

# 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 con garanzia per caso morte o caso morte ed invalidità permanente totale**

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- NOTA INFORMATIVA
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, comprensive dell'Informativa sul trattamento dei dati personali
- GLOSSARIO
- PROPOSTA/CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione.

 Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

**Mod. MVF2F Ed. 2018/01**

**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, capitale sociale autorizzato pari ad € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna. Amministratori: Sarah Alicia Celso (cittadina americana), Brenda Dunne (cittadina irlandese), Eilish Finan (cittadina irlandese), Michael Hatzidimitriou (cittadino greco), Nick Hayter (cittadino inglese), Ruairi O'Flynn (cittadino irlandese), Dirk Ostijn (cittadino belga), Miriam Sweeney (cittadina irlandese), Mario Valdes (cittadino messicano).

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

<b>I. NOTA INFORMATIVA</b>	<b>1 di 3</b>
<b>A. Informazioni sull'impresa di assicurazione</b>	<b>1 di 3</b>
1. Informazioni generali	1 di 3
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa	1 di 3
<b>B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte</b>	<b>1 di 3</b>
3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte	1 di 3
4. Premi	1 di 3
<b>C. Informazioni sui costi e regime fiscale</b>	<b>2 di 3</b>
5. Costi gravanti sul premio	2 di 3
6. Regime fiscale	2 di 3
<b>D. Altre informazioni sul Contratto</b>	<b>2 di 3</b>
7. Modalità di perfezionamento del Contratto	2 di 3
8. Risoluzione del Contratto per sospensione del pagamento dei premi	2 di 3
9. Revoca della proposta	2 di 3
10. Diritto di recesso	2 di 3
11. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni e termini di Prescrizione	2 di 3
12. Legge applicabile al Contratto	2 di 3
13. Lingua in cui è redatto il Contratto	3 di 3
14. Reclami	3 di 3
15. Comunicazioni del Contraente/Assicurato alla Compagnia	3 di 3
16. Conflitto di interessi	3 di 3
<b>II. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE</b>	<b>1 di 8</b>
Terminologia contrattuale	1 di 8
Art. 1 Base dell'assicurazione	1 di 8
Art. 2 Garanzie	1 di 8
Art. 3 Persone assicurabili e formalità di ammissione al Programma Assicurativo	1 di 8
Art. 4 Perfezionamento, decorrenza e durata del Contratto	2 di 8
Art. 5 Recesso e Revoca	2 di 8
Art. 6 Capitale assicurato	3 di 8
Art. 7 Prestazioni assicurate	3 di 8
Art. 8 Limitazioni ed esclusioni	3 di 8
Art. 9 Stato di fumatore / non fumatore	4 di 8
Art. 10 Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale	4 di 8
Art. 11 Diminuzione del rischio in corso di validità contrattuale	4 di 8
Art. 12 Premio assicurativo	5 di 8
Art. 13 Denuncia di Sinistro ed obblighi relativi	5 di 8
Art. 14 Reclami	6 di 8
Art. 15 Richiesta di informazioni	7 di 8
Art. 16 Legge applicabile	7 di 8
Art. 17 Foro competente, procedimento di mediazione e arbitrato	7 di 8
Art. 18 Valuta	7 di 8
Art. 19 Clausola di intermediazione	7 di 8
Informativa sul trattamento dei dati personali	7 di 8
<b>III. GLOSSARIO</b>	<b>1 di 3</b>
<b>IV. PROPOSTA/CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE</b>	<b>1 di 11</b>

La Compagnia si impegna a pubblicare sul proprio sito internet [www.metlife.it](http://www.metlife.it) gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente Fascicolo informativo non derivanti da novità legislative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai contraenti/assicurati, senza obbligo di alcuna altra comunicazione.

## I. NOTA INFORMATIVA

Data di aggiornamento: 15/01/2018

**La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.**

**Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione.**

Ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni e degli artt. 5 e 31 del Regolamento IVASS n. 35/2010, il presente Fascicolo informativo riporta in evidenza le clausole che prevedono rischi, oneri e obblighi a carico del Contraente, esclusioni, limitazioni e periodi di sospensione della garanzia, nullità, decadenze, nonché le informazioni qualificate come Avvertenze dal predetto Regolamento.

### A) Informazioni sull'impresa di assicurazione

#### 1. Informazioni generali

MetLife Europe d.a.c. è una società di capitali del gruppo Metropolitan Life Insurance Inc. (MetLife) costituita in Irlanda ed iscritta al Registro delle Imprese Irlandese (numero di iscrizione 415123) avente Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda.

MetLife Europe d.a.c. è autorizzata dalla Central Bank of Ireland (numero di riferimento C42062) ad esercitare l'attività assicurativa nei rami vita I, III, IV e V e nei rami danni 1 e 2, così come definiti dal D.lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private).

Il Contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300. Sul sito internet [www.metlife.it](http://www.metlife.it) all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa.

MetLife Europe d.a.c. è iscritta nell'elenco delle imprese di assicurazioni ammesse da IVASS ad operare in Italia in regime di stabilimento (numero di iscrizione I.00110) ed soggetta alla vigilanza dalla Central Bank of Ireland.

#### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2016 è pari a € 1.782.681.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari ad € 4.379.000,00 rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 4.379.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 1.778.302.000,00. L'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c., ossia il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 172%.

### B) Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte

#### 3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il Contratto ha una durata minima pari a 5 anni ed una durata massima pari a 30 anni.

Il Contratto prevede la garanzia base **Decesso per qualsiasi causa**, cui può essere abbinata la garanzia opzionale **Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia**. Si rinvia agli artt. 2 e 7 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole garanzie.



Si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti periodi di sospensione o limitazione della copertura assicurativa e si rinvia agli artt. 2, 3, 4, 6, 7, 8 e 12 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

È necessario leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella Proposta di assicurazione relative alla compilazione del questionario sanitario.

