

Assicurazione Creditor Protection Insurance

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
(DIP Danni)

Compagnie:
MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia
MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto:
CL/18/801

Data di aggiornamento: 01/10/2018

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

Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza facoltativa - nota sul mercato come Creditor Protection Insurance (CPI) o Payment Protection Insurance (PPI) - che ha lo scopo di proteggere l'assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona e limitare la capacità di rimborso del finanziamento. La banca, in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. CL/18/801, offre la polizza ai propri clienti che abbiano sottoscritto un finanziamento.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

PRODOTTO A – riservato ai lavoratori dipendenti privati

✓ **Invalità Permanente Totale** di grado pari o superiore al 60% da infortunio o malattia

Somma assicurata: il capitale residuo del finanziamento alla data del sinistro, fino ad un massimo di € 75.000,00.

✓ **Perdita Involontaria di Impiego** a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo

Somma assicurata: le rate del finanziamento che hanno scadenza nel periodo di inattività lavorativa, fino ad un massimo di € 3.000,00 al mese per 12 mesi.

PRODOTTO B – riservato ai lavoratori dipendenti privati che non possono aderire al prodotto A, dipendenti pubblici, autonomi, domestici e non lavoratori

✓ **Invalità Permanente Totale** di grado pari o superiore al 60% da infortunio o malattia

Somma assicurata: il capitale residuo del finanziamento alla data del sinistro, fino ad un massimo di € 75.000,00.

✓ **Inabilità Temporanea Totale** da infortunio o malattia

Somma assicurata: le rate del finanziamento che hanno scadenza nel periodo di inabilità temporanea totale, fino ad un massimo di € 3.000,00 al mese per 12 mesi.

✓ **Ricovero Ospedaliero** da infortunio o malattia

Somma assicurata: le rate del finanziamento che hanno scadenza nel periodo di ricovero ospedaliero, fino ad un massimo di € 3.000,00 al mese per 6 mesi consecutivi (o 12 mesi complessivi per più periodi di ricovero ospedaliero distinti).



Che cosa non è assicurato?

✗ Non sono assicurabili le persone che sono titolari di una pensione di invalidità e/o inabilità o hanno presentato domanda per ottenerla.

✗ Non sono garantiti eventuali arretrati ed interessi di mora nonché, per le garanzie Perdita Involontaria di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, l'eventuale maxirata finale.



Ci sono limiti di copertura?

Per tutte le garanzie sono escluse dalla polizza le conseguenze:

- ! dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico o di stati di alcolismo acuto o cronico;
- ! di un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;
- ! di tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- ! di guerra o insurrezione;
- ! di qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);
- ! di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'assicurato vi abbia preso parte attiva;
- ! di tutti i rischi nucleari.

Per la garanzia **Invalità Permanente Totale** sono inoltre escluse le conseguenze:

- ! di malattie mentali o disturbi psichici in genere;
- ! di ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- ! della gravidanza, del puerperio e delle patologie correlate.

Per la garanzia **Perdita Involontaria di Impiego** è previsto:

- ! un periodo di carenza di 60 giorni consecutivi a partire dalla data di inizio della polizza;
- ! un periodo di franchigia assoluta di 90 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di interruzione del lavoro.

Sono inoltre esclusi:

- ! i licenziamenti notificati prima della data di adesione alla polizza o durante il periodo di carenza;
- ! i licenziamenti dovuti a motivi disciplinari o professionali;
- ! i licenziamenti tra coniugi, parenti entro il 3° grado e affini entro il 2° grado;
- ! le dimissioni e le risoluzioni consensuali del contratto di lavoro;
- ! i licenziamenti per giusta causa e giustificato motivo soggettivo;
- ! le cessazioni - anticipate o alla loro scadenza - dei contratti di lavoro a tempo determinato, stagionali, temporanei o ad interim;
- ! il raggiungimento dell'età di quiescenza o dell'età necessaria per l'erogazione della pensione anticipata (ex pensione di anzianità) ovvero in caso di applicazione del regime di prepensionamento;
- ! le situazioni di disoccupazione, riduzione o sospensione dell'attività lavorativa che diano luogo all'indennizzo da parte della cassa integrazione guadagni ordinaria, edilizia o straordinaria o da parte di qualunque altro fondo di assistenza nei confronti del lavoratore secondo quanto previsto dalla normativa vigente applicabile.

Per la garanzia **Inabilità Temporanea Totale** è previsto:

- ! un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di inabilità temporanea totale.

Sono inoltre escluse le conseguenze:

- ! di malattie mentali o disturbi psichici in genere;
- ! di ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- ! della gravidanza, del puerperio e delle patologie correlate.

Per la garanzia **Ricovero Ospedaliero** è previsto:

- ! un periodo di franchigia assoluta di 3 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di ricovero.

Sono inoltre escluse:

- ! le conseguenze di malattie mentali o disturbi psichici in genere;
- ! le conseguenze di ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- ! le conseguenze della gravidanza, del puerperio e delle patologie correlate;
- ! i ricoveri non comprovati da un motivo medico oggettivo e/o chirurgico, come ad esempio una convalescenza, una cura termale, un soggiorno presso una casa di cura o gli interventi di chirurgia estetica.

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 a € 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.

MetLife Europe Insurance 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. 472350, capitale sociale autorizzato pari a € 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 Insurance 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. 12083681002, REA n. 1348921, abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. I.00109 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicuratrici.



Dove vale la copertura?

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali. Tuttavia:

- ✓ l'Invalidità Permanente Totale e l'Invalidità Temporanea Totale devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che sia abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;
- ✓ con riferimento alla Perdita Involontaria di Impiego, il contratto di lavoro deve essere soggetto alla legge italiana;
- ✓ il Ricovero Ospedaliero deve avvenire in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
- In caso di sinistro, hai il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto alla Compagnia e di presentare i documenti elencati nel modulo di denuncia.



Quando e come devo pagare?

Il premio è unico e comprensivo di imposta. Il premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa inizia dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento superiore a 184 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno o antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento. La copertura assicurativa rimane in vigore per tutta la durata del piano di rimborso del finanziamento, con un minimo di 85 mesi ed un massimo di 120 mesi



Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento, hai diritto di recedere dall'intero contratto (comprensivo sia della garanzia vita che delle garanzie danni) a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Compagnia presso il broker scrivendo a [Brokeronline, casella postale 178, 26100 Cremona](mailto:Brokeronline_casella_postale_178_26100_Cremona), oppure all'indirizzo e-mail supportodb@brokeronline.it, entro 60 giorni dalla data di inizio della copertura assicurativa. In questo caso hai diritto di ottenere - entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso - il rimborso del premio al netto delle imposte e della quota di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto ovvero, a tua scelta, la riduzione proporzionale dell'importo della rata del finanziamento.

A partire dal quinto anno, hai inoltre diritto di recedere con effetto a decorrere dall'inizio della successiva annualità. In questo caso avrai diritto alla restituzione dell'importo del premio al netto delle imposte e della quota di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

MetLife Europe Insurance d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Contratto di assicurazione Creditor Protection Insurance.

Convenzione assicurativa n. CL/18/801 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia e MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia.

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) **Nota informativa;**
- b) **Condizioni di assicurazione, comprensive dell'informativa sul trattamento dei dati personali;**
- c) **Glossario;**
- d) **Modulo di adesione al Programma Assicurativo;**

deve essere consegnato alla Contraente ed all'Assicurato prima della sottoscrizione, rispettivamente, della Convenzione assicurativa e del Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

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.

MetLife Europe Insurance 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. 472350, capitale sociale autorizzato pari a € 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 Insurance 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. 12083681002, REA n. 1348921, abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. I.00109 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicuratrici.

Informazione importante

Il presente contratto di assicurazione prevede 2 distinti Prodotti Assicurativi (A) e (B) ciascuno dei quali è composto da differenti coperture assicurative e viene proposto, in via alternativa, in base alla condizione lavorativa del soggetto Assicurato alla data di adesione. Si illustrano di seguito le caratteristiche principali dei 2 prodotti, nonché le relative coperture assicurative.

	Prodotto Assicurativo (A)	Prodotto Assicurativo (B)
CONDIZIONE LAVORATIVA ALLA DATA DI ADESIONE	<p>Lavoratori dipendenti privati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana; - che hanno maturato un'anzianità di almeno 12 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro; - che non lavorano presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado. 	<p>Lavoratori dipendenti privati che non rientrano nella definizione di cui al Prodotto Assicurativo (A).</p> <p>Lavoratori dipendenti pubblici</p> <p>Lavoratori autonomi</p> <p>Lavoratori domestici</p> <p>Non lavoratori</p>
GARANZIE	<p>Decesso</p> <p>Invalidità Permanente Totale</p> <p>Perdita Involontaria di Impiego</p> <p><u>Attenzione:</u> in caso di cambiamento della condizione lavorativa sopra descritta, la Perdita Involontaria di Impiego viene sostituita, senza costi aggiuntivi, dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale.</p> <p>Con riferimento alla Perdita Involontaria di Impiego viene garantito esclusivamente il licenziamento per giustificato motivo oggettivo (come definito dalla Legge n. 604/1966 art. 3). Restano pertanto escluse le dimissioni, le risoluzioni consensuali del contratto di lavoro, il licenziamento per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo, le cessazioni dei contratti di lavoro a tempo determinato, stagionali, temporanei o ad interim, nonché i licenziamenti tra coniugi, parenti entro il 3° grado e affini entro il 2° grado.</p> <p>Si rinvia all'art. 8 delle condizioni di assicurazione del Prodotto Assicurativo (A) per un'elencazione puntuale di tutte le limitazioni alle garanzie sopra elencate.</p>	<p>Decesso</p> <p>Ininvalidità Permanente Totale</p> <p>Inabilità Temporanea Totale</p> <p>Ricovero Ospedaliero</p> <p>Si rinvia all'art. 8 delle condizioni di assicurazione del Prodotto Assicurativo (B) per un'elencazione puntuale di tutte le limitazioni alle garanzie sopra elencate.</p>
ASSUNZIONE DEL RISCHIO	<p>Le formalità di assunzione del rischio variano in base all'importo da assicurare e sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo (per importi fino a € 30.000,00); - compilazione e sottoscrizione del Questionario Anamnestico e del Modulo di adesione al Programma Assicurativo (per importi superiori a € 30.000,00 e fino a € 75.000,00). <p><u>Attenzione:</u> le dichiarazioni false, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato al momento della compilazione e sottoscrizione del Questionario Anamnestico e del Modulo di adesione al Programma Assicurativo possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, qualora le stesse siano relative a circostanze tali per cui la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso, oppure non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.</p>	

La Compagnia si impegna a pubblicare sul proprio sito internet 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. Viceversa eventuali aggiornamenti derivanti da novità legislative e/o di prodotto saranno comunicate ai contraenti/assicurati.

