a MetLife l'appendice di variazione firmata dal Contraente, dal creditore pignoratizio o vincolatario e dal Beneficiario irrevocabile (se presente).

MetLife può opporre al cessionario, al creditore pignoratizio o al vincolatario tutte le eccezioni derivanti dalla Polizza che poteva opporre al Contraente.

In caso di pegno o vincolo, le operazioni di recesso e la liquidazione delle somme assicurate richiedono l'assenso scritto del creditore pignoratizio o del vincolatario.

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, imbastimento, 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 Nota Informativa e alle modalità con cui raccogliamo, utilizziamo o condividiamo i suoi dati personali.

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE Polizza Vita Mutuo Vivo

Questo documento è stato aggiornato in data 15/01/2026 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

€

Decorrenza: dalle ore 24.00 del	Durata in anni:	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 (spese di gestione incluse): €	[di cui Premio Invalidità Permanente Totale: €]
Premio di rata (spese di gestione incluse): €	[di cui Premio Invalidità Permanente Totale: €]

La Polizza viene sottoscritta quale condizione per l'erogazione di un mutuo/credito al consumo? ☐ Sì ☐ No

Solo in caso di risposta affermativa:

- Banca/istituto che eroga il mutuo/credito al consumo:
- Costo di intermediazione e distribuzione su ciascun Premio annuo: €

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.
- L'Assicurato non deve fornire informazioni in merito alla propria pregressa condizione patologica, se sono decorsi i termini previsti per esercitare il diritto all'oblio oncologico. Pertanto, la lettera a) non si applica se l'Assicurato esercita il diritto all'oblio oncologico.
- 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 Mutuo Vivo, ai fini dell'individuazione della formalità di assunzione del rischio da espletare, occorrerà sommare l'importo già assicurato con il nuovo importo da assicurare.
- L'Assicurato che esercita il diritto all'oblio oncologico non è tenuto a sottoporsi ad accertamenti medici che forniscono indicazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva nei termini indicati dalla L. n. 193/2023 e nei relativi decreti attuativi.
- Al raggiungimento del 65° 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) e il Premio 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 **Mutuo Vivo – Mod. MVF2F Ed. 2026/01**, ai sensi degli artt. 56 e 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018:
 - in formato ☐ cartaceo ☐ elettronico (e-mail), in caso di sottoscrizione della Proposta di assicurazione di persona;
 - in formato **elettronico (e-mail)**, in caso di sottoscrizione della Proposta di assicurazione a distanza, con facoltà di richiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo;
- 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 **Mutuo Vivo** 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 degli artt. 58 e 74 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. 1 - Contraente della Polizza; art. 2 - Persone assicurabili; art. 3 - Persone non assicurabili; art. 6 - Capitale assicurato; artt. 8.2 e 9.2 - Esclusioni; art. 11 - Carenza ed Esclusioni valide per tutte le garanzie; art. 12 - Dove vale l'assicurazione; art. 13 - Perfezionamento e Durata della Polizza; art. 14 - Premio assicurativo; art. 15 - Cessazione della Polizza; art. 18 - Cambiamenti di attività o abitudini di vita; art. 19 - Denuncia di Sinistro; art. 20 - Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro; art. 21 - Pagamento del Sinistro; art. 25 - Prescrizione; art. 26 - Controversie.

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 (Reg. 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 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 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 (Reg. 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 (Reg. 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

- i** a) In caso di mancata compilazione dei dati relativi al beneficiario, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario.
b) 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.
c) 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*).

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

Il sottoscritto accetta la designazione dei beneficiari effettuata dal Contraente e presta il consenso alla stipula del Contratto sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 c.c.

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

AVVERTENZA

- i** 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/o professionali dietro compilazione degli appositi questionari sulle attività/sport svolti, oppure di richiedere la compilazione di appositi questionari finanziari.

PIANO DI SVILUPPO DEL CAPITALE ASSICURATO E DEI PREMI

La tabella di seguito riportata indica il capitale assicurato ed i premi da corrispondere, secondo il frazionamento prescelto, alla data della ricorrenza annuale della Polizza.