#### 4. Premi

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

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

Il Premio può essere corrisposto con le seguenti modalità:

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

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

Si rinvia all'art. 12 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

## C) Informazioni sui costi e regime fiscale

### 5. Costi gravanti sul premio

Costo complessivo per emissione, gestione e acquisizione del Contratto	Fino ad un massimo del 28,00% del Premio annuo a cui va aggiunto un costo percentuale da applicare sul Capitale assicurato pari allo 0,010%.
Spese accessorie	€ 24,00 all'anno, ripartiti sulle singole rate di Premio in caso di frazionamento del Premio.
Costo per visita medica	Se la visita medica è richiesta in fase di assunzione del rischio, il costo è a carico dell'Assicurato e non è quantificabile a priori in quanto dipende dalla tariffa praticata dalla struttura medica liberamente scelta dall'Assicurato. Se la visita medica è disposta per l'eventuale liquidazione del Sinistro, il costo è a carico della Compagnia che si rivolge a medici di sua fiducia.

Tutti i costi sono dettagliati nel preventivo di Polizza e, se non diversamente indicato, si intendono inclusi nell'importo del Premio.

### 6. Regime fiscale

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

## D) Altre informazioni sul Contratto

### 7. Modalità di perfezionamento del Contratto

Per le modalità di perfezionamento del Contratto e la decorrenza delle coperture assicurative si rinvia all'art. 4 delle Condizioni di assicurazione.

### 8. Risoluzione del Contratto per sospensione del pagamento dei premi

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

### 9. Revoca della proposta

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

### 10. Diritto di recesso

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

### 11. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni e termini di Prescrizione

Si rinvia all'art. 13.2 delle Condizioni di assicurazione per l'elenco dei documenti da allegare alla denuncia di Sinistro. In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. **I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952, comma 2, del Codice Civile.** Resta inteso che qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovi nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

### 12. Legge applicabile al Contratto

Il presente Contratto è disciplinato dalla legge italiana.

### 13. Lingua in cui è redatto il Contratto

Il Contratto e ogni documento ad esso allegato sono redatti in lingua italiana.

### 14. Reclami

#### 14.1 – Reclami all’Impresa di assicurazioni

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

**METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L’ITALIA - UFFICIO RECLAMI**

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

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

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

#### 14.2 – Reclami all’Intermediario

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

#### 14.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

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

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell’esito, nonché quelli ai quali non sia stato fornito riscontro nei termini sopraindicati, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell’attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all’avente diritto);
- reclami relativi all’osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami riguardanti le disposizioni del Codice del Consumo relative alla commercializzazione a distanza di prodotti assicurativi.

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

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

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

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

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

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

### 15. Comunicazioni del Contraente/Assicurato alla Compagnia

Si richiama l’attenzione sulle disposizioni di cui all’art. 1926 del Codice civile in merito alle comunicazioni da rendere alla Compagnia in caso di modifiche relative alla professione o allo stato di fumatore/non fumatore eventualmente intervenute in corso di Contratto. Si rinvia agli artt. 9, 10 e 11 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

### 16. Conflitto di interessi

Il presente Contratto non presenta situazioni di conflitto di interessi.

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l’Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

**MetLife Europe d.a.c.**  
**Rappresentanza Generale per l’Italia**  
**Il Rappresentante Legale**  
**Maurizio Taglietti**



**Terminologia Contrattuale**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Art. 1 – Base dell'assicurazione**

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

**Art. 2 – Garanzie**

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



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

**Art. 3 – Persone assicurabili e formalità di ammissione al Programma Assicurativo****3.1 – Persone assicurabili**

Sono assicurabili le persone fisiche a condizione che:

- a) al momento della sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione:
  - i. siano residenti nel territorio della Repubblica italiana e siano muniti di codice fiscale o tessera sanitaria italiani;
  - ii. abbiano compiuto 18 anni di età;
  - iii. abbiano un'Età non superiore a 60 anni in caso di adesione alle garanzie Decesso ed Invalità Permanente Totale e 75 anni in caso di adesione alla sola garanzia Decesso;
- b) al termine del periodo di durata del Contratto, abbiano un'Età non superiore a 80 anni.



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

**3.2 – Persone non assicurabili**

**Non sono assicurabili le persone fisiche che svolgono una delle seguenti attività lavorative: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere; palombari/sommozzatori; speleologi; paracadutisti; piloti commerciali privati (non di linea); addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico; collaudatori di veicoli,**



**motoveicoli e/o aeromobili. Qualora l'Assicurato dovesse iniziare a svolgere una delle predette attività in corso di Contratto, la copertura assicurativa si intenderà cessata dalla medesima data ed eventuali Sinistri che dovessero verificarsi successivamente non saranno indennizzati dalla Compagnia.** Resta inteso che la Compagnia restituirà al Contraente il Premio già pagato, al netto delle spese accessorie e al netto della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

### 3.3 – Formalità di assunzione del rischio

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

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

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

### 3.4 – Dichiarazioni inesatte e reticenze

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

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

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

Il Contratto si perfeziona secondo le seguenti modalità:

- in caso di compilazione del questionario medico con risposta affermativa anche ad una soltanto delle domande e/o nei casi in cui è richiesto di sottoporsi a visita medica, con la formale accettazione del rischio da parte della Compagnia, che provvederà ad inviare al Contraente apposita lettera di conferma per il tramite dell'intermediario;
- in tutti gli altri casi, al momento della sottoscrizione del Certificato di assicurazione da parte del Contraente.

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 della data di perfezionamento del Contratto sopra indicata e rimane in vigore per il periodo di durata del Contratto prescelto dal Contraente, **con un minimo di 5 anni ed un massimo di 30 anni, a condizione che il Premio corrispondente risulti pagato.** Ove il pagamento del Premio fosse successivo alla data di perfezionamento del Contratto, la copertura assicurativa resterà sospesa e decorrerà dalle ore 24.00 della data di effettivo pagamento.

Il Contratto cessa in ogni caso:

- a) in caso vengano meno i requisiti di cui all'art. 3.1, lett. a) i;
- b) in caso di Decesso dell'Assicurato;
- c) qualora, in corso di Contratto, dovesse sopraggiungere una delle condizioni di inassicurabilità di cui all'art. 3.2;
- d) in caso di esercizio del diritto di recesso da parte del Contraente;
- e) al pagamento della prestazione assicurata con riferimento alla garanzia Invalidità Permanente Totale.

Nelle ipotesi a), c), d) la Compagnia restituirà al Contraente il Premio già pagato, al netto delle spese accessorie e al netto della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Nelle ipotesi b), e) la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio.