A) NOTA INFORMATIVA

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **01/10/2018**.

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

La Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione, rispettivamente della Convenzione assicurativa e del Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE – INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- INFORMAZIONI SUI COSTI E REGIME FISCALE
- ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO – INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

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 grassetto le clausole che prevedono rischi, oneri e obblighi a carico della Contraente e/o dell'Assicurato, 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. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'impresa.

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

MetLife Europe Insurance d.a.c. è una società di capitali costituita in Irlanda ed iscritta al registro delle imprese istituito presso l'ufficio del Registro delle Imprese Irlandese, con numero di iscrizione 472350, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. MetLife Europe Insurance d.a.c. è autorizzata dalla Central Bank of Ireland (numero di riferimento C89732) ad esercitare l'attività assicurativa nei rami danni 1, 2, 8, 9, 16 e 18 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 Insurance d.a.c. iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083681002) ed avente Sede in Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'impresa.

MetLife Europe Insurance 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.00109) 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%.

Il patrimonio netto di MetLife Europe Insurance d.a.c. alla data del 31 dicembre 2016 è pari a € 58.868.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari ad € 2.048.000,00 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 2.048.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 54.820.000,00. L'indice di solvibilità di MetLife Europe Insurance 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 264%.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE – INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte – Limitazioni ed Esclusioni

La durata del contratto di assicurazione corrisponde alla durata del piano di rimborso del finanziamento stabilita in fase di sottoscrizione del contratto di finanziamento stesso, **con un minimo di 85 mesi ed un massimo di 120 mesi**. Il contratto di assicurazione è stipulato senza clausola di tacito rinnovo.

Il contratto di assicurazione prevede 2 distinti Prodotti Assicurativi (A) e (B) ciascuno dei quali è composto da differenti prestazioni assicurative e viene proposto, in via alternativa, in base alla condizione lavorativa del soggetto Assicurato alla data di adesione al Programma Assicurativo. Si illustrano di seguito le caratteristiche principali dei 2 prodotti, nonché le relative prestazioni assicurative.

Prodotto Assicurativo (A)

Il presente prodotto viene offerto ai Lavoratori dipendenti privati con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana, che abbiano maturato un'anzianità di almeno 12 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro e che non lavorino presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado.

Tali soggetti potranno in particolare beneficiare delle seguenti prestazioni assicurative:

- prestazione in caso di **Decesso per qualsiasi causa (D)**;
- prestazione in caso di **Invalità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia (IPT)**;
- prestazione in caso di **Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo (PII)**.

Informazione importante sulla garanzia PII

Qualora in corso di Contratto dovesse mutare la condizione lavorativa dell'Assicurato (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: da lavoratore dipendente privato a lavoratore autonomo; variazione della legge applicabile al contratto; trasformazione in contratto a tempo determinato; ecc.) la garanzia PII cessa dalla medesima data e sarà automaticamente sostituita, senza alcun costo aggiuntivo, dalla garanzia **Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia (ITT)**. Resta inteso che l'Assicurato, previa comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R corredata della documentazione attestante la nuova condizione lavorativa, potrà rinunciare alla sostituzione della garanzia PII con la garanzia ITT e chiedere il rimborso della frazione di Premio residua e non goduta relativa alla garanzia PII. In tal caso la Compagnia, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato la frazione di Premio residua e non goduta relativa alla garanzia PII, al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio pari a € 20,00. La porzione di Premio da restituire sarà calcolata, sulla base dei criteri indicati all'art. 5 delle Condizioni di assicurazione, a partire dalla data di cessazione della garanzia PII, anche qualora la comunicazione alla Compagnia dovesse essere inviata in un momento successivo, purché sempre nel periodo di validità del Contratto. Resta inteso che in caso di denuncia di un Sinistro relativo alla garanzia ITT, la Compagnia intenderà prevalente l'interesse dell'Assicurato a rimanere in copertura e non procederà ad alcuna restituzione di Premio.

Si rinvia all'art. 7 delle Condizioni di assicurazione del Prodotto Assicurativo (A) per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

Prodotto Assicurativo (B)

Il presente prodotto viene offerto a tutti quei soggetti che si trovino in una delle seguenti condizioni lavorative: 1) Lavoratori dipendenti privati che non possiedono i requisiti per aderire al Prodotto Assicurativo (A); 2) Lavoratori dipendenti pubblici; 3) Lavoratori autonomi; 4) Lavoratori domestici; 5) Non lavoratori. Tali soggetti potranno in particolare beneficiare delle seguenti prestazioni assicurative:

- prestazione in caso di **Decesso per qualsiasi causa (D)**;
- prestazione in caso di **Invalità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia (IPT)**;
- prestazione in caso di **Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia (ITT)**;
- prestazione in caso di **Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia (RO)**.

Si rinvia all'art. 7 delle Condizioni di assicurazione del Prodotto Assicurativo (B) per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle disposizioni contenenti limitazioni, Esclusioni, franchigie, scoperti, massimali, limiti massimi di età assicurabile e periodi di Carenza applicabili alle garanzie assicurative e si rinvia agli artt. 1, 2, 3, 4, 7, 8 e 9 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

A scopo esemplificativo, si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo all'applicazione di franchigie e massimali nel caso di un Sinistro relativo alla garanzia Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo (PII) in 3 diverse ipotesi. Gli esempi sono formulati con riferimento ad un finanziamento che preveda il pagamento di rate di rimborso mensili pari a € 100,00 e con riguardo ad un Sinistro che non si verifichi nel periodo di Carenza:

1)	<ul style="list-style-type: none"> Periodo durante il quale si è protratta la disoccupazione a seguito di PII: 05/09/2015 – 20/12/2015 Data di scadenza della rata di rimborso mensile del finanziamento: il 28 del mese 	Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della Franchigia assoluta (90 giorni): nessuno
2)	<ul style="list-style-type: none"> Periodo durante il quale si è protratta la disoccupazione a seguito di PII: 05/09/2015 – 20/12/2015 Data di scadenza della rata di rimborso mensile del finanziamento: il 15 del mese 	Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della Franchigia assoluta (90 giorni): €100,00
3)	<ul style="list-style-type: none"> Periodo durante il quale si è protratta la disoccupazione a seguito di PII: 05/09/2015 – 20/03/2017 Data di scadenza della rata di rimborso mensile del finanziamento: il 15 del mese 	Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della Franchigia assoluta (90 giorni) e del massimale di 12 mensilità: € 1.200,00

A scopo esemplificativo, si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo all'applicazione di franchigie e massimali nel caso di un Sinistro relativo alla garanzia Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia (ITT) in 3 diverse ipotesi. Gli esempi sono formulati con riferimento ad un finanziamento che preveda il pagamento di rate di rimborso mensili pari a € 100,00:

1)	<ul style="list-style-type: none"> Periodo di ITT: 05/09/2015 – 20/11/2015 Data di scadenza della rata di rimborso mensile del finanziamento: il 28 del mese 	Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della Franchigia assoluta (60 giorni): nessuno
2)	<ul style="list-style-type: none"> Periodo di ITT: 05/09/2015 – 20/11/2015 Data di scadenza della rata di rimborso mensile del finanziamento: il 15 del mese 	Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della Franchigia assoluta (60 giorni): €100,00
3)	<ul style="list-style-type: none"> Periodo di ITT: 05/09/2015 – 20/03/2017 Data di scadenza della rata di rimborso mensile del finanziamento: il 15 del mese 	Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della Franchigia assoluta (60 giorni) e del massimale di 12 mensilità: € 1.200,00

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo relative alla compilazione del questionario.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sul fatto che eventuali dichiarazioni false, inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio, rese in sede di conclusione del contratto di assicurazione, potrebbero comportare effetti sulla prestazione qualora le stesse siano relative a circostanze tali per cui la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso, oppure non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. Si rinvia all'art. 3.3 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sul fatto che il contratto di assicurazione è nullo se il rischio assicurato non sia mai esistito o abbia cessato di esistere prima della conclusione del contratto stesso, ovvero se venga stipulata l'assicurazione sulla vita di un terzo senza il consenso di questi o del suo legale rappresentante.

5. Premi

Il Premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute ed alle attività professionali svolte. Il Premio è unico ed è calcolato moltiplicando il tasso di Premio per il capitale iniziale del finanziamento comprensivo dell'eventuale maxirata finale. Il Premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.

Non è prevista la possibilità di frazionare il Premio.

Il Premio non è soggetto ad adeguamento.