ANNUALITÀ	RICORRENZA ANNUALE DI POLIZZA	CAPITALE ASSICURATO RESIDUO	PREMIO ANNUO	PREMIO DI RATA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Polizza Vita Mutuo Vivo

Questo documento è stato aggiornato in data 15/01/2026 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

€

Decorrenza: dalle ore 24.00 del

Durata in anni:

Periodo di Carenza: Sì

Frazionamento del Premio: ☐ Annuale ☐ Semestrale ☐ Mensile

Numero di rate:

Premio annuo (spese di gestione incluse): €

[di cui Premio Invalidità Permanente Totale: €]

Premio di rata (spese di gestione incluse): €

[di cui Premio Invalidità Permanente Totale: €]

La Polizza viene sottoscritta quale condizione per l'erogazione di un mutuo/credito al consumo? ☐ Sì ☐ No

Solo in caso di risposta affermativa:

- Banca/istituto che eroga il mutuo/credito al consumo:
- Costo di intermediazione e distribuzione su ciascun Premio annuo: €

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: 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.
- L'Assicurato non deve fornire informazioni in merito alla propria pregressa condizione patologica, se sono decorsi i termini previsti per esercitare il diritto all'oblio oncologico. Pertanto, la lettera a) non si applica se l'Assicurato esercita il diritto all'oblio oncologico.
- 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 Mutuo Vivo, ai fini dell'individuazione della formalità di assunzione del rischio da espletare, occorrerà sommare l'importo già assicurato con il nuovo importo da assicurare.
- L'Assicurato che esercita il diritto all'oblio oncologico non è tenuto a sottoporsi ad accertamenti medici che forniscono indicazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva nei termini indicati dalla L. n. 193/2023 e nei relativi decreti attuativi.
- Al raggiungimento del 65° anno di Et  dell'Assicurato, cessa la garanzia Invalidit  Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia (qualora selezionata) e il Premio sar  ricalcolato al netto della porzione a copertura del rischio Invalidit  Permanente Totale.
- Il Contratto prevede un periodo di Carenza a partire dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo poich    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 **Mutuo Vivo – Mod. MVF2F Ed. 2026/01**, ai sensi degli artt. 56 e 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018:
 - in formato ☐ cartaceo ☐ elettronico (e-mail), in caso di sottoscrizione del Certificato di assicurazione di persona;
 - in formato **elettronico (e-mail)**, in caso di sottoscrizione del Certificato di assicurazione a distanza, con facolt  di richiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo;
- di aver consegnato copia della predetta documentazione all'Assicurato, se persona diversa.

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

Certificato di assicurazione - Pagina 2 di 8

MetLife Europe d.a.c.   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. Amministratori: Carmina Dragomir (cittadina romena), Deirdre Flannery (cittadina irlandese), Nuria Garcia (cittadina spagnola), Nick Hayter (cittadino inglese), Merilee Matchett (cittadina australiana), Ruairi O'Flynn (cittadino irlandese), Tony O'Riordan (cittadino irlandese).

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'attivit  assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. I.001110 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicuratrici.

ACQUISTO DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Il Contraente e l'Assicurato:

- riconoscono che tutte le informazioni e le dichiarazioni rese nel presente Certificato - anche se materialmente apposte da altri - sono veritiere e che non è stata omessa o taciuta alcuna circostanza;
- 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 Polizza sarà attiva dalla data comunicata dalla Compagnia al Contraente, qualora il pagamento della prima rata di Premio dovesse essere effettuato successivamente, la data decorrenza del Programma Assicurativo sarà quella di pagamento del Premio.

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 degli artt. 58 e 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- di aver acquistato il Programma Assicurativo offerto da MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, dopo aver preso visione dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo;
- di aver designato nel presente Certificato, 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. 1 - Contraente della Polizza; art. 2 - Persone assicurabili; art. 3 - Persone non assicurabili; art. 6 - Capitale assicurato; artt. 8.2 e 9.2 - Esclusioni; art. 11 - Carenza ed Esclusioni valide per tutte le garanzie; art. 12 - Dove vale l'assicurazione; art. 13 - Perfezionamento e Durata della Polizza; art. 14 - Premio assicurativo; art. 15 - Cessazione della Polizza; art. 18 - Cambiamenti di attività o abitudini di vita; art. 19 - Denuncia di Sinistro; art. 20 - Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro; art. 21 - Pagamento del Sinistro; art. 25 - Prescrizione; art. 26 - Controversie.