## Art. 5 – Recesso e Revoca

### 5.1 – Recesso

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

### 5.2 – Revoca

Nei casi in cui il Contratto si perfezioni con la formale accettazione del rischio da parte della Compagnia, il Contraente può revocare la Proposta di assicurazione fino a che non abbia avuto conoscenza dell'accettazione da parte della Compagnia. La

revoca potrà avvenire mediante comunicazione da inviarsi alla Compagnia, direttamente o per il tramite dell'intermediario, a mezzo email scrivendo all'indirizzo [rischi.individuali@metlife.it](mailto:rischi.individuali@metlife.it) o **tramite lettera raccomandata A/R**.

## Art. 6 – Capitale assicurato

Il Capitale assicurato è indicato nella Proposta/Certificato di assicurazione ed è compreso tra un minimo di € 30.000,00 ed un massimo di:

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

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

## Art. 7 – Prestazioni assicurate

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

In caso di Decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato, verificatosi nel periodo di validità del Contratto, la Compagnia corrisponderà agli aventi diritto una somma pari al Capitale assicurato residuo risultante alla data del decesso, salvo i casi di esclusione specificati all'art. 8. Il Capitale assicurato residuo è determinato sulla base di un piano di ammortamento a rate costanti (o alla francese) con capitale iniziale e durata pari a quelle prescelte dal Contraente e tasso di interesse annuo nominale pari al 9%.

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

Per Invalidità Permanente Totale si intende la perdita totale e permanente della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione esercitata, di grado pari o superiore al 66%. L'Invalidità Permanente Totale deve essere stata causata da Malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato. Per il calcolo del grado di invalidità si conviene di adottare come riferimento la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche. Lo stato di Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato viene accertato secondo le modalità stabilite all'art. 13 e secondo la definizione di cui al presente articolo.

In caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, verificatasi nel periodo di validità del Contratto, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato una somma pari al Capitale assicurato residuo risultante alla data del riconoscimento dell'Invalidità Permanente Totale, salvo i casi di esclusione specificati all'art. 8. Il Capitale assicurato residuo è determinato sulla base di un piano di ammortamento a rate costanti (o alla francese) con capitale iniziale e durata pari a quelle prescelte dal Contraente e tasso di interesse annuo nominale pari al 9%.



La garanzia opzionale b) può essere acquistata solo in abbinamento alla garanzia principale a).

## Art. 8 – Limitazioni ed Esclusioni



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

### 8.1 – Carenza

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

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

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

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

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

### 8.2 – Esclusioni

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

- **dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario;**
- **uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili (quali anche l'abuso di solventi) qualora il Decesso o l'Invalidità Permanente Totale siano conseguenza diretta del comportamento dell'Assicurato stesso;**
- **alcolismo acuto o cronico;**
- **stato di ubriachezza/ebbrezza, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal codice della strada ed il Decesso o l'Invalidità Permanente Totale avvengano alla guida di un veicolo;**



- **dolo o colpa grave** ascrivibile all'Assicurato il cui tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi/litro;
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, atti dolosi, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato, terrorismo;**
- **contaminazione nucleare, biologica o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno);**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**
- **incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;**
- **l'esercizio di un'attività sportiva pericolosa praticata sia a scopo amatoriale che agonistico quale: alpinismo (inteso anche come scalata di rocce, accesso a ghiacciai) con o senza accompagnamento di guida alpina; acrobazie; esibizioni; record o tentativi di record; voli di collaudo; salti dal trampolino con sci o idrosci; sci acrobatico; sci fuoripista; immersione con autorespiratore; speleologia; motonautica; automobilismo; motociclismo; paracadutismo; sport aerei in genere; pugilato; lotta nelle sue varie forme; rugby; football americano;**
- **malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note all'Assicurato e non dichiarate alla Compagnia al momento della sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione;**
- **suicidio, se avviene entro i primi 2 anni dalla decorrenza della copertura assicurativa o entro il primo anno dalla sua riattivazione ai sensi dell'art. 12;**
- **viaggi in paesi a rischio per situazione climatica, politico-militare o medico-sanitaria. Per l'elenco completo ed aggiornato di tali paesi si rinvia all'apposita sezione del sito del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.**

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

- **atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;**
- **atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurato;**
- **esiti di infortuni che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla data di sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione, sottaciuti alla Compagnia;**
- **malattie e/o conseguenze di invalidità preesistente riconosciuta o di inabilità preesistente già note all'Assicurato e non note alla Compagnia al momento della sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione;**
- **negligenza, imprudenza e imperizia nell'osservare le prescrizioni mediche;**
- **malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali;**
- **trattamenti estetici (ad eccezione di quelli resi necessari da Infortunio dell'Assicurato) cure dimagranti e dietetiche;**
- **connessione con l'uso o la produzione di esplosivi.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

disciplinata con apposita appendice, che indicherà l'ammontare di Premio dovuto dalla successiva ricorrenza annuale di pagamento.

#### Art. 12 – Premio assicurativo

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

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

Il Premio può essere corrisposto con le seguenti modalità:

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

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

**La durata del periodo di pagamento del Premio è inferiore a quella del Contratto. La copertura resta comunque attiva fino alla scadenza del Contratto.**

Durata del Contratto (in anni)	Durata del periodo di pagamento del Premio (in anni)
5	3
6	3
7	4
8	4
9	5
10	7
11	8
12	9
13	10
14	11
15	12
16	13
17	14
18	15
19	16
20	17
21	18
22	19
23	20
24	21
25	22
26	23
27	24
28	25
29	26
30	27

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

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

##### 13.1 – Formalità di denuncia del Sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia all'indirizzo **MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Sinistri, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma, Indirizzo Email [sinistri@metlife.it](mailto:sinistri@metlife.it)**. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dalla Compagnia, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet [www.metlife.it](http://www.metlife.it) nella sezione Assistenza Clienti / Denuncia un Sinistro. Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile telefonare al numero **06.492161**. La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati all'art. 13.2. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. Resta inteso che in caso di denuncia incompleta la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella indicata all'art. 13.2, a condizione che la richiesta sia circoscritta al sinistro denunciato e che

la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione. La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate. **I diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952, comma 2, del Codice Civile.** In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. Resta inteso che qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovi nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

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

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

- **Decesso per qualsiasi causa**
  - relazione medica sulle cause del decesso;
  - certificato di morte in originale;
  - in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, ecc.) verbale delle forze dell'ordine o certificato della procura o altro documento rilasciato dall'autorità competente da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
  - eventuale referto autoptico e indagini tossicologiche.
- **Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia**
  - relazione medica sulle cause dell'Invalidità Permanente Totale;
  - certificati medici comprovanti l'entità ed il decorso delle lesioni nonché la stabilizzazione dei postumi invalidanti;
  - eventuale certificazione di invalidità rilasciata dall'INPS o altro organo preposto;
  - eventuale documentazione presentata unitamente alla domanda di invalidità (originali di cartelle cliniche, accertamenti diagnostici, valutazioni funzionali, ecc.);
  - eventuale conferma di cessazione del rapporto di lavoro rilasciata dal datore di lavoro.