Si informa l'Assicurato che:

- il 29,15% del Premio netto imposte (ovvero € 29,15 per ogni € 100,00 di Premio netto imposte) è in media corrisposto agli Intermediari a titolo di remunerazione dell'attività di distribuzione del prodotto assicurativo;
- in caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento, la copertura assicurativa cessa e la Compagnia, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato la porzione di Premio, pagata e non goduta, relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento e la scadenza del Programma Assicurativo inizialmente prevista, ivi comprese le commissioni, al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio (pari a € 40,00). Si informa l'Assicurato che il 55,00% delle spese sostenute per il rimborso del Premio (ovvero € 22,00) è corrisposto al Broker. L'Assicurato, in alternativa, può richiedere che la copertura assicurativa rimanga in vigore fino alla scadenza del Programma Assicurativo inizialmente prevista, mediante apposita comunicazione da consegnare alla Contraente contestualmente all'estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento;
- in caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento, la copertura rimane in vigore con riferimento al nuovo piano di rimborso del finanziamento e la Compagnia, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato la porzione di Premio, pagata e non goduta, ivi comprese le commissioni, al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio (pari a € 40,00). Si informa l'Assicurato che il 55,00% delle spese sostenute per il rimborso del Premio (ovvero € 22,00) è corrisposto al Broker. L'Assicurato, in alternativa, può richiedere che la copertura assicurativa rimanga attiva con riferimento al piano di rimborso assicurato in vigore al momento dell'estinzione, mediante apposita comunicazione da consegnare alla Contraente contestualmente all'estinzione anticipata parziale del finanziamento;
- in caso di cessazione della garanzia Perdita Involontaria di Impiego, su richiesta dell'Assicurato, la Compagnia, per il tramite del Broker, restituirà al medesimo la frazione di Premio residua e non goduta relativa alla garanzia Perdita Involontaria di Impiego, ivi comprese le commissioni, al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio (pari a € 20,00). Si informa l'Assicurato che il 55,00% delle spese sostenute per il rimborso del Premio (ovvero € 11,00) è corrisposto al Broker.

Si rinvia agli artt. 5, 7 e 9 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI E REGIME FISCALE

6. Costi gravanti sul Premio

COSTO COMPLESSIVO PER EMISSIONE, GESTIONE E ACQUISIZIONE DEL CONTRATTO (CARICAMENTI)
63,15% del Premio netto imposte (di cui il 29,15% corrisposto come costo di intermediazione e distribuzione)

7. Regime fiscale

Al presente contratto di assicurazione si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR). I premi per le garanzie del ramo vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni. I premi per le garanzie del ramo danni sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'ammontare dei premi. 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 dall'Assicurato nella misura e per gli importi previsti dalla normativa vigente.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO – INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

8. Modalità di perfezionamento del Contratto

Si rinvia agli artt. 3 e 4 delle condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto di assicurazione e la decorrenza delle coperture assicurative.

9. Diritto di recesso

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Contratto a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Compagnia presso il Broker scrivendo a **Brokeronline, casella postale 178, 26100 Cremona**, oppure all'indirizzo e-mail supportodb@brokeronline.it, entro 60 giorni dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione. In questo caso l'Assicurato ha diritto di ottenere - entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso - il rimborso del Premio al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto ovvero, a sua scelta, la riduzione proporzionale dell'importo della rata del finanziamento.

Se la durata del Contratto supera i 5 anni, a partire dall'inizio del quinto anno, spetterà inoltre all'Assicurato il diritto di recedere senza alcun onere e con effetto a decorrere dall'inizio dell'annualità successiva a quella in cui viene esercitato il recesso. In questo caso la Compagnia, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato il Premio al netto delle

imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto. Resta inteso che il Contratto dovrà rimanere in vita per almeno 5 anni e che il recesso potrà essere esercitato a condizione che non si siano verificati sinistri che abbiano determinato la cessazione della copertura ai sensi dell'art. 4 delle Condizioni di assicurazione. Qualora successivamente al rimborso del Premio, sia liquidato un sinistro che abbia determinato la cessazione della copertura, la prestazione assicurativa sarà ridotta in ragione del premio già rimborsato all'Assicurato.

Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere a **Brokeronline, casella postale 178, 26100 Cremona**, inviare una email all'indirizzo supportodb@brokeronline.it, telefonare al numero **848.78.13.13** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00.

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

Si rinvia all'art. 10 delle Condizioni di assicurazione per le modalità di presentazione della denuncia di Sinistro alla Compagnia.

In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna a procedere al pagamento di quanto dovuto ai beneficiari entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa.

Al sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono:

- con riferimento alla garanzia classificata nel **Ramo Vita** - Decesso - in **10 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda;
- con riferimento alle garanzie classificate nel **Ramo Danni** - Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Perdita Involontaria di Impiego e Ricovero Ospedaliero - in **2 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Qualora i beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti, entro il suddetto 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.

11. Legge applicabile al Contratto

Al contratto di assicurazione si applica la legge italiana.

12. Lingua in cui è redatto il Contratto

Il contratto di assicurazione, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

13. Reclami

13.1 – 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

Il reclamante potrà presentare reclamo alla Compagnia anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti".

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

13.2 – 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.

13.3 – 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: tutelaconsumatore@pec.ivass.it nei seguenti casi:

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

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

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

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

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

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

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

14. Comunicazioni dell'Assicurato alla Compagnia

Con riferimento al presente contratto di assicurazione, l'Assicurato è esentato dalla comunicazione di cui all'art. 1926 c.c. Resta tuttavia inteso che qualora dovesse mutare la condizione lavorativa dell'Assicurato in corso di Contratto (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: da lavoratore dipendente privato a lavoratore autonomo; variazione della legge applicabile al contratto; trasformazione in contratto a tempo determinato; ecc.) la garanzia Perdita Involontaria di Impiego cesserà dalla medesima data e sarà automaticamente sostituita dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale salvo rinuncia dell'Assicurato (punto 3 sezione B).

15. Conflitto di interessi

Il presente contratto di assicurazione non presenta situazioni di conflitto di interessi.

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia e MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia sono responsabili 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**



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



B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **01/10/2018**.

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita o persona viene stipulato il Contratto, che abbia aderito al Programma Assicurativo e corrisposto il relativo Premio.

Beneficiario: l'Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi.

Broker: Brokeronline S.r.l. con Sede Legale in Viale Bianca Maria n. 24, 20129 Milano, iscritto alla Sezione B del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. B000141525, in data 16/04/2007.

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

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

Compagnia:

- per le garanzie decesso, invalidità permanente totale, inabilità temporanea totale e ricovero ospedaliero, 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 all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare la Compagnia;
- per la garanzia perdita involontaria di impiego, MetLife Europe Insurance 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 all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare la Compagnia.

Contraente: Deutsche Bank S.p.A. con Sede Legale e Direzione Generale in Piazza del Calendario n. 3, 20126 Milano, iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000027178, in data 01/02/2007.

Contratto (o Polizza): il contratto di assicurazione stipulato dall'Assicurato con la Compagnia, anche mediante Firma elettronica digitale.

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 Programma Assicurativo.

Firma elettronica digitale: particolare tipo di firma elettronica avanzata basata su un certificato qualificato e su un sistema di chiavi crittografate che consente al titolare, tramite la chiave privata, e al destinatario, tramite la chiave pubblica, di rendere manifesta e di verificare la provenienza e l'integrità di un documento informatico.

Franchigia assoluta: periodo di tempo non rilevante ai fini del calcolo dell'Indennizzo.

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

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

Intermediario: i soggetti iscritti al Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, che sono incaricati della distribuzione della Polizza.

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

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

Modulo di adesione al Programma Assicurativo: il documento sottoscritto dall'Assicurato, anche mediante firma elettronica digitale, che prova l'adesione al Programma Assicurativo.

Premio: la somma versata alla Compagnia per la copertura assicurativa offerta.

Premio puro: il Premio al netto delle imposte e dei Caricamenti.

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

Programma Assicurativo: l'insieme delle garanzie offerte dalla Compagnia in base alla condizione lavorativa dell'Assicurato alla data di adesione, ovvero il Prodotto Assicurativo (A) per i lavoratori dipendenti privati con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana o, in alternativa, il Prodotto Assicurativo (B) per i lavoratori dipendenti privati che non possiedono i requisiti per aderire al Prodotto Assicurativo (A), i lavoratori dipendenti pubblici, i lavoratori autonomi, i lavoratori domestici e i non lavoratori.

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

PRODOTTO ASSICURATIVO (A)

Offerto ai soggetti che, alla data di adesione al Programma Assicurativo, si trovino nella seguente condizione lavorativa: Lavoratori dipendenti privati con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è assunta dalla Compagnia in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni dell'Assicurato.

L'assicurazione può essere abbinata ai finanziamenti erogati dalla Contraente con durata da 85 a 120 mesi e capitale iniziale fino a € 75.000,00.

ART. 2 – GARANZIE

Il Programma Assicurativo relativo al Prodotto Assicurativo (A) offerto dalla Compagnia prevede le seguenti garanzie:

- Decesso per qualsiasi causa (D);
- Invalità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia (IPT);
- Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo (PII).

Informazione importante sulla garanzia PII

Qualora in corso di Contratto dovesse mutare la condizione lavorativa dell'Assicurato (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: da lavoratore dipendente privato a lavoratore autonomo; variazione della legge applicabile al contratto; trasformazione in contratto a tempo determinato; ecc.) la garanzia PII cessa dalla medesima data e sarà automaticamente sostituita, senza alcun costo aggiuntivo, dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia (ITT). Resta inteso che l'Assicurato, previa comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R corredata della documentazione attestante la nuova condizione lavorativa, potrà rinunciare alla sostituzione della garanzia PII con la garanzia ITT e chiedere il rimborso della frazione di Premio residua e non goduta relativa alla garanzia PII. In tal caso la Compagnia, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato la frazione di Premio residua e non goduta relativa alla garanzia PII, al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio pari a € 20,00. La porzione di Premio da restituire sarà calcolata, sulla base dei criteri indicati all'art. 5, a partire dalla data di cessazione della garanzia PII, anche qualora la comunicazione alla Compagnia dovesse essere inviata in un momento successivo, purché sempre nel periodo di validità del Contratto.

Resta inteso che in caso di denuncia di un Sinistro relativo alla garanzia ITT, la Compagnia intenderà prevalente l'interesse dell'Assicurato a rimanere in copertura e non procederà ad alcuna restituzione di Premio.

Si informa l'Assicurato che le garanzie sono valide senza limiti territoriali. Tuttavia:

- l'IPT e l'eventuale garanzia ITT (attivata dopo la cessazione della garanzia PII) devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che sia abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;
- con riferimento alla PII, il contratto di lavoro deve essere soggetto alla legge italiana.