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 (Reg. 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 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 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 (Reg. 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 (Reg. 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



- a) In caso di mancata compilazione dei dati relativi al beneficiario, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario.
- b) 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.
- c) 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*).

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

Il sottoscritto accetta la designazione dei beneficiari effettuata dal Contraente e presta il consenso alla stipula del Contratto sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 c.c.

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

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 sensi della legge n. 193/2023 (di seguito "Legge"), a decorrere dal 02/01/2024, le persone guarite da una **patologia oncologica** hanno il diritto di non fornire informazioni, né subire indagini, in merito alla propria pregressa condizione patologica, se sono trascorsi più di **10 anni** dalla conclusione del trattamento attivo, in assenza di recidive o ricadute. Questo periodo è ridotto a **5 anni** se la patologia oncologica è insorta prima dei **21 anni** di età.

L'impresa assicuratrice (di seguito "MetLife") non potrà più richiedere tali informazioni per valutare il rischio e determinare le condizioni contrattuali, né utilizzarle qualora l'Assicurato le abbia riportate per errore nel questionario, oppure siano già nella sua disponibilità o in quella dell'intermediario assicurativo. MetLife, inoltre, non potrà richiedere l'effettuazione di visite mediche di controllo o di accertamenti sanitari per verificare la sussistenza di patologie oncologiche pregresse.

Il Ministero della Salute, con decreto del 22 marzo 2024, ha previsto per le patologie indicate in tabella **termini ridotti** rispetto a quelli previsti dalla Legge per il maturarsi dell'oblio oncologico. **Se nel questionario sono indicati termini diversi per queste patologie, l'Assicurato deve fare riferimento ai termini ridotti indicati in tabella prima di rispondere alle domande.**

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, > 21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi < 55 anni Uomini con diagnosi < 45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	< 45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi) qualsiasi età	5

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? ☐ Sì ☐ 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)? ☐ Sì ☐ 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)? ☐ Sì ☐ No

5) Negli ultimi 10 anni ha ricevuto una diagnosi o ha subito un trattamento attivo per patologie oncologiche (ad esempio intervento/chirurgia, chemioterapia, radioterapia, ecc.) inclusi eventuali episodi di recidiva o ricaduta? Tale periodo è ridotto a 5 anni se la patologia oncologica è insorta prima dei 21 anni di età. ☐ Sì ☐ No

6) Soffre e/o ha sofferto di una delle seguenti patologie: epatite, cardiopatie ischemiche, ictus, diabete, infezioni da HIV, polmonite virale, sindrome acuta respiratoria? ☐ Sì ☐ No

7) 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? ☐ Sì ☐ No

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato

QUESTIONARIO ANAMNESTICO B

Ai sensi della legge n. 193/2023 (di seguito "Legge"), a decorrere dal 02/01/2024, le persone guarite da una **patologia oncologica** hanno il diritto di non fornire informazioni, né subire indagini, in merito alla propria pregressa condizione patologica, se sono trascorsi più di **10 anni** dalla conclusione del trattamento attivo, in assenza di recidive o ricadute. Questo periodo è ridotto a **5 anni** se la patologia oncologica è insorta prima dei **21 anni** di età.

L'Impresa assicuratrice (di seguito "MetLife") non potrà più richiedere tali informazioni per valutare il rischio e determinare le condizioni contrattuali, né utilizzarle qualora l'Assicurato le abbia riportate per errore nel questionario, oppure siano già nella sua disponibilità o in quella dell'intermediario assicurativo. MetLife, inoltre, non potrà richiedere l'effettuazione di visite mediche di controllo o di accertamenti sanitari per verificare la sussistenza di patologie oncologiche pregresse.