## Art. 14 – Reclami

### 14.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni

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

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

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

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

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

### 14.2 – Reclami all'Intermediario

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

### 14.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

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

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito, nonché quelli ai quali non sia stato fornito riscontro nei termini sopraindicati, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto);
- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami riguardanti le disposizioni del Codice del Consumo relative alla commercializzazione a distanza di prodotti assicurativi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Art. 16 – Legge applicabile**

Il presente Contratto è disciplinato dalla legge italiana.

#### **Art. 17 – Foro competente ed arbitrato**

Per le controversie relative al Contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del consumatore (Contraente, Assicurato o Beneficiario) previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ai sensi della Legge n. 98/2013, salvo eventuali modifiche successive.

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

#### **Art. 18 – Valuta**

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

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

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

### **Informativa sul trattamento dei dati personali**

Gentile Cliente,

nel rispetto del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito il "Codice"), desideriamo informarla che i dati personali da noi trattati possono essere acquisiti:

direttamente da lei;

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

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

Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto, in base alla vigente normativa, deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente informativa.

Trattiamo, inoltre, i dati personali successivamente acquisiti nel corso del rapporto con lei instaurato.

Tutte le informazioni di cui sopra verranno trattate da MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito "MetLife" o "Società"), in qualità di titolare del trattamento, al solo fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti.

A tali scopi potrebbe fornire a MetLife o ai suoi agenti, broker o altri intermediari assicurativi, eventuali dati che la normativa qualifica come "Dati sensibili" indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es.: la liquidazione di un eventuale sinistro). Ai sensi della normativa vigente per "dato sensibile" si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute (come, ad esempio, alcune informazioni attestanti il suo stato di salute riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche) e la vita sessuale (art. 4 co. 1 lett. D) D.Lgs. 196/2003).

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 adeguatezza del prodotto assicurativo offerto). Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirle correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi richiesti.

Per tali finalità i dati potranno essere trattati, nell'ambito delle nostre strutture, solo dal personale incaricato della gestione del rapporto di assicurazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, in conformità alle disposizioni normative vigenti e con modalità strettamente coerenti con le finalità appena richiamate in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi.

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

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

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

La invitiamo, pertanto, a prestare alla Nostra Società, attraverso modalità tradizionali o automatizzate, il consenso al trattamento dei suoi dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte nonché al loro trasferimento verso paesi non appartenenti alla UE alle, ove l'esecuzione del contratto dovesse richiederlo.

La informiamo inoltre che, se interessato e qualora previsto, potrà altresì acconsentire all'utilizzo di alcuni suoi dati per l'invio di materiale pubblicitario/promozionale, di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale (finalità di c.d. marketing diretto), sia attraverso modalità automatizzate di contatto (es. email, fax, sms), che attraverso modalità tradizionali (posta cartacea o telefonate tramite operatore), ai sensi dell'art. 130, commi 1 e 2 del D.lgs. 196/03. Il consenso eventualmente espresso si riferisce a entrambe tali modalità di comunicazione ma in ogni momento potrà precisare che il consenso va riferito ad uno solo di tali strumenti di contatto.

La prestazione del consenso per tali finalità è facoltativo ma utile per rimanere aggiornato su nuovi prodotti e servizi assicurativi. Con il suo consenso espresso potremo inoltre utilizzare i suoi dati per analizzare le sue esigenze ed i suoi interessi e per farla partecipare a sondaggi e ricerche di mercato.

Resta inteso che in ogni momento potrà consultare i suoi dati, ottenerne l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione e la cancellazione. Potrà, altresì, opporsi al loro trattamento per finalità di marketing diretto, in tutto o in parte, ivi inclusa la possibilità di esprimere, successivamente, una diversa preferenza sulle modalità adoperate per contattarla (art. 7 del D.lgs. n. 196/2003), inviando una comunicazione a MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, tel. 06/492161, fax 06/49216300, e-mail [sede.roma@metlife.it](mailto:sede.roma@metlife.it).

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



### III. GLOSSARIO

Data di aggiornamento: 15/01/2018

Di seguito una spiegazione dei termini solitamente utilizzati nei contratti assicurativi, che il Contraente e l'Assicurato potranno utilizzare per una migliore comprensione del Contratto.

**i** Si informa che le definizioni di seguito riportate non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del Contratto, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente i termini definiti nelle Condizioni di assicurazione.

**Anno assicurativo (o annualità assicurativa):** periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

**Appendice:** documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti.

**Assicurato:** persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il contraente e con il beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

**Assicuratore, Compagnia, Impresa di assicurazione o Società:** società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il contraente stipula il contratto di assicurazione.

**Beneficiario:** persona fisica o giuridica designata in polizza dal contraente, che può coincidere o no con il contraente stesso e con l'assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

**Capitale in caso di decesso:** in caso di decesso dell'assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al beneficiario.

**Capitale in caso di invalidità permanente:** indennità liquidabile sotto forma di capitale in caso di infortunio o di malattia dell'assicurato che abbia come conseguenza un'invalidità permanente così come definita nelle condizioni contrattuali.

**Carenza:** periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la società non corrisponde la prestazione assicurata.

**Caricamenti:** parte del premio versato dal contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della società.

**Cessione, pegno e vincolo:** condizioni secondo cui il contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la società, a seguito di comunicazione scritta del contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

**Conclusione del contratto:** momento in cui il contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della società. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il contraente riceve il contratto sottoscritto dalla società.

**Condizioni contrattuali (o di polizza):** insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

**Condizioni generali:** clausole di base previste dal contratto di assicurazione, che riguardano gli aspetti generali del contratto quali il pagamento del premio, la decorrenza, la durata. Possono essere integrate da condizioni particolari.