ART. 3 – PERSONE ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

3.1 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche a condizione che:

- al momento dell'adesione al Programma Assicurativo:
 - siano residenti nel territorio della repubblica italiana;
 - siano munite di codice fiscale italiano;
 - abbiano sottoscritto un contratto di finanziamento con la Contraente;
 - abbiano un'età compresa tra 18 e 75 anni non compiuti;
 - esercitino una professione di lavoro dipendente del settore privato, con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana, che abbiano maturato un'anzianità di almeno 12 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro e che non lavorino presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado;
- al termine del piano di rimborso del finanziamento, non abbiano ancora compiuto 75 anni di età.

In alternativa all'istestamento del contratto di finanziamento è assicurabile l'eventuale contestatario o coobbligato o garante del contratto di finanziamento.

Informazione importante

Non sono assicurabili le persone fisiche che siano titolari di una pensione di invalidità e/o inabilità o abbiano presentato domanda per ottenerla.

3.2 – Formalità di assunzione del rischio e modalità di perfezionamento del Contratto

Le formalità di assunzione del rischio e le modalità di perfezionamento del Contratto variano in base all'importo da assicurare e sono le seguenti. Nell'importo da assicurare non va computato l'importo del Premio.

- Importo fino a € 30.000,00:** il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione, anche mediante Firma elettronica digitale, del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato.
- Importo superiore a € 30.000,00 e fino a € 75.000,00:** si richiede la compilazione e sottoscrizione del Questionario Anamnestico riportato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo; il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione, anche mediante Firma elettronica digitale, del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato unicamente nel caso in cui il medesimo abbia compilato il Questionario Anamnestico con risposta negativa a tutte le domande. In caso di risposta affermativa, anche ad una soltanto delle domande poste nel Questionario Anamnestico, non sarà possibile perfezionare il Contratto.

In caso di sottoscrizione del Modulo di adesione con Firma elettronica digitale, l'Assicurato potrà richiedere il rilascio di una copia cartacea dei documenti sottoscritti. Per tutto il periodo in cui la Compagnia è tenuta per legge a conservare la documentazione sottoscritta dall'Assicurato, quest'ultimo potrà richiedere un duplicato informatico o una copia cartacea del documento informatico sottoscritto.

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.

3.3 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

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 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento superiore a 184 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, a condizione che il Premio risulti pagato.

La copertura assicurativa rimane in vigore per tutta la durata del piano di rimborso del finanziamento stabilita in fase di sottoscrizione del finanziamento stesso, con un minimo di 85 mesi ed un massimo di 120 mesi.

Nel caso in cui l'Assicurato, nel corso della durata del finanziamento, abbia attivato l'opzione **Salto Rata** - fino ad un massimo di una rata all'anno e 3 rate complessive - la copertura assicurativa viene estesa e copre l'allungamento del piano di rimborso del finanziamento, entro il limite massimo di 120 mesi che non potrà in ogni caso essere superato.

In caso di rinegoziazione del piano di rimborso del finanziamento, la copertura viene prestata sulla base del piano di rimborso originario.

Il Programma Assicurativo cessa:

- in caso di decesso dell'Assicurato;
- al pagamento della prestazione relativa alla garanzia Invalidità Permanente Totale;
- in caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento, salvo diversa richiesta dell'Assicurato ai sensi dell'art. 5.1;

d) in caso di esercizio del diritto di recesso.
 Nei casi a) e b) la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio. Nei casi c) e d) la Compagnia procederà alla restituzione del Premio nei termini specificati rispettivamente agli artt. 5.1 e 6.

ART. 5 – ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO

5.1 – Estinzione anticipata totale o trasferimento

In caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento, la copertura assicurativa cessa e la Compagnia, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato la porzione di Premio, pagata e non goduta, relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento e la scadenza del Programma Assicurativo inizialmente prevista, ivi comprese le commissioni, al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio (pari a € 40,00). La porzione di Premio da restituire è calcolata: per il Premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo; per i Caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura. Resta inteso che qualora la porzione di Premio da restituire sia inferiore o pari all'importo delle spese amministrative sopra indicate, la Compagnia non procederà ad alcun rimborso.

L'Assicurato, in alternativa alla restituzione di Premio, può richiedere che la copertura assicurativa rimanga attiva con riferimento al piano di rimborso assicurato in vigore al momento dell'estinzione, mediante apposita comunicazione da consegnare alla Contraente contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento.

Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere a **Brokeronline, casella postale 178, 26100 Cremona**, inviare una email all'indirizzo supportodb@brokeronline.it, telefonare al numero **848.78.13.13** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00.

Formula di calcolo per il rimborso del Premio:

$$PR = \frac{P * (U - E) * DR}{(U - I) * DI} + \frac{C * (U - E)}{(U - I)} - 40$$

Dove:

PR = premio rimborsato

P = premio puro

C = caricamenti

U = data termine assicurazione

E = data estinzione anticipata totale

I = data inizio assicurazione

DR = capitale residuo alla data di estinzione anticipata totale

DI = capitale iniziale

Esempio:

Premio:	€ 1.000,00
Premio puro:	€ 300,00
Caricamenti:	€ 700,00
Data inizio assicurazione:	04/02/2016
Data termine assicurazione:	05/02/2020
Data estinzione anticipata totale:	27/04/2017
Capitale residuo alla data di estinzione anticipata totale:	€ 7.224,00
Capitale iniziale:	€ 10.000,00
Spese amministrative:	€ 40,00
Premio rimborsato:	€ 595,81

$$595,81 = \frac{300 * 1.014 * 7.224}{1.462 * 10.000} + \frac{700 * 1.014}{1.462} - 40$$

5.2 – Estinzione anticipata parziale

In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento, la copertura rimane in vigore con riferimento al nuovo piano di rimborso del finanziamento e la Compagnia restituirà all'Assicurato la porzione di Premio, pagata e non goduta, ivi comprese le commissioni, al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio (pari a € 40,00) sulla base della formula di seguito indicata. L'Assicurato, in alternativa, può richiedere che la copertura assicurativa rimanga attiva con riferimento al piano di rimborso assicurato in vigore al momento dell'estinzione, mediante apposita comunicazione da consegnare alla Contraente contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata parziale del finanziamento. Resta inteso che qualora la porzione di Premio da restituire, al netto del premio lordo (PL), sia inferiore o pari alle spese amministrative, la Compagnia non procederà ad alcun rimborso e la copertura assicurativa rimarrà attiva con riferimento al piano di rimborso assicurato in vigore al momento dell'estinzione.

Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere a **Brokeronline, casella postale 178, 26100 Cremona**, inviare una email all'indirizzo supportodb@brokeronline.it, telefonare al numero **848.78.13.13** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00.

Formula di calcolo per il rimborso del Premio:

$$PR = \frac{P * (U - E) * DR}{(U - I) * DI} + \frac{C * (U - E)}{(U - I)} - 40 - PL$$

Dove:

PR = premio rimborsato

P = premio puro

C = caricamenti

U = data termine assicurazione

E = data estinzione anticipata parziale

I = data inizio assicurazione

DR = capitale residuo alla data di estinzione anticipata parziale

DI = capitale iniziale

PL = premio lordo calcolato in base alla tariffa in vigore alla data di adesione applicata al capitale residuo del finanziamento alla data di estinzione anticipata parziale

Esempio:

Premio:	€ 800,00
Premio puro:	€ 200,00
Caricamenti:	€ 600,00
Data inizio assicurazione:	12/03/2016
Data termine assicurazione:	15/03/2021
Data estinzione anticipata parziale:	25/06/2017
Capitale residuo alla data di estinzione anticipata parziale:	€ 5.700,00
Capitale iniziale:	€ 8.000,00
Spese amministrative:	€ 40,00
Premio lordo alla data di estinzione anticipata parziale:	€ 500,00
Premio rimborsato:	€ 11,70

$$11,70 = \frac{200 * 1.359 * 5.700}{1.829 * 8.000} + \frac{600 * 1.359}{1.829} - 40 - 500$$

ART. 6 – RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Contratto a mezzo di **lettera raccomandata A/R** indirizzata alla Compagnia presso il Broker scrivendo a **Brokeronline, casella postale 178, 26100 Cremona**, oppure all'indirizzo e-mail supportodb@brokeronline.it, entro **60 giorni** dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione. In questo caso l'Assicurato ha diritto di ottenere - entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso - il rimborso del Premio al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto ovvero, a sua scelta, la riduzione proporzionale dell'importo della rata del finanziamento.

Se la durata del Contratto supera i 5 anni, **a partire dall'inizio del quinto anno**, spetterà inoltre all'Assicurato il diritto di recedere senza alcun onere e con effetto a decorrere dall'inizio dell'annualità successiva a quella in cui viene esercitato il recesso. In questo caso la Compagnia, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato il Premio al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto. Resta inteso che il Contratto dovrà rimanere in vita per almeno 5 anni e che il recesso potrà essere esercitato a condizione che non si siano verificati sinistri che abbiano determinato la cessazione della copertura ai sensi dell'art. 4. Qualora successivamente al rimborso del Premio, sia liquidato un sinistro che abbia determinato la cessazione della copertura, la prestazione assicurativa sarà ridotta in ragione del premio già rimborsato all'Assicurato.

Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere a **Brokeronline, casella postale 178, 26100 Cremona**, inviare una email all'indirizzo supportodb@brokeronline.it, telefonare al numero **848.78.13.13** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00.

ART. 7 – PRESTAZIONI ASSICURATE

• Decesso per qualsiasi causa

In caso di Decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato (D) la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 8, rimborsa al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del D, comprensivo dell'eventuale maxirata finale ed eccetto arretrati ed interessi di mora.

• Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia

L'Invalidità Permanente Totale corrisponde ad un'invalidità di grado pari o superiore al 60% e deve essere riconosciuta con certificazione medica rilasciata da un medico che sia abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea. Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato prima che la Compagnia abbia accertato la stabilizzazione dei postumi invalidanti ed il decesso non sia indennizzabile a termini di Polizza, gli eredi dell'Assicurato potranno comunque dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea a provare lo stato di Invalidità Permanente Totale. Per il calcolo del grado di invalidità permanente si conviene di adottare come riferimento la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche.

In caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato (IPT) la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 8, rimborsa al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'IPT, comprensivo dell'eventuale maxirata finale ed eccetto arretrati ed interessi di mora, **a condizione che l'Infortunio o la prima diagnosi della Malattia siano avvenuti nel periodo di validità del Contratto.**

• Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo

In caso di Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dell'Assicurato dovuto a giustificato motivo oggettivo - Legge n. 604/1966 art. 3 - (PII) la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 8, rimborsa al Beneficiario una somma pari alle rate di rimborso mensili del finanziamento, dovute dopo il periodo di Franchigia, che hanno scadenza nel periodo di inattività lavorativa comprovato, eccetto arretrati, interessi di mora ed eventuale maxirata finale. **La prestazione viene corrisposta a condizione che:**

- **la PII abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta pari a 90 giorni consecutivi** (la Franchigia si calcola a partire dal primo giorno di interruzione del lavoro);
 - **il Sinistro non si verifichi nel periodo di Carenza pari a 60 giorni consecutivi (la Carenza si calcola a partire dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa).**
- Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario che l'Assicurato, alla data di notifica del licenziamento:**
- **eserciti una professione di lavoro dipendente del settore privato con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana;**
 - **non eserciti tale professione presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado;**
 - **abbia superato il periodo di prova;**
 - **abbia perso il lavoro a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo (Legge n. 604/1966 art. 3);**
 - **sia in possesso dei requisiti previsti dalla legge come disoccupato totale alla ricerca attiva di occupazione.**

Nessuna nuova prestazione è dovuta qualora la Compagnia abbia rimborsato una somma pari a 12 mensilità, intervenga il raggiungimento dell'età di quiescenza o dell'età necessaria per l'erogazione della pensione anticipata (ex pensione di anzianità) ovvero in caso di applicazione del regime di prepensionamento.

Nel caso in cui l'Assicurato, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato o riprenda ad esercitare un'attività remunerata di altra natura, l'Indennizzo non sarà più dovuto. In tal caso, qualora l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la copertura assicurativa verrà riattivata - fino a concorrenza del massimale sopra indicato - al ricorrere di tutti i requisiti suddetti e decorso il periodo di Franchigia assoluta.

Informazione importante sulle garanzie PII e ITT

Qualora in corso di Contratto dovesse mutare la condizione lavorativa dell'Assicurato (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: da lavoratore dipendente privato a lavoratore autonomo; variazione della legge applicabile al contratto; trasformazione in contratto a tempo determinato; ecc.) la garanzia PII cessa dalla medesima data e sarà automaticamente sostituita, senza alcun costo aggiuntivo, dalla garanzia **Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia (ITT)**. Resta inteso che l'Assicurato, previa comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R corredata della documentazione attestante la nuova condizione lavorativa, potrà rinunciare alla sostituzione della garanzia PII con la garanzia ITT e chiedere il rimborso della frazione di Premio residua e non goduta relativa alla garanzia PII. In tal caso la Compagnia, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato la frazione di Premio residua e non goduta relativa alla garanzia PII, al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio pari a € 20,00. La porzione di Premio da restituire sarà calcolata, sulla base dei criteri indicati all'art. 5, a partire dalla data di cessazione della garanzia PII, anche qualora la comunicazione alla Compagnia dovesse essere inviata in un momento successivo, purché sempre nel periodo di validità del Contratto. Resta inteso che: in caso di denuncia di un Sinistro relativo alla garanzia ITT, la Compagnia intenderà prevalente l'interesse dell'Assicurato a rimanere in copertura e non procederà pertanto ad alcuna restituzione di Premio; in caso di cambio della condizione lavorativa e sostituzione della garanzia PII con la garanzia ITT, la durata massima di Indennizzo pari a 12 mensilità si valuta complessivamente per le 2 garanzie come se fossero una sola; la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio nel caso in cui abbia liquidato un Sinistro relativo alla garanzia PII.

Laddove la copertura PII cessa e l'Assicurato non rinunci alla sostituzione della garanzia PII con la garanzia ITT, in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comporti la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria professione, in caso di Assicurato lavoratore, o di attendere ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti la vita umana riportate di seguito (nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi) in caso di Assicurato non lavoratore, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 8, rimborsa al Beneficiario una somma pari alle rate di rimborso mensili del finanziamento, dovute dopo il periodo di Franchigia, che hanno scadenza nel periodo di ITT comprovato, eccetto arretrati, interessi di mora ed eventuale maxirata finale. **La prestazione viene corrisposta a condizione che l'ITT abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni consecutivi e sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.** La Franchigia si calcola a partire dal primo giorno di ITT. Nessuna nuova prestazione è dovuta qualora la Compagnia abbia rimborsato una somma pari a 12 mensilità.

ART. 8 – LIMITAZIONI

Informazione importante

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.

Carenza: per la garanzia Perdita Involontaria di Impiego è previsto un periodo di Carenza di 60 giorni consecutivi a partire dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa.

Franchigia: per la garanzia Perdita Involontaria di Impiego è previsto un periodo di Franchigia assoluta di 90 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di interruzione del lavoro; per l'eventuale garanzia Inabilità Temporanea Totale (attivata dopo la cessazione della garanzia PII) è previsto un periodo di Franchigia assoluta di 60 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di inabilità temporanea totale.

Esclusioni

- **Per tutte le garanzie,** le conseguenze:
 - dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;
 - di stati di alcolismo acuto o cronico;
 - di un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;
 - di tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - di guerra o insurrezione;
 - di qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);
 - di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;
 - di tutti i rischi nucleari.
- **Solo per il Decesso:** il suicidio dell'Assicurato accaduto nel primo anno successivo alla data di adesione al Programma Assicurativo.
- **Solo per l'Invalidità Permanente Totale e per l'eventuale garanzia Inabilità Temporanea Totale (attivata dopo la cessazione della garanzia PII):** le conseguenze:
 - di malattie mentali o disturbi psichici in genere;
 - di ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
 - della gravidanza, del puerperio e delle patologie correlate.
- **Solo per la Perdita Involontaria di Impiego:**
 - i licenziamenti notificati prima della data di adesione al Programma Assicurativo o durante il periodo di Carenza;
 - i licenziamenti dovuti a motivi disciplinari o professionali;
 - i licenziamenti tra coniugi, parenti entro il 3° grado e affini entro il 2° grado;
 - le dimissioni e le risoluzioni consensuali del contratto di lavoro;
 - i licenziamenti per giusta causa e giustificato motivo soggettivo;
 - le cessazioni - anticipate o alla loro scadenza - dei contratti di lavoro a tempo determinato, stagionali, temporanei o ad interim;
 - il raggiungimento dell'età di quiescenza o dell'età necessaria per l'erogazione della pensione anticipata (ex pensione di anzianità) ovvero in caso di applicazione del regime di prepensionamento;
 - le situazioni di disoccupazione, riduzione o sospensione dell'attività lavorativa che diano luogo all'indennizzo da parte della cassa integrazione guadagni ordinaria, edilizia o straordinaria o da parte di qualunque altro fondo di assistenza nei confronti del lavoratore secondo quanto previsto dalla normativa vigente applicabile.

Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per Assicurato, indipendentemente dal numero dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di:

- **Decesso,** € 75.000,00;
- **Invalidità Permanente Totale,** € 75.000,00;
- **Perdita Involontaria di Impiego,** € 3.000,00 al mese per 12 mensilità;
- **Inabilità Temporanea Totale** (attivata dopo la cessazione della garanzia Perdita Involontaria di Impiego, salvo rinuncia dell'Assicurato) € 3.000,00 al mese per 12 mensilità.

ART. 9 – PREMIO ASSICURATIVO

Il Premio è unico ed è calcolato moltiplicando il tasso di Premio pari al 8,00% per il capitale iniziale del finanziamento comprensivo dell'eventuale maxirata finale. Il Premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.

Ai sensi dell'art. 1901 c.c. in caso di mancato pagamento del Premio, il Programma Assicurativo resta sospeso sino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato paga quanto è da lui dovuto.

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.

ART. 10 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia presso il Broker all'indirizzo **Brokeronline, casella postale 178, 26100 Cremona**, oppure all'indirizzo email **supportodb@brokeronline.it**. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dal Broker. Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere ai recapiti sopra indicati oppure telefonare al numero **848.78.13.13** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00. La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati nel modulo di denuncia messo a disposizione dal Broker. 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, per il tramite del Broker, comunicherà tempestivamente ai denunciante la necessità di integrare la documentazione. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella indicata nel modulo di denuncia Sinistro, 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.

Ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono:

- con riferimento alla garanzia classificata nel **Ramo Vita - Decesso - in 10 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda;
- con riferimento alle garanzie classificate nel **Ramo Danni - Invalidità Permanente Totale, Perdita Involontaria di Impiego ed Inabilità Temporanea Totale - in 2 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. Resta inteso che qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovi nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

ART. 11 – RECLAMI

11.1 – 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

Il reclamante potrà presentare reclamo alla Compagnia anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti".

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

11.2 – 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.

11.3 – 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 nei seguenti casi:

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

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

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

In ogni caso, resta salva la facoltà di proporre il reclamo nei confronti dell'Autorità di Vigilanza dello Stato membro di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c. e MetLife Europe Insurance 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 6620899.

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

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

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

ART. 12 – RICHIESTA DI INFORMAZIONI

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

Si informa altresì l'Assicurato che, in linea con le indicazioni dell'IVASS contenute nel Provvedimento n. 7/2013, il medesimo ha l'opportunità di accedere ad un'area riservata, disponibile sul sito web della Compagnia www.metlife.it, nella quale visualizzare le informazioni sulla propria Polizza assicurativa.

ART. 13 – LEGGE APPLICABILE

Al Contratto si applica la legge italiana.

ART. 14 – FORO COMPETENTE / PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE

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

ART. 15 – VALUTA

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

PRODOTTO ASSICURATIVO (B)

Offerto ai soggetti che, alla data di adesione al Programma Assicurativo, si trovino in una delle seguenti condizioni: 1) Lavoratori dipendenti privati che non possiedono i requisiti per aderire al Prodotto Assicurativo (A); 2) Lavoratori dipendenti pubblici; 3) Lavoratori autonomi; 4) Lavoratori domestici; 5) Non lavoratori

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è assunta dalla Compagnia in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni dell'Assicurato.