Il Ministero della Salute, con decreto del 22 marzo 2024, ha previsto per le patologie indicate in tabella **termini ridotti** rispetto a quelli previsti dalla Legge per il maturarsi dell'oblio oncologico. **Se nel questionario sono indicati termini diversi per queste patologie, l'Assicurato deve fare riferimento ai termini ridotti indicati in tabella prima di rispondere alle domande.**

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, > 21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi < 55 anni Uomini con diagnosi < 45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	< 45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi) qualsiasi età	5

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? ☐ Sì ☐ 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? ☐ Sì ☐ No

b) ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), aneurismi, emorragie cerebrali o altre malattie dell'apparato cerebrovascolare? ☐ Sì ☐ No

c) diabete, ipercolesterolemia non trattata, alterazioni tiroidee non controllate o altre malattie del sistema endocrino-metabolico? ☐ Sì ☐ No

d) epatite, pancreatite, colite ulcerosa, morbo di Crohn, cirrosi epatica o altre malattie dell'apparato digerente? ☐ Sì ☐ No

e) artrite reumatoide, lupus eritematoso o altre malattie sistemiche o immunologiche? ☐ Sì ☐ No

f) anemie, emorragie o altre malattie del sangue? ☐ Sì ☐ No

g) sclerosi multipla, paralisi, epilessia, nevrosi o altre malattie neurologiche o del sistema nervoso? ☐ Sì ☐ No

h) ematuria (presenza di sangue nelle urine), proteinuria (proteine nelle urine), papillomi vescicali, prostatiti o altre malattie dell'apparato genitourinario? ☐ Sì ☐ No

i) bronchiti croniche ricorrenti, enfisema o altre malattie croniche dell'apparato respiratorio, polmonite virale, sindrome acuta respiratoria? ☐ Sì ☐ No

j) sieropositività all'HIV, AIDS o malattie HIV-correlate? ☐ Sì ☐ No

k) malattie dell'apparato muscoloscheletrico? ☐ Sì ☐ No

4) Negli ultimi 10 anni ha ricevuto una diagnosi o ha subito un trattamento attivo per patologie oncologiche (ad esempio intervento/chirurgia, chemioterapia, radioterapia, ecc.) inclusi eventuali episodi di recidiva o ricaduta? Tale periodo è ridotto a 5 anni se la patologia oncologica è insorta prima dei 21 anni di età. ☐ Sì ☐ No

5) Ha mai ricevuto una diagnosi o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi, cure o esami per formazioni benigne, polipi o diverticoli intestinali, malattie linfonodali o ghiandolari, ecc.? ☐ Sì ☐ No

6) Attualmente è in attesa di effettuare o di ricevere esiti relativi a esami diagnostici o visite specialistiche oppure è in attesa di ricovero? ☐ Sì ☐ No

7) 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? ☐ Sì ☐ No

8) Soffre di malattie per cui è necessaria una terapia medica (farmacologica e non) per un periodo continuativo di oltre 21 giorni (ad eccezione di anti-concezionali, anti-istaminici, farmaci per la tiroide, farmaci per la ipercolesterolemia, farmaci per la pressione purché i valori della pressione siano mantenuti nella norma dalla terapia)? ☐ Sì ☐ No

9) 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? ☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare _____

10) Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?

☐ Sì ☐ No

11) 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? ☐ Sì ☐ 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

PIANO DI SVILUPPO DEL CAPITALE ASSICURATO E DEI PREMI

La tabella di seguito riportata indica il capitale assicurato ed i premi da corrispondere, secondo il frazionamento prescelto, alla data della ricorrenza annuale della Polizza.

ANNUALITÀ	RICORRENZA ANNUALE DI POLIZZA	CAPITALE ASSICURATO RESIDUO	PREMIO ANNUO	PREMIO DI RATA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

ALLEGATO ALLA PROPOSTA / CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Polizza Vita Mutuo Vivo

Questo documento è stato aggiornato in data 15/01/2026 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.:	
Indirizzo di Residenza:		Cap:		Comune:		Prov.:	
Indirizzo di Domicilio:		Cap:		Comune:		Prov.:	
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