**Condizioni particolari:** insieme di clausole contrattuali con le quali si intendono ampliare o diminuire le clausole di base previste dalle condizioni generali.

**Contraente:** persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'assicurato o il beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla società.

**Contratto (di assicurazione sulla vita):** contratto con il quale la società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'assicurato.

**Costi (o spese):** oneri a carico del contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla società.

**Costi accessori (o costi fissi, o diritti fissi, o costi di emissione, o spese di emissione):** oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del contraente per l'emissione del contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

**Decorrenza della garanzia:** momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

**Detraibilità fiscale (del premio versato):** misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.

**Dichiarazioni precontrattuali:** informazioni fornite dal contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del contraente sia stato o meno intenzionale o gravemente negligente.

**Diritti (o interessi) di frazionamento:** in caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.

**Durata contrattuale:** periodo durante il quale il contratto è efficace.

**Esclusioni:** rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

**Età assicurativa:** modalità di calcolo dell'età dell'assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

**Fascicolo informativo:** l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

- scheda sintetica (per le polizze con partecipazione agli utili, unit-linked e index-linked);
- nota informativa;
- condizioni di assicurazione, comprensive del regolamento del fondo interno per le polizze unit-linked o del regolamento della gestione separata per le polizze rivalutabili;
- glossario;
- modulo di proposta.

**Franchigia:** clausola che esclude dal risarcimento i danni inferiori ad un determinato ammontare, indicato in cifra fissa o percentuale.

**Garanzia complementare (o accessoria):** garanzia di puro rischio abbinata obbligatoriamente o facoltativamente alla garanzia principale.

**Indennizzo:** somma dovuta dalla società in caso di sinistro.

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

**Intermediario:** soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

**Invalità permanente:** perdita definitiva ed irrimediabile, totale o parziale, della capacità dell'assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo ovvero, se il contratto lo prevede, di svolgere la propria specifica attività lavorativa.

**IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

**Liquidazione:** pagamento al beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

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

**Massimale:** somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro e per ciascun anno assicurativo, la società presta le garanzie.

**Periodo di copertura (o di efficacia):** periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

**Polizza:** documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

**Polizza caso morte (o in caso di decesso):** contratto di assicurazione sulla vita con il quale la società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'assicurato. Può essere temporanea, se si prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'assicurato avvenga nel corso della durata del contratto, o a vita intera, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato in qualunque momento avvenga il decesso dell'assicurato.

**Polizza collettiva:** contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione stipulato da un contraente costituito da una persona giuridica, quale ad esempio il datore di lavoro o una determinato ente rappresentante una categoria professionale, nell'interesse di un gruppo di assicurati, quali ad esempio i dipendenti dell'azienda o gli appartenenti alla categoria professionale stessa.

**Polizza di puro rischio:** categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'assicurato quali il decesso, l'invalità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

**Premio annuo:** importo che il contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.

**Premio complessivo (o lordo):** importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

**Premio di tariffa:** somma del premio puro e dei caricamenti.

**Premio periodico:** premio versato all'inizio di ciascun periodo secondo quanto previsto dal contratto. Può essere stabilito in misura costante, e quindi rimanere invariato per tutta la durata del contratto, oppure in misura variabile, per cui la sua entità può cambiare di periodo in periodo secondo l'andamento di indici predeterminati.

**Premio puro:** importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dalla società con il contratto di assicurazione. È la componente del premio di tariffa calcolata sulla di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.

**Premio rateizzato o frazionato:** parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni mese o ogni trimestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al contraente, a fronte della quale la società può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.

**Premio unico:** importo che il contraente corrisponde in soluzione unica alla società al momento della conclusione del contratto.

**Premio unico ricorrente:** importo che il contraente si impegna a corrispondere per tutta la durata del pagamento dei premi, in cui ciascun premio concorre a definire, indipendentemente dagli altri, una quota di prestazione assicurata.

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

**Prestazione assicurata:** somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la società garantisce al beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

**Principio di adeguatezza:** principio in base al quale la società è tenuta ad acquisire dal contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.

**Proposta:** documento o modulo sottoscritto dal contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

**Questionario sanitario (o anamnestico):** modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato che la società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

**Quietanza:** documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della società in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla società (RID bancario), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

**Recesso (o ripensamento):** diritto del contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

**Revoca:** diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

**Ricorrenza annuale:** l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

**Rischio demografico:** rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'assicurato che si ricollega l'impegno della società di erogare la prestazione assicurata.

**Riserva matematica:** importo che deve essere accantonato dalla società per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

**Scadenza:** data in cui cessano gli effetti del contratto.

**Scoperto:** parte dell'indennizzo, indicata in percentuale, che rimane a carico dell'assicurato.

**Sinistro:** verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

**Sovrappremio:** maggiorazione di premio richiesta dalla società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

**Tasso di premio:** importo indicativo di premio per unità (o migliaia di unità) di prestazione.

## IV. PROPOSTA / CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Data di aggiornamento: **15/01/2018**

Proposta di assicurazione

# Mutuo Vivo

Proposta N.:

Valida fino al:

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

Nome:		Cognome:		Sesso:	
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					
Codice Fiscale:			Professione lavorativa:		
Indirizzo Residenza:		Cap:	Comune:		Prov:
Indirizzo Domicilio (se diverso da Residenza):		Cap:	Comune:		Prov:
Telefono:		Cellulare:		E-mail:	
Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente				Numero:	
Data di Rilascio		Data di Scadenza		Comune (o stato estero) ed Ente di Rilascio	

**Dati della società in caso di Contraente persona giuridica**

Denominazione:		Codice Fiscale:		Partita Iva:	
Indirizzo Sede Legale:		Cap:	Comune:		Prov:
Data di costituzione:		Luogo di costituzione:			
Attività economica Sottogruppo:		Gruppo/Ramo:			

**Identificazione del titolare effettivo** (per la definizione di titolare effettivo si rimanda all'articolo 2, comma 1, lettera y), punto 2) del Regolamento IVASS n. 5 del 21 luglio 2014)

Titolare effettivo*: <input type="checkbox"/> ci sono soci/associati qualificabili come titolari effettivi <input type="checkbox"/> non ci sono soci/associati qualificabili come titolari effettivi	
---	--

\*1 dati del titolare effettivo, se presente, vengono raccolti nel relativo allegato della Proposta di assicurazione.