L'assicurazione può essere abbinata ai finanziamenti erogati dalla Contraente con durata da 85 a 120 mesi e capitale iniziale fino a € 75.000,00.

ART. 2 – GARANZIE

Il Programma Assicurativo relativo al Prodotto Assicurativo (B) offerto dalla Compagnia prevede le seguenti garanzie:

- Decesso per qualsiasi causa (D);
- Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia (IPT);
- Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia (ITT);
- Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia (RO).

Si informa l'Assicurato che le garanzie sono valide senza limiti territoriali. Tuttavia:

- l'**IPT** e l'**ITT** devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che sia abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;
- il **RO** deve avvenire in una struttura ospedaliera 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:

- al momento dell'adesione al Programma Assicurativo:
 - siano residenti nel territorio della repubblica italiana;
 - siano munite di codice fiscale italiano;
 - abbiano sottoscritto un contratto di finanziamento con la Contraente;
 - abbiano un'età compresa tra 18 e 75 anni non compiuti;
- al termine del piano di rimborso del finanziamento, non abbiano ancora compiuto 75 anni di età.

In alternativa all'intestatario del contratto di finanziamento è assicurabile l'eventuale cointestatario o coobbligato o garante del contratto di finanziamento.

Informazione importante

Non sono assicurabili le persone fisiche che siano titolari di una pensione di invalidità e/o inabilità o abbiano presentato domanda per ottenerla.

3.2 – Formalità di assunzione del rischio e modalità di perfezionamento del Contratto

Le formalità di assunzione del rischio e le modalità di perfezionamento del Contratto variano in base all'importo da assicurare e sono le seguenti. Nell'importo da assicurare non va computato l'importo del Premio.

- **Importo fino a € 30.000,00:** il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione, anche mediante Firma elettronica digitale, del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato.
- **Importo superiore a € 30.000,00 e fino a € 75.000,00:** si richiede la compilazione e sottoscrizione del Questionario Anamnestico riportato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo; il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione, anche mediante Firma elettronica digitale, del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato unicamente nel caso in cui il medesimo abbia compilato il Questionario Anamnestico con risposta negativa a tutte le domande. In caso di risposta affermativa, anche ad una soltanto delle domande poste nel Questionario Anamnestico, non sarà possibile perfezionare il Contratto.

In caso di sottoscrizione del Modulo di adesione con Firma elettronica digitale, l'Assicurato potrà richiedere il rilascio di una copia cartacea dei documenti sottoscritti. Per tutto il periodo in cui la Compagnia è tenuta per legge a conservare la documentazione sottoscritta dall'Assicurato, quest'ultimo potrà richiedere un duplicato informatico o una copia cartacea del documento informatico sottoscritto.

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.

3.3 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

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 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento superiore a 184 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, a condizione che il Premio risulti pagato.

La copertura assicurativa rimane in vigore per tutta la durata del piano di rimborso del finanziamento stabilita in fase di sottoscrizione finanziamento stesso, con un minimo di 85 mesi ed un massimo di 120 mesi.

Nel caso in cui l'Assicurato, nel corso della durata del finanziamento, abbia attivato l'opzione **Salto Rata** - fino ad un massimo di una rata all'anno e 3 rate complessive - la copertura assicurativa viene estesa e copre l'allungamento del piano di rimborso del finanziamento, entro il limite massimo di 120 mesi che non potrà in ogni caso essere superato.

In caso di rinegoziazione del piano di rimborso del finanziamento, la copertura viene prestata sulla base del piano di rimborso originario.

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato;
- b) al pagamento della prestazione relativa alla garanzia Invalidità Permanente Totale;
- c) in caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento, salvo diversa richiesta dell'Assicurato ai sensi dell'art. 5.1;
- d) in caso di esercizio del diritto di recesso.

Nei casi a) e b) la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio. Nei casi c) e d) la Compagnia procederà alla restituzione del Premio nei termini specificati rispettivamente agli artt. 5.1 e 6.

ART. 5 – ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO

5.1 – Estinzione anticipata totale o trasferimento

In caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento, la copertura assicurativa cessa e la Compagnia, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato la porzione di Premio, pagata e non goduta, relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento e la scadenza del Programma Assicurativo inizialmente prevista, ivi comprese le commissioni, al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio (pari a € 40,00). La porzione di Premio da restituire è calcolata: per il Premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo; per i Caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura. Resta inteso che qualora la porzione di Premio da restituire sia inferiore o pari all'importo delle spese amministrative sopra indicate, la Compagnia non procederà ad alcun rimborso. L'Assicurato, in alternativa alla restituzione di Premio, può richiedere che la copertura assicurativa rimanga attiva con riferimento al piano di rimborso assicurato in vigore al momento dell'estinzione, mediante apposita comunicazione da consegnare alla Contraente contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento. Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere a **Brokeronline, casella postale 178, 26100 Cremona**, inviare una email all'indirizzo supportodb@brokeronline.it, telefonare al numero **848.78.13.13** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00.

Formula di calcolo per il rimborso del Premio:

$$PR = \frac{P*(U-E)*DR}{(U-I)*DI} + \frac{C*(U-E)}{(U-I)} - 40$$

Dove:

PR = premio rimborsato
P = premio puro
C = caricamenti
U = data termine assicurazione
E = data estinzione anticipata totale
I = data inizio assicurazione
DR = capitale residuo alla data di estinzione anticipata totale
DI = capitale iniziale

Esempio:

Premio:	€ 1.000,00
Premio puro:	€ 300,00
Caricamenti:	€ 700,00
Data inizio assicurazione:	04/02/2016
Data termine assicurazione:	05/02/2020
Data estinzione anticipata totale:	27/04/2017
Capitale residuo alla data di estinzione anticipata totale:	€ 7.224,00
Capitale iniziale:	€ 10.000,00
Spese amministrative:	€ 40,00
Premio rimborsato:	€ 595,81

$$595,81 = \frac{300*1.014*7.224}{1.462*10.000} + \frac{700*1.014}{1.462} - 40$$

5.2 – Estinzione anticipata parziale

In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento, la copertura rimane in vigore con riferimento al nuovo piano di rimborso del finanziamento e la Compagnia restituirà all'Assicurato la porzione di Premio, pagata e non goduta, ivi comprese le commissioni, al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio (pari a € 40,00) sulla base della formula di seguito indicata. L'Assicurato, in alternativa, può richiedere che la copertura assicurativa rimanga attiva con riferimento al piano di rimborso assicurato in vigore al momento dell'estinzione, mediante apposita comunicazione da consegnare alla Contraente contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata parziale del finanziamento. Resta inteso che qualora la porzione di Premio da restituire, al netto del premio lordo (PL), sia inferiore o pari alle spese amministrative, la Compagnia non procederà ad alcun rimborso e la copertura assicurativa rimarrà attiva con riferimento al piano di rimborso assicurato in vigore al momento dell'estinzione. Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere a **Brokeronline, casella postale 178, 26100 Cremona**, inviare una email all'indirizzo supportodb@brokeronline.it, telefonare al numero **848.78.13.13** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00.

Formula di calcolo per il rimborso del Premio:

$$PR = \frac{P*(U-E)*DR}{(U-I)*DI} + \frac{C*(U-E)}{(U-I)} - 40 - PL$$

Dove:

PR = premio rimborsato
P = premio puro
C = caricamenti
U = data termine assicurazione
E = data estinzione anticipata parziale
I = data inizio assicurazione
DR = capitale residuo alla data di estinzione anticipata parziale
DI = capitale iniziale
PL = premio lordo calcolato in base alla tariffa in vigore alla data di adesione applicata al capitale residuo del finanziamento alla data di estinzione anticipata parziale

Esempio:

Premio:	€ 800,00
Premio puro:	€ 200,00
Caricamenti:	€ 600,00
Data inizio assicurazione:	12/03/2016
Data termine assicurazione:	15/03/2021
Data estinzione anticipata parziale:	25/06/2017
Capitale residuo alla data di estinzione anticipata parziale:	€ 5.700,00
Capitale iniziale:	€ 8.000,00
Spese amministrative:	€ 40,00
Premio lordo alla data di estinzione anticipata parziale:	€ 500,00
Premio rimborsato:	€ 11,70

$$11,70 = \frac{200*1.359*5.700}{1.829*8.000} + \frac{600*1.359}{1.829} - 40 - 500$$

ART. 6 – RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Contratto a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Compagnia presso il Broker scrivendo a **Brokeronline, casella postale 178, 26100 Cremona**, oppure all'indirizzo e-mail supportodb@brokeronline.it, entro 60 giorni dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione. In questo caso l'Assicurato ha diritto di ottenere - entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso - il rimborso del Premio al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto ovvero, a sua scelta, la riduzione proporzionale dell'importo della rata del finanziamento.

Se la durata del Contratto supera i 5 anni, a partire dall'inizio del quinto anno, spetterà inoltre all'Assicurato il diritto di recedere senza alcun onere e con effetto a decorrere dall'inizio dell'annualità successiva a quella in cui viene esercitato il recesso. In questo caso la Compagnia, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato il Premio al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto. Resta inteso che il Contratto dovrà rimanere in vita per almeno 5 anni e che il recesso potrà essere esercitato a condizione che non si siano verificati sinistri che abbiano determinato la cessazione della copertura ai sensi dell'art. 4. Qualora successivamente al rimborso del Premio, sia liquidato un sinistro che abbia determinato la cessazione della copertura, la prestazione assicurativa sarà ridotta in ragione del premio già rimborsato all'Assicurato. Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere a **Brokeronline, casella postale 178, 26100 Cremona**, inviare una email all'indirizzo supportodb@brokeronline.it, telefonare al numero **848.78.13.13** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00.

ART. 7 – PRESTAZIONI ASSICURATE

▪ Decesso per qualsiasi causa

In caso di Decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato (D) la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 8, rimborsa al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del D, comprensivo dell'eventuale maxirata finale, eccetto arretrati ed interessi di mora.