**ASSICURATO** (se persona diversa dal Contraente)

Nome:		Cognome:		Sesso:	
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					
Codice Fiscale:			Professione lavorativa:		
Indirizzo Residenza:		Cap:	Comune:		Prov:
Indirizzo Domicilio (se diverso da Residenza):		Cap:	Comune:		Prov:
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	

**Avvertenze:**

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a), deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

**BENEFICIARIO**

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

In caso di Invalidità Permanente Totale: l'Assicurato.

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI**

Garanzie e capitale assicurato:	
- Decesso per qualsiasi causa (garanzia base) <input type="checkbox"/>	€
- Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia (garanzia opzionale) <input type="checkbox"/>	€
Decorrenza dalle ore 24.00 del:	Durata in anni:
Frazionamento Premio: <input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Semestrale <input type="checkbox"/> Mensile	Numero di rate:
Spese accessorie annuali: € 24,00	
Premio annuo (spese accessorie incluse): €	(di cui Premio Invalidità Permanente Totale: € )
Premio di rata (spese accessorie incluse): €	(di cui Premio Invalidità Permanente Totale: € )
La Polizza viene sottoscritta quale condizione per l'erogazione di un mutuo/credito al consumo? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Se sì, indicare la banca/istituto che eroga il mutuo/credito al consumo:	
Costo di intermediazione e distribuzione su ciascun Premio annuo:	

**Avvertenze:**

- al pagamento della prestazione assicurata relativa alla garanzia Invalidità Permanente Totale (qualora prevista) la copertura cessa e nulla sarà dovuto dalla Compagnia in caso di Decesso dell'Assicurato;
- al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato, la garanzia Invalidità Permanente Totale cessa (qualora prevista) ed il Premio sarà ricalcolato al netto della porzione a copertura del rischio Invalidità Permanente Totale.

**INTERMEDIARIO**

Ragione sociale:		Codice:	
Indirizzo:	Cap:	Comune:	Prov:

**MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO**

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

- direttamente alla Compagnia tramite bonifico bancario in favore di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, UBI Banca S.p.A., IBAN IT14 C031 1103 2060 0000 0004 362.
- direttamente alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del Contraente  
IBAN \_\_\_\_\_

**Mandato per addebito diretto SEPA**

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

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

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

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

- all'intermediario abilitato all'incasso



**CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE**

Il sottoscritto dichiara:

- di aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale di cui all'art. 49 del Regolamento IVASS n. 5/2006 e dei seguenti documenti che compongono il Fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo: a) Nota informativa; b) Condizioni di assicurazione; c) Glossario; d) Facsimile Proposta/Certificato di Assicurazione;
- di aver scelto, per la trasmissione della documentazione in corso di Contratto, la modalità:  email  cartacea

Data	Firma Contraente
------	------------------

Data	Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)
------	--

**PROPOSTA DI ASSICURAZIONE**

Il Contraente propone a MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia la stipula di una Polizza di assicurazione denominata "Mutuo Vivo", sulla base delle condizioni contrattuali di cui al relativo Fascicolo 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 del Codice Civile;
- prosciogliono dal segreto professionale e legale i medici che possono o potranno averli curati e/o visitati, nonché altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali la Compagnia, anche dopo l'eventuale Sinistro, credesse di rivolgersi per acquisire informazioni;
- sono consapevoli che la decisione sull'accettazione della presente Proposta spetta unicamente alla Compagnia e che, qualora quest'ultima fosse costretta ad applicare una maggiorazione di Premio, escludere determinate patologie, differire o rifiutare l'assicurazione proposta, non è tenuta ad indicarne i motivi;
- sono consapevoli che la presente Proposta, con tutti i relativi allegati, non sarà restituita dalla Compagnia;
- sono consapevoli che la copertura assicurativa sarà operante dal giorno di decorrenza comunicata al Contraente, fermo restando che, qualora il pagamento della prima rata di Premio dovesse essere effettuato in una data successiva, la decorrenza della copertura assicurativa sarà quella della data di pagamento;
- sono consapevoli che la Compagnia comunicherà il proprio obbligo, unitamente alle condizioni di accettazione del rischio, tramite apposita lettera di conferma.

Il Contraente, sotto la propria responsabilità, dichiara:

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

L'Assicurato, sotto la propria responsabilità, dichiara:

- di aver fornito  di non aver fornito le informazioni necessarie alla verifica sull'adeguatezza del Contratto prima della sottoscrizione.
- di essere persona politicamente esposta  di non essere persona politicamente esposta.

Data	Firma Contraente
------	------------------

Data	Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)
------	--

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

Data	Firma Contraente
------	------------------

Data	Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)
------	--

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto, dopo aver ricevuto copia e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali riportata nelle Condizioni di assicurazione, ai sensi della normativa sulla privacy (d.lgs. n. 196/2003) dichiara di essere consapevole che è suo obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati acquisendo il relativo consenso nei casi in cui sia necessario, come precisato nell'informativa stessa. Mediante la sottoscrizione della presente sezione, il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati personali, anche sensibili, secondo le modalità e per le finalità indicate nella suddetta informativa per scopi assicurativi inerenti all'esecuzione del contratto ed alla valutazione della qualità del servizio reso, da parte di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia in qualità di Titolare, il quale potrà avvalersi dei soggetti, anche situati al di fuori dell'UE, indicati nella predetta informativa.

In aggiunta al consenso di cui sopra, il sottoscritto esprime altresì un ulteriore consenso, mediante l'apposita indicazione che segue, al trattamento dei dati attraverso modalità tradizionali (posta cartacea o telefonate tramite operatore) ovvero attraverso modalità automatizzate (e-mail, fax, sms, mms, social media) per l'invio di messaggi promozionali, per la vendita di prodotti o servizi del Titolare, per l'analisi delle sue esigenze ed interessi e per il compimento di sondaggi ed analisi finalizzate al miglioramento dell'offerta e delle modalità di proposizione e fruizione della stessa:  Acconsento;  Nego il consenso.

Data	Firma Contraente
------	------------------

Data	Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)
------	--

**ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI SALUTE**

Il sottoscritto richiede che la Polizza di assicurazione venga stipulata:

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

Il sottoscritto dichiara di:

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

Data	Firma Assicurato
------	------------------

**DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

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

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

Qui di seguito l'elenco degli **accertamenti sanitari richiesti**:

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio, la Compagnia si riserva la facoltà di:

- richiedere la compilazione di appositi questionari finanziari;
- richiedere ulteriore documentazione e/o accertamento sanitario;
- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di specifici rischi;

ovvero

- rifiutare l'assunzione del rischio.

La Compagnia comunicherà al Contraente gli eventuali sovrappremi applicati o il rifiuto del rischio.

Indipendentemente dall'Età dell'Assicurato e dall'importo del Capitale assicurato, la Compagnia si riserva di valutare il rischio derivante dall'esercizio di attività professionali e sport amatoriali e/o professionali solo dietro compilazione degli appositi questionari specifici sulle attività svolte.

**ALLEGATO ALLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE**

**Dati del titolare effettivo della società** (per la definizione di titolare effettivo si rimanda all'articolo 2, comma 1, lettera y), punto 2) del Regolamento IVASS n. 5 del 21 luglio 2014).

Nome:		Cognome:		Sesso:	
Data di nascita:	Comune di nascita (o stato estero):	Prov:	Codice Fiscale:		
Indirizzo Residenza:		Cap:	Comune:		Prov:
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			

Nome:		Cognome:		Sesso:	
Data di nascita:	Comune di nascita (o stato estero):	Prov:	Codice Fiscale:		
Indirizzo Residenza:		Cap:	Comune:		Prov:
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			

Nome:		Cognome:		Sesso:	
Data di nascita:	Comune di nascita (o stato estero):	Prov:	Codice Fiscale:		
Indirizzo Residenza:		Cap:	Comune:		Prov:
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			

Nome:		Cognome:		Sesso:	
Data di nascita:	Comune di nascita (o stato estero):	Prov:	Codice Fiscale:		
Indirizzo Residenza:		Cap:	Comune:		Prov:
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			

Nome:		Cognome:		Sesso:	
Data di nascita:	Comune di nascita (o stato estero):	Prov:	Codice Fiscale:		
Indirizzo Residenza:		Cap:	Comune:		Prov:
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			

# Mutuo Vivo

Polizza N.:

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

Nome:		Cognome:		Sesso:	
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					
Codice Fiscale:			Professione lavorativa:		
Indirizzo Residenza:		Cap:	Comune:		Prov:
Indirizzo Domicilio (se diverso da Residenza):		Cap:	Comune:		Prov:
Telefono:		Cellulare:		E-mail:	
Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente					Numero:
Data di Rilascio	Data di Scadenza		Comune (o stato estero) ed Ente di Rilascio		

**Dati della società in caso di Contraente persona giuridica**

Denominazione:		Codice Fiscale:		Partita Iva:	
Indirizzo Sede Legale:		Cap:	Comune:		Prov:
Data di costituzione:		Luogo di costituzione:			
Attività economica Sottogruppo:		Gruppo/Ramo:			

**Identificazione del titolare effettivo** (per la definizione di titolare effettivo si rimanda all'articolo 2, comma 1, lettera y), punto 2) del Regolamento IVASS n. 5 del 21 Luglio 2014)

Titolare effettivo*: <input type="checkbox"/> ci sono soci/associati qualificabili come titolari effettivi <input type="checkbox"/> non ci sono soci/associati qualificabili come titolari effettivi
---

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

**ASSICURATO** (se persona diversa dal Contraente)

Nome:		Cognome:		Sesso:	
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					
Codice Fiscale:			Professione lavorativa:		
Indirizzo Residenza:		Cap:	Comune:		Prov:
Indirizzo Domicilio (se diverso da Residenza):		Cap:	Comune:		Prov:
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		

**Avvertenze:**

- d) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- e) prima della sottoscrizione della dichiarazione di buona salute/questionario, il soggetto di cui alla lettera a), deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella dichiarazione di buona salute/questionario.

**BENEFICIARIO**

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

In caso di Invalidità Permanente Totale: l'Assicurato.

**CARATTERISTICHE CONTRATTUALI**

Garanzie e capitale assicurato:	
- Decesso per qualsiasi causa (garanzia base) <input type="checkbox"/>	€
- Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia (garanzia opzionale) <input type="checkbox"/>	€
Decorrenza dalle ore 24.00 del:	Durata in anni:
Frazionamento Premio: <input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Semestrale <input type="checkbox"/> Mensile	Numero di rate:
Spese accessorie annuali: € 24,00	
Premio annuo (spese accessorie incluse): €	(di cui Premio Invalidità Permanente Totale: € )
Premio di rata (spese accessorie incluse): €	(di cui Premio Invalidità Permanente Totale: € )
La Polizza viene sottoscritta quale condizione per l'erogazione di un mutuo/credito al consumo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Se sì, indicare la banca/istituto che eroga il mutuo/credito al consumo:	
Costo di intermediazione e distribuzione su ciascun Premio annuo:	

**Avvertenze:**

- al pagamento della prestazione assicurata relativa alla garanzia Invalidità Permanente Totale (qualora prevista) la copertura cessa e nulla sarà dovuto dalla Compagnia in caso di Decesso dell'Assicurato;
- al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato, la garanzia Invalidità Permanente Totale cessa (qualora prevista) ed il Premio sarà ricalcolato al netto della porzione a copertura del rischio Invalidità Permanente Totale.

**INTERMEDIARIO**

Ragione sociale:		Codice:	
Indirizzo:	Cap:	Comune:	Prov:

**MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO**

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

- direttamente alla Compagnia tramite bonifico bancario in favore di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, UBI Banca S.p.A., IBAN IT14 C031 1103 2060 0000 0004 362.
- direttamente alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del Contraente  
IBAN \_\_\_\_\_

**Mandato per addebito diretto SEPA**

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

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

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

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

- all'intermediario abilitato all'incasso



**CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE**

Il sottoscritto dichiara:

- di aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale di cui all'art. 49 del Regolamento IVASS n. 5/2006 e dei seguenti documenti che compongono il Fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo: a) Nota informativa; b) Condizioni di assicurazione; c) Glossario; d) Fac-simile Proposta/Certificato di Assicurazione;
- di aver scelto, per la trasmissione della documentazione in corso di Contratto, la modalità:  email  cartacea