▪ Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia

L'Invalidità Permanente Totale corrisponde ad un'invalidità di grado pari o superiore al 60% e deve essere riconosciuta con certificazione medica rilasciata da un medico che sia abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea. Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato prima che la Compagnia abbia accertato la stabilizzazione dei postumi invalidanti ed il decesso non sia indennizzabile a termini di Polizza, gli eredi dell'Assicurato potranno comunque dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea a provare lo stato di Invalidità Permanente Totale. Per il calcolo del grado di invalidità permanente si conviene di adottare come riferimento la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche.

In caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato (IPT) la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 8, rimborsa al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'IPT, comprensivo dell'eventuale maxirata finale ed eccetto arretrati ed interessi di mora, a condizione che l'Infortunio o la prima diagnosi della Malattia siano avvenuti nel periodo di validità del Contratto.

▪ Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

In caso di Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato (ITT) che comporti la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria professione, in caso di Assicurato lavoratore, o di attendere ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti la vita umana riportate di seguito (nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi) in caso di Assicurato non lavoratore, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 8, rimborsa al Beneficiario una somma pari alle rate di rimborso mensili del finanziamento, dovute dopo il periodo di Franchigia, che hanno scadenza nel periodo di ITT comprovato, eccetto arretrati, interessi di mora ed eventuale maxirata finale. **La prestazione viene corrisposta a condizione che l'ITT abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni consecutivi e sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.** La Franchigia si calcola a partire dal primo giorno di ITT. Nessuna nuova prestazione è dovuta qualora la Compagnia abbia rimborsato una somma pari a 12 mensilità consecutive.

▪ Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia

In caso di Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia (RO) dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 8, rimborsa al Beneficiario una somma pari alle rate di rimborso mensili del finanziamento, dovute dopo il periodo di Franchigia, che hanno scadenza nel periodo di RO comprovato, eccetto arretrati, interessi di mora ed eventuale maxirata finale. **La prestazione viene corrisposta a condizione che il RO abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta pari a 3 giorni consecutivi.** La Franchigia si calcola a partire dal primo giorno di RO. Nessuna nuova prestazione è dovuta qualora la Compagnia abbia rimborsato una somma pari a 6 mensilità consecutive (o 12 mensilità complessive per più RO distinti).

ART. 8 – LIMITAZIONI

Informazione importante

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.

Franchigia: per la garanzia Inabilità Temporanea Totale è previsto un periodo di Franchigia assoluta di 60 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di inabilità temporanea totale; per la garanzia Ricovero Ospedaliero è previsto un periodo di Franchigia assoluta di 3 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di ricovero ospedaliero.

Esclusioni

▪ Per tutte le garanzie, le conseguenze:

- dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;
- di stati di alcolismo acuto o cronico;
- di un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;
- di tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- di guerra o insurrezione;
- di qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);
- di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;
- di tutti i rischi nucleari.

▪ **Solo per il Decesso:** il suicidio dell'Assicurato accaduto nel primo anno successivo alla data di adesione al Programma Assicurativo.

▪ **Solo per l'Invalidità Permanente Totale, l'Inabilità Temporanea Totale ed il Ricovero Ospedaliero:** le conseguenze:

- di malattie mentali o disturbi psichici in genere;
- di ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;

- della gravidanza, del puerperio e delle patologie correlate.

- **Solo per il Ricovero Ospedaliero:** i ricoveri non comprovati da un motivo medico oggettivo e/o chirurgico, come ad esempio una convalescenza, una cura termale, un soggiorno presso una casa di cura o gli interventi di chirurgia estetica.

Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per Assicurato, indipendentemente dal numero dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di:

- **Decesso**, € 75.000,00;
- **Invalidità Permanente Totale**, € 75.000,00;
- **Inabilità Temporanea Totale**, € 3.000,00 al mese per 12 mensilità;
- **Ricovero Ospedaliero**, € 3.000,00 al mese per 6 mensilità consecutive (o 12 mensilità complessive per più periodi di RO distinti).

ART. 9 – PREMIO ASSICURATIVO

Il Premio è unico ed è calcolato moltiplicando il tasso di Premio pari al 8,00% per il capitale iniziale del finanziamento comprensivo dell'eventuale maxirata finale. Il Premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.

Ai sensi dell'art. 1901 c.c. in caso di mancato pagamento del Premio, il Programma Assicurativo resta sospeso sino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato paga quanto è da lui dovuto.

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.

ART. 10 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia presso il Broker all'indirizzo **Brokeronline, casella postale 178, 26100 Cremona**, oppure all'indirizzo email supportodb@brokeronline.it. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dal Broker. Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere ai recapiti sopra indicati oppure telefonare al numero **848.78.13.13** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00. La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati nel modulo di denuncia messo a disposizione dal Broker. 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, per il tramite del Broker, comunicherà tempestivamente ai denunciante la necessità di integrare la documentazione. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella indicata nel modulo di denuncia Sinistro, 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.

Ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono:

- con riferimento alla garanzia classificata nel **Ramo Vita - Decesso** - in **10 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda;
- con riferimento alle garanzie classificate nel **Ramo Danni - Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero** - in **2 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. Resta inteso che qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovi nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

ART. 11 – RECLAMI

11.1 – 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

Il reclamante potrà presentare reclamo alla Compagnia anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti".

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

11.2 – 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.

11.3 – 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 nei seguenti casi:

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito, nonché quelli ai quali non sia stato fornito riscontro nei termini sopraindicati, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto);
 - reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
 - reclami riguardanti le disposizioni del Codice del Consumo relative alla commercializzazione a distanza di prodotti assicurativi.
- Il reclamante potrà presentare reclamo all'IVASS utilizzando il modello disponibile sul sito www.ivass.it, avendo cura di indicare i seguenti elementi:
- nome, cognome e domicilio del reclamante;
 - soggetto o soggetti di cui si lamenta l'operato;
 - descrizione dei motivi della lamentela ed eventuale documentazione a sostegno della stessa;
 - documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia o dall'Intermediario.

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

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

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

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

ART. 12 – RICHIESTA DI INFORMAZIONI

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

Si informa altresì l'Assicurato che, in linea con le indicazioni dell'IVASS contenute nel Provvedimento n. 7/2013, il medesimo ha l'opportunità di accedere ad un'area riservata, disponibile sul sito web della Compagnia www.metlife.it, nella quale visualizzare le informazioni sulla propria Polizza assicurativa.

ART. 13 – LEGGE APPLICABILE

Al Contratto si applica la legge italiana.

ART. 14 – FORO COMPETENTE / PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE

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

ART. 15 – VALUTA

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

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gentile Cliente,

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

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

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

- 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 deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente Informativa Privacy.

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

Il conferimento dei suoi dati è pertanto necessario per il perseguimento delle predette finalità e, in alcuni casi, obbligatorio a livello normativo (es. per l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa 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, tutori, curatori, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia; società di amministrazione del portafoglio, studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza, nonché società di servizio cui siano eventualmente affidate: la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; la gestione dei servizi e dei sistemi informatici; l'archiviazione della documentazione relativa ai rapporti contrattuali; attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; (iii) enti ed organismi pubblici, associativi e consorzi del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge (es. obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ANIA, IVASS, COVIP, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi

Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni, pubbliche Autorità.

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

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

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

Quali sono i suoi diritti?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Come contattarci o chiedere aiuto

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

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

Come possiamo contattarla

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

Come proteggiamo i suoi dati personali

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

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

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

Comunicazioni commerciali, vendita diretta e sondaggi

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

suoi specifici interessi.

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

Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

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

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

Per quali finalità di trattamento chiediamo il consenso

- (i) **Consenso al trattamento di dati personali, anche sensibili** (ad es. informazioni attestanti il suo stato di salute e riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche): per consentirci di svolgere le verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es. liquidazione di un eventuale sinistro) potremmo aver bisogno di trattare i suoi dati personali e sanitari che ci ha fornito o richiederle in futuro di fornirceli.

La raccolta dei suoi dati sanitari ai fini dell'assunzione medica può avvenire anche telefonicamente sul numero di contatto eventualmente fornito al momento dell'adesione. Ciò potrebbe includere la necessità di (i) condividere tali dati con medici od altri consulenti professionali che ci assistono nell'emissione della polizza o nell'assunzione medica o nel gestire una sua richiesta, reclamo o sinistro o nell'amministrazione della polizza (ii) trasferirli verso paesi non appartenenti alla UE ove l'esecuzione del contratto dovesse richiederlo.

Il suo consenso per tale finalità è necessario per fornirle i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti.

- (ii) **Consenso ad essere sottoposto a decisioni basate sul trattamento automatizzato dei dati personali finalizzate alla sottoscrizione del contratto:** può esprimere il suo consenso per permetterci di prendere decisioni attraverso l'utilizzo di strumenti tecnologici che comportano un trattamento automatizzato dei suoi dati, compresa la profilazione, l'accettazione o il rifiuto della presa in copertura in base a fattori predeterminati (es. età, stato di salute, abitudine al fumo, capitale assicurato, etc.) e la determinazione del premio assicurativo da applicare in base al profilo di rischio riscontrato.

Il suo consenso per tale finalità è necessario per fornirle i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti.

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

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

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

C) GLOSSARIO

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **01/10/2018**.

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

Si informano tuttavia la Contraente e l'Assicurato che le definizioni di seguito riportate non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del Programma Assicurativo, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente i termini definiti nelle Condizioni di assicurazione.

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

Assicuratore: vedi "Compagnia".

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

Carenza (o sospensione del Programma Assicurativo): periodo di tempo durante il quale le garanzie del contratto non sono efficaci. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo la compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

Caricamenti: parte del premio versato dalla contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'assicuratore.

Compagnia: società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale la contraente stipula il contratto collettivo di assicurazione.

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

Conflitto di interessi: l'insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della compagnia può collidere con quello della contraente o dell'assicurato.

Contraente: persona giuridica che stipula il contratto collettivo di assicurazione con la compagnia e che versa al medesimo i premi pagati dagli assicurati.

Contratto di assicurazione: contratto con il quale la compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare la prestazione assicurata al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'assicurato.