Data	Firma Contraente
------	------------------

Data	Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)
------	--

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

Data	Firma Contraente
------	------------------

Data	Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)
------	--

**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE / ASSICURATO**

Il Contraente, sotto la propria responsabilità, dichiara:

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

L'Assicurato, sotto la propria responsabilità, dichiara:

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

Data	Firma Contraente
------	------------------

Data	Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)
------	--

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto, dopo aver ricevuto copia e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali riportata nelle Condizioni di assicurazione, ai sensi della normativa sulla privacy (d.lgs. n. 196/2003) dichiara di essere consapevole che è suo obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati acquisendo il relativo consenso nei casi in cui sia necessario, come precisato nell'informativa stessa. Mediante la sottoscrizione della presente sezione, il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati personali, anche sensibili, secondo le modalità e per le finalità indicate nella suddetta informativa per scopi assicurativi inerenti all'esecuzione del contratto ed alla valutazione della qualità del servizio reso, da parte di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia in qualità di Titolare, il quale potrà avvalersi dei soggetti, anche situati al di fuori dell'UE, indicati nella predetta informativa.

In aggiunta al consenso di cui sopra, il sottoscritto esprime altresì un ulteriore consenso, mediante l'apposita indicazione che segue, al trattamento dei dati attraverso modalità tradizionali (posta cartacea o telefonate tramite operatore) ovvero attraverso modalità automatizzate (e-mail, fax, sms, mms, social media) per l'invio di messaggi promozionali, per la vendita di prodotti o servizi del Titolare, per l'analisi delle sue esigenze ed interessi e per il compimento di sondaggi ed analisi finalizzate al miglioramento dell'offerta e delle modalità di proposizione e fruizione della stessa:  Acconsento;  Nego il consenso.

Data	Firma Contraente
------	------------------

Data	Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)
------	--

**DICHIARAZIONE DI BUONA SALUTE**

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

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, l'Assicurato dichiara che:	
1. Ha un'altezza (cm) pari a _____ ed un peso (kg) pari a _____	Altezza (cm) – Peso (kg) = _____
2. È dimagrito involontariamente negli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
3. Ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, cure o esami, per una o più delle seguenti malattie negli ultimi 10 anni:	
a. infarto, angina pectoris, valvulopatie, ipertensione non controllata dalla terapia o altre malattie del cuore o del sistema circolatorio?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b. ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), aneurismi, emorragie cerebrali o altre malattie dell'apparato cerebrovascolare?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
c. diabete, ipercolesterolemia non trattata, alterazioni tiroidee o altre malattie del sistema endocrino-metabolico?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
d. epatite, pancreatite, colite ulcerosa, morbo di Crohn, cirrosi epatica o altre malattie dell'apparato digerente?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
e. artrite reumatoide, lupus eritematoso o altre malattie sistemiche o immunologiche?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
f. anemie, emorragie o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
g. sclerosi multipla, paralisi, epilessia, nevrosi o altre malattie neurologiche o del sistema nervoso?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
h. ematuria (presenza di sangue nelle urine), proteinuria (proteine nelle urine), papillomi vescicali, prostatiti o altre malattie dell'apparato genitourinario?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
i. bronchiti croniche ricorrenti, enfisema o altre malattie croniche dell'apparato respiratorio?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
j. sieropositività all'HIV, AIDS o malattie HIV-correlate?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
k. malattie dell'apparato muscoloscheletrico?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
4. Ha mai ricevuto una diagnosi o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi, cure o esami per cancro, qualsiasi tipo di tumore anche benigno, leucemia, polipi o diverticoli intestinali, malattie linfonodali o ghiandolari, linfomi, malattia di Hodgkin, ecc.?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
5. Attualmente è in attesa di effettuare o di ricevere esiti relativi a esami diagnostici o visite specialistiche oppure è in attesa di ricovero?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
6. Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari (ad es. risonanza magnetica, ecografie, TAC, scintigrafia, radiografie, ECG al cicloergometro, biopsie, mammografia) che abbiano dato esito fuori dalla norma?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
7. È titolare di una pensione di invalidità o inabilità oppure ha fatto domanda per ottenerla?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
8. Soffre di malattie per cui è necessaria una terapia medica (farmacologica e non) per un periodo continuativo di oltre 21 giorni (ad eccezione di anti-concezionali, anti-istaminici, farmaci per la ipercolesterolemia, farmaci per la pressione purché i valori della pressione siano mantenuti nella norma dalla terapia)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
9. Ha mai ottenuto un rifiuto o differimento di una richiesta di assicurazione sulla vita oppure un'accettazione a condizioni particolari?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
10. Pratica una o più delle seguenti attività sportive: alpinismo (oltre III grado e/o su ghiaccio o con accesso a ghiacciai), speleologia, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci? Se sì, specificare _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
11. Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Fornire dettagli per ciascuna delle domande a cui ha risposto "Sì":	
Data	Firma Assicurato

**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 di ricorrenza annuale della Polizza.

Anno	Ricorrenza annuale di Polizza	Capitale assicurato garantito	Premio
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			

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



**ALLEGATO AL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE**

**Dati del titolare effettivo della società** (per la definizione di titolare effettivo si rimanda all'articolo 2, comma 1, lettera y), punto 2) del Regolamento IVASS n. 5 del 21 luglio 2014).

Nome:		Cognome:		Sesso:	
Data di nascita:	Comune di nascita (o stato estero):	Prov:	Codice Fiscale:		
Indirizzo Residenza:		Cap:	Comune:		Prov:
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			

Nome:		Cognome:		Sesso:	
Data di nascita:	Comune di nascita (o stato estero):	Prov:	Codice Fiscale:		
Indirizzo Residenza:		Cap:	Comune:		Prov:
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			

Nome:		Cognome:		Sesso:	
Data di nascita:	Comune di nascita (o stato estero):	Prov:	Codice Fiscale:		
Indirizzo Residenza:		Cap:	Comune:		Prov:
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			

Nome:		Cognome:		Sesso:	
Data di nascita:	Comune di nascita (o stato estero):	Prov:	Codice Fiscale:		
Indirizzo Residenza:		Cap:	Comune:		Prov:
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			

Nome:		Cognome:		Sesso:	
Data di nascita:	Comune di nascita (o stato estero):	Prov:	Codice Fiscale:		
Indirizzo Residenza:		Cap:	Comune:		Prov:
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			