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

Decorrenza della garanzia: momento in cui le garanzie divengono operanti, 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 dalle imposte sui redditi.

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

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla compagnia, elencati in apposite clausole del contratto.

Fascicolo informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare alla contraente ed all'assicurato, composto da: Nota informativa, Condizioni di assicurazione, Glossario e Modulo di adesione al Programma assicurativo.

Franchigia assoluta: periodo di tempo superato il quale la compagnia indennizza il sinistro.

Franchigia relativa: periodo di tempo superato il quale la compagnia indennizza il sinistro a partire dalla data dell'evento.

Garanzia: copertura assicurativa prevista dal contratto in base alla quale la compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurata al beneficiario (es. decesso, invalidità permanente totale, ecc.).

Impresa: vedi "Compagnia".

Inabilità temporanea totale: incapacità totale ad attendere alle proprie occupazioni per un periodo di tempo limitato.

Indennizzo: somma dovuta dalla compagnia al beneficiario in caso di sinistro.

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

Intermediario/: i soggetti iscritti al Registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi, che sono incaricati della distribuzione della polizza.

Invalità permanente totale: definitiva e totale incapacità dell'assicurato ad attendere alle proprie abituali occupazioni.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

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 massima garantita dalla compagnia al beneficiario.

Montante lordo: la somma delle rate mensili da versare, previste dal piano di rimborso definito in fase di sottoscrizione del contratto di finanziamento.

Perdita involontaria d'impiego: perdita dell'impiego non dipendente dalla volontà dell'assicurato.

Polizza collettiva: contratto di assicurazione sulla vita stipulato da un contraente costituito da una persona giuridica per conto di un gruppo di assicurati.

Premio annuo: importo versato annualmente alla compagnia secondo il piano di versamenti previsto dal contratto.

Premio complessivo (o lordo): importo complessivo da versare alla compagnia quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

Premio di tariffa: somma di 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.

Premio puro: importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dalla compagnia con il contratto. È la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulle 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 unico: importo da corrispondere in soluzione unica alla compagnia al momento della conclusione del contratto.

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

Prestazione assicurata: somma che la compagnia garantisce al beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Programma Assicurativo: insieme delle garanzie assicurative offerte dalla compagnia.

Questionario medico: modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato che la compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto.

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

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

Ricovero ospedaliero: degenza che comporti almeno un pernottamento in una struttura ospedaliera.

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 compagnia di erogare la prestazione assicurata.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Tecniche di comunicazione a distanza: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della compagnia e dell'assicurato, possa impiegarsi per la trasmissione delle comunicazioni inerenti al contratto.

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

D) MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **01/10/2018**.

MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Convenzione assicurativa n. CL/18/801 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia e MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

DATI RELATIVI ALL'ADERENTE/ASSICURATO

Nome:	Cognome:		
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Codice Fiscale:	Recapito Telefonico:		
Indirizzo di Residenza:	Cap:	Comune:	Prov.:

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE/ASSICURATO

Avvertenze:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Aderente/Assicurato per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo, l'Aderente/Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso contenute con particolare attenzione, qualora previsto, al questionario anamnestico;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Aderente/Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico;
- ai sensi dell'art. 22 della Legge n. 221/2012 e dell'art. 38 bis del Regolamento Ivass n. 35/2010, si segnala la possibilità per l'Aderente/Assicurato di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia.

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il sottoscritto dichiara di:

- aver ricevuto copia dell'informativa precontrattuale di cui all'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018 e, nel caso di polizza connessa a finanziamento, il fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo a cui ha aderito composto da: a) Nota informativa; b) Condizioni di assicurazione; c) Glossario; d) Modulo di adesione al Programma Assicurativo oppure, nel caso di polizza non connessa a finanziamento, le sole Condizioni di assicurazione oltre al Modulo di adesione al Programma Assicurativo;
- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle sue richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del Contratto con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione, ai sensi dell'art. 58 del Regolamento Ivass n. 40/2018.

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Aderente/Assicurato (leggibile) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Ai sensi della Legge Privacy vigente (come definita dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati n. 2016/679 e relativa Legge di attuazione, successive modifiche e integrazioni) dichiaro di aver letto e compreso le finalità di trattamento dei dati da parte della/e Compagnia/e in qualità di Titolare/i del trattamento, come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabili sul sito della Compagnia/e, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte:

- Do Nego il consenso al trattamento dei miei **dati personali, anche sensibili (necessario)**
 Do Nego il consenso ad essere sottoposto a **decisioni automatizzate finalizzate alla sottoscrizione del contratto (necessario)**

Dichiaro, inoltre, di essere consapevole che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati acquisendo il relativo consenso nei casi in cui sia necessario, come precisato nell'Informativa stessa.

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Aderente/Assicurato (leggibile) _____

UTILIZZO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA (CONSENSO FACOLTATIVO)

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 21 e 38 del Regolamento Ivass n. 35/2010 e dell'art. 61 del Regolamento Ivass n. 40/2018, accetta di ricevere tramite posta elettronica le comunicazioni e la documentazione che la Compagnia invierà in corso di rapporto, prendendo atto che tali trasmissioni saranno da ritenersi validamente effettuate a tutti gli effetti di legge nel momento in cui giungeranno all'indirizzo email di seguito fornito.

Email: _____

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Aderente/Assicurato (leggibile) _____

ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Attività svolta dall'Aderente/Assicurato: _____ Categoria professionale: _____ Settore lavorativo: _____

Preso visione dell'informativa precontrattuale e del fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo, il sottoscritto dichiara di:

- aderire al Programma Assicurativo, anche mediante Firma elettronica digitale, acquistando il Prodotto Assicurativo (A) in caso di lavoratore dipendente privato con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana oppure, in alternativa, il Prodotto Assicurativo (B) in caso di lavoratore dipendente privato che non possiede i requisiti per acquistare il Prodotto Assicurativo (A), lavoratore dipendente pubblico, lavoratore autonomo, lavoratore domestico o non lavoratore;
- essere a conoscenza che l'adesione al Programma Assicurativo è facoltativa;
- essere consapevole che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento superiore a 184 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, a condizione che il Premio risulti pagato;
- essere consapevole che in caso di rinegoziazione del piano di rimborso del finanziamento, la copertura viene prestata sulla base del piano di rimborso originario;
- essere a conoscenza del diritto di recedere senza alcuna penalità e senza dover indicare il motivo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa secondo quanto specificato nelle condizioni di assicurazione e nella nota informativa;
- essere a conoscenza che per tutte le garanzie il beneficiario è l'Aderente/Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi;
- rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle condizioni di assicurazione;
- in caso di lavoratore dipendente privato che possiede i requisiti per acquistare il Prodotto Assicurativo (A), non aver ricevuto dal datore di lavoro una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale venga individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione;
- compilare e sottoscrivere il Questionario Anamnestico (solo se l'importo da assicurare è superiore a Euro 30.000,00 e fino a Euro 75.000,00).

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Aderente/Assicurato (leggibile) _____

Il sottoscritto dichiara inoltre di non essere titolare di una pensione di invalidità e/o inabilità e di non aver presentato domanda per ottenerla.

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Aderente/Assicurato (leggibile) _____

INFORMATIVA RELATIVA AI COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Il Premio è unico ed è pari all'importo di seguito indicato. Il Premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.

Importo del Premio Unico: _____ Importo delle Imposte: _____

Importo del Premio Unico retrocesso agli Intermediari per l'attività di distribuzione del prodotto assicurativo: _____

COSTI AMMINISTRATIVI

Spese amministrative per il rimborso del Premio: € 40,00 in caso di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento; € 20,00 in caso di cessazione della garanzia Perdita Involontaria di Impiego.

Attenzione! Compilare solo se l'importo da assicurare è superiore a Euro 30.000,00 e fino a Euro 75.000,00

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Ai fini della validità della copertura assicurativa, le chiediamo di rispondere in maniera consapevole e meditata alle seguenti domande relative al suo stato di salute, prestando attenzione a non omettere, ovvero riportare in maniera falsa o incorretta, nessuno dei dati o delle notizie richieste:

- | | |
|---|---|
| ▪ Durante gli ultimi 3 anni ha interrotto la sua attività lavorativa per più di 1 mese per affezioni lombari o dorsali o per altri problemi di salute (salvo che per ragioni legate alla maternità anticipata, all'ordinario congedo di maternità o per fratture ossee dovute esclusivamente ad infortunio)? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| ▪ Durante gli ultimi 3 anni ha subito ricoveri per più di 3 giorni consecutivi o interventi chirurgici e/o è attualmente in attesa di ricovero (ad eccezione dei ricoveri o interventi per appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsilliti, deviazioni del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale, chirurgia estetica, asportazione chirurgica nevi di natura benigna, fimosi, idrocele, emorroidi, papilloma durante l'infanzia o l'adolescenza, varicocele, ovvero ricoveri o interventi chirurgici legati a fratture ossee dovute esclusivamente ad infortunio)? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| ▪ Si sottopone da oltre 1 mese ad una terapia medica (farmacologica e non) di durata continuativa (ad eccezione di anticoncezionali, 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 |
| ▪ Durante gli ultimi 5 anni le è stata diagnosticata da un medico una delle seguenti patologie: tumore, epatite, cardiopatie ischemiche, ictus, diabete, infezioni da HIV? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Consapevole del fatto che, ai sensi degli artt. 1892 e seguenti c.c., eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto dell'Aderente/Assicurato alla prestazione assicurativa, confermo la correttezza delle risposte sopra rese e delle dichiarazioni ivi contenute, nonché di non aver taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza avente relazione con i dati e le notizie oggetto del questionario che precede - dati e notizie che riconosco quali elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia. **Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che, in caso di risposta positiva anche ad una sola delle domande di cui al presente questionario, ovvero in caso di rifiuto a fornire le risposte alle medesime domande, non sarà possibile procedere alla sottoscrizione del contratto di assicurazione.**

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Aderente/Assicurato (leggibile) _____

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.

MetLife Europe Insurance 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. 472350, capitale sociale autorizzato pari a € 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 Insurance 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. 12083681002, REA n. 1348921, abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. I.00109 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicuratrici.