

# 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/23/301 stipulata da ViViBanca 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

I documenti che compongono il Set informativo sono i seguenti:

- **DIP Vita - Documento informativo precontrattuale vita**
- **DIP Danni - Documento informativo precontrattuale danni**
- **DIP aggiuntivo Multirischi - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo multirischi**
- **Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario e dell'Informativa Privacy**
- **Facsimile del Modulo di adesione al Programma Assicurativo**

### Informazione importante

- La polizza assicurativa è **connessa al finanziamento** erogato da ViViBanca S.p.A. e rimane in vigore per tutta la durata del medesimo. Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la polizza cessa, salvo diversa richiesta dell'Assicurato.
- La polizza assicurativa è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il finanziamento.
- L'Assicurato può in ogni caso **recedere dal contratto** entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza o, se la durata della polizza supera i 5 anni, a partire dall'inizio del quinto anno, mediante semplice richiesta scritta in forma libera da inviare alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R.

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

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

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

**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. Amministratori: Eilish Finan (cittadina irlandese), Nuria Garcia (cittadina spagnola), Nick Hayter (cittadino inglese), Merilee Matchett (cittadina australiana), Conall Murphy (cittadino irlandese), Ruairi O'Flynn (cittadino irlandese), Tony O'Riordan (cittadino irlandese).

**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.

# Assicurazione Creditor Protection Insurance

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

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



Prodotto: CL/23/301

Questo documento è stato realizzato in data 02/10/2023 ed è l'ultimo disponibile

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

## Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza **connessa al finanziamento** - nota sul mercato come Creditor Protection Insurance (CPI) o Payment Protection Insurance (PPI) - che rimane in vigore per tutta la durata del medesimo. Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la polizza cessa, salvo diversa richiesta dell'Assicurato. La polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il finanziamento.

La polizza è offerta da ViViBanca S.p.A., in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. CL/23/301, ai propri clienti che hanno sottoscritto un finanziamento e ha lo scopo di proteggere l'Assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona e limitare la capacità di rimborso del finanziamento.



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

Per tutti i pacchetti, la polizza prevede la seguente garanzia:

- ✓ **Decesso** per qualsiasi causa  
Somma assicurata: il capitale residuo del finanziamento alla data del sinistro, fino ad un massimo di € 80.000,00.



## Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ non soddisfano i requisiti di assicurabilità indicati nella sezione "A chi è rivolto questo prodotto?" contenuta nel DIP aggiuntivo Multirischi;
- ✗ sono portatrici di invalidità riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico;
- ✗ sono titolari di una pensione di invalidità/inabilità o hanno presentato domanda per ottenerla;
- ✗ a seguito o per effetto della normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o delle misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale, siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" o siano sottoposte a divieti e/o misure restrittive.



## Ci sono limiti di copertura?

Per la garanzia **Decesso** sono escluse dalla polizza le conseguenze di:

- ! uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;
  - ! alcolismo acuto o cronico;
  - ! un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;
  - ! tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
  - ! guerra o insurrezione;
  - ! qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);
  - ! atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'assicurato vi abbia preso parte attiva;
  - ! tutti i rischi nucleari;
  - ! infortunio antecedente alla data di inizio della polizza.
- ! È inoltre escluso il suicidio dell'assicurato accaduto nei primi due anni successivi alla data di adesione alla polizza.



## Dove vale la copertura?

- ✓ La garanzia è valida senza limiti territoriali.



## Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
- In caso di decesso dell'assicurato, il beneficiario ha il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto all'Impresa, presentando la seguente documentazione:
  - originale o copia conforme all'originale del certificato di morte;
  - originale o copia conforme all'originale del certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza;
  - in caso di decesso a seguito di malattia, copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia;
  - in caso di decesso a seguito di infortunio, verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento.

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

- verbale redatto dalle autorità intervenute;
  - certificato autoptico;
  - copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico.
- Hai il dovere di comunicare all'Impresa ed aggiornare ogni dato, informazione e/o documento (compreso ogni elemento relativo al reddito, al patrimonio e all'origine dei fondi) utile o richiesto dall'Impresa per effettuare la valutazione di assenza di rischi di riciclaggio e/o di finanziamento di terrorismo prevista dalle disposizioni vigenti.



### Quando e come devo pagare?

Il premio è unico ed 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 viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima all'Impresa in via anticipata ed in un'unica soluzione.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa può essere abbinata a finanziamenti con durata fino a 120 mesi.

Le modalità di perfezionamento del contratto variano in base all'importo da assicurare e sono le seguenti.

- **Capitale finanziato fino a € 30.000,00:** il contratto si perfeziona con la sottoscrizione del modulo di adesione alla polizza;
- **Capitale finanziato superiore a € 30.000,00 e fino a € 80.000,00:** il contratto si perfeziona con la sottoscrizione del modulo di adesione alla polizza se l'assicurato ha compilato il Questionario Anamnestico con risposta negativa a tutte le domande. Diversamente non sarà possibile perfezionare il contratto.

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 30 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, a condizione che il premio sia pagato.

La copertura assicurativa rimane in vigore per tutta la durata del piano di rimborso del finanziamento, fino ad un massimo di 120 mesi.



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

In caso di ripensamento, hai diritto di recedere dall'intero contratto (comprensivo sia della garanzia vita che delle garanzie danni) mediante semplice richiesta scritta in forma libera, da inviare a mezzo **di lettera raccomandata A/R** all'Impresa presso la Contraente **entro 60 giorni** dalla data di decorrenza della copertura assicurativa. In tal caso l'Impresa, **entro 30 giorni** dalla ricezione della comunicazione di recesso, ti restituirà il premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

**A partire dall'inizio del quinto anno di durata del contratto**, hai inoltre diritto di recedere senza alcun onere e con effetto a decorrere dall'inizio dell'annualità assicurativa successiva a quella in cui viene esercitato il recesso. In questo caso avrai diritto alla restituzione del premio al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.



### Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI  NO

# 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/23/301

Questo documento è stato realizzato in data 02/10/2023 ed è l'ultimo disponibile

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

## Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza **connessa al finanziamento** - nota sul mercato come Creditor Protection Insurance (CPI) o Payment Protection Insurance (PPI) - che rimane il vigore per tutta la durata del medesimo. Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la polizza cessa, salvo diversa richiesta dell'Assicurato. La polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il finanziamento.

La polizza è offerta da ViViBanca S.p.A. in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. CL/23/301, ai propri clienti che hanno sottoscritto un finanziamento e ha lo scopo di proteggere l'Assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona e limitare la capacità di rimborso del finanziamento.



## Che cosa è assicurato?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

**PACCHETTO A – riservato ai dipendenti privati con contratto di lavoro italiano a tempo indeterminato e anzianità lavorativa di almeno 12 mesi consecutivi 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**

- ✓ **Invalidità 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 € 80.000,00.

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

Somma assicurata: le rate mensili del finanziamento che hanno scadenza nel periodo di inattività lavorativa, fino ad un massimo di € 1.500,00 al mese per 12 mensilità consecutive o 36 mensilità complessive per contratto.

**PACCHETTO B – sottoscrivibile da tutti gli assicurati**

- ✓ **Invalidità 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 € 80.000,00.

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

Somma assicurata: le rate mensili del finanziamento che hanno scadenza nel periodo di inabilità temporanea totale, fino ad un massimo di € 1.500,00 al mese per 12 mensilità consecutive o 36 mensilità complessive per contratto.

- ✓ **Ricovero Ospedaliero** da infortunio o malattia

Somma assicurata: le rate mensili del finanziamento che hanno scadenza nel periodo di ricovero ospedaliero, fino ad un massimo di € 1.500,00 al mese per 12 mensilità consecutive o 24 mensilità complessive per contratto.



## Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ non soddisfano i requisiti di assicurabilità indicati nella sezione "A chi è rivolto questo prodotto?" contenuta nel DIP aggiuntivo Multirischi;
- ✗ sono portatrici di invalidità riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico;
- ✗ sono titolari di una pensione di invalidità/inabilità o hanno presentato domanda per ottenerla;
- ✗ a seguito o per effetto della normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o delle misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale, siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" o siano sottoposte a divieti e/o misure restrittive.



## Ci sono limiti di copertura?

Per le garanzie **Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero** sono escluse dalla polizza le conseguenze di:

- ! uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;
- ! alcolismo acuto o cronico;
- ! un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;
- ! tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- ! guerra o insurrezione;
- ! qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);
- ! atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'assicurato vi abbia preso parte attiva;
- ! tutti i rischi nucleari;
- ! infortunio antecedente alla data di inizio della polizza;
- ! malattie mentali o disturbi psichici in genere;
- ! ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- ! gravidanza, puerperio e patologie correlate.

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

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

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

- ! un periodo di carenza di 90 giorni consecutivi a partire dalla data di inizio della polizza;
- ! un periodo di franchigia assoluta di 60 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) oppure 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.



## Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ad eccezione del **Ricovero Ospedaliero** che deve avvenire in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea. Relativamente alla **Perdita Involontaria di Impiego**, la garanzia è valida a condizione che il contratto di lavoro sia regolamentato dalla legge italiana.



## Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
- In caso di sottoscrizione del **Pacchetto A**, hai il dovere di comunicare alla Compagnia eventuali modifiche del tuo status lavorativo (ad esempio: da lavoratore dipendente a lavoratore autonomo; da lavoratore con contratto a tempo indeterminato a lavoratore con contratto a tempo determinato; ecc.) per ottenere il rimborso della frazione di premio residua e non goduta relativa alla garanzia Perdita Involontaria di Impiego;
- In caso di sinistro, hai il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto alla Compagnia presentando i documenti elencati nel DIP aggiuntivo Multirischi.
- Hai il dovere di comunicare alla Compagnia ed aggiornare ogni dato, informazione e/o documento (compreso ogni elemento relativo al reddito, al patrimonio e all'origine dei fondi) utile o richiesto dalla Compagnia per effettuare la valutazione di assenza di rischi di riciclaggio e/o di finanziamento di terrorismo prevista dalle disposizioni vigenti.



## 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 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 30 giorni, alle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, a condizione che il premio sia pagato.

La copertura assicurativa rimane in vigore per tutta la durata del piano di rimborso del finanziamento, fino ad un massimo di 120 mesi.



## Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento, hai diritto di recedere dall'intero contratto (comprensivo sia delle garanzie danni che della garanzia vita) mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera, da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** alla Compagnia presso la Contraente **entro 60 giorni** dalla data di decorrenza della copertura assicurativa. In tal caso la Compagnia, **entro 30 giorni** dalla ricezione della comunicazione di recesso, ti restituirà il premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

**A partire dall'inizio del quinto anno di durata del contratto**, hai inoltre diritto di recedere senza alcun onere e con effetto a decorrere dall'inizio dell'annualità assicurativa successiva a quella in cui viene esercitato il recesso. In questo caso avrai diritto alla restituzione del premio al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

# Assicurazione Creditor Protection Insurance

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi  
(DIP aggiuntivo Multirischi)

Imprese che realizzano il prodotto: **MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia**  
**MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia**



Prodotto: CL/23/301

Questo documento è stato realizzato in data 02/10/2023 ed è l'ultimo disponibile

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

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

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

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

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

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

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2021 è pari a € 1.428.305.000,00 comprende capitale sociale emesso pari a € 4.379.000,00 rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 4.379.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 1.423.926.000,00. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c. è pari al 196%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 707.000.000 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 1.382.000.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 317.000.000. Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito <http://www.metlife.eu/financial-reports/>.

**MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia**, iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero I.00109, con Sede in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma | tel. 06.492161 | sito internet: [www.metlife.it](http://www.metlife.it) | pec: [meil-italia@legalmail.it](mailto:meil-italia@legalmail.it).

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, 14, 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 A. Vesalio, 6 - 00161 Roma, tel. 06.492161, fax 06.49216300. Nel sito internet [www.metlife.it](http://www.metlife.it) all'interno della sezione "Assistenza Clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa.

MetLife Europe 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 è soggetta alla vigilanza dalla Central Bank of Ireland.

Il patrimonio netto di MetLife Europe Insurance d.a.c. alla data del 31 dicembre 2021 è pari a € 45.540.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari a € 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 € 43.492.000,00. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe Insurance d.a.c. è pari al 287%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 14.771.000,00 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 42.338.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 3.910.000,00. Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito <http://www.metlife.eu/financial-reports/>.

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

### PACCHETTO A

<b>Decesso per qualsiasi causa (Ramo vita)</b>	In caso di decesso dell'assicurato per qualsiasi causa, l'Impresa corrisponde al beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del decesso, eccetto arretrati ed interessi di mora, entro il massimale previsto in polizza.
<b>Invalità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% da infortunio o malattia (Ramo danni)</b>	In caso di invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60% riconosciuta all'assicurato a seguito di infortunio o malattia, l'Impresa corrisponde al beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'invalidità permanente totale, eccetto arretrati ed interessi di mora, entro il massimale previsto in polizza.
<b>Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo (Ramo danni)</b>	In caso di perdita involontaria di impiego dell'assicurato, l'Impresa corrisponde al beneficiario una somma pari alle rate mensili del finanziamento, dovute dopo il periodo di franchigia assoluta, che hanno scadenza nel periodo di inattività lavorativa documentato, eccetto arretrati ed interessi di mora, entro il massimale previsto in polizza. La prestazione è corrisposta a condizione che: <ul style="list-style-type: none"><li>la perdita involontaria di impiego non sia avvenuta durante il periodo di carenza;</li><li>la perdita involontaria di impiego abbia una durata superiore al periodo di franchigia assoluta.</li></ul>



	Qualora in corso di contratto dovesse variare la tua condizione lavorativa (ad esempio da lavoratore dipendente del settore privato a lavoratore autonomo) la garanzia perdita involontaria di impiego cessa dalla medesima data e, previa comunicazione all'Impresa a mezzo di lettera raccomandata A/R corredata della documentazione attestante la tua nuova condizione lavorativa, potrai chiedere il rimborso della frazione di premio residua e non goduta relativa alla garanzia perdita involontaria di impiego, al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del premio pari a € 20,00.
<b>PACCHETTO B</b>	
<b>Decesso per qualsiasi causa (Ramo vita)</b>	In caso di decesso dell'assicurato per qualsiasi causa, l'Impresa corrisponde al beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del decesso, eccetto arretrati ed interessi di mora, entro il massimale previsto in polizza.
<b>Invalità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% da infortunio o malattia (Ramo danni)</b>	In caso di invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60% riconosciuta all'assicurato a seguito di infortunio o malattia, l'Impresa corrisponde al beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'invalidità permanente totale, eccetto arretrati ed interessi di mora, entro il massimale previsto in polizza.
<b>Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia (Ramo danni)</b>	In caso di inabilità temporanea totale dell'assicurato a seguito di infortunio o malattia, l'Impresa corrisponde al beneficiario una somma pari alle rate mensili del finanziamento, dovute dopo il periodo di franchigia assoluta, che hanno scadenza nel periodo di inabilità temporanea totale documentato, eccetto arretrati ed interessi di mora, entro il massimale previsto in polizza. La prestazione è corrisposta a condizione che: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ l'inabilità temporanea totale sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.</li> <li>▪ l'inabilità temporanea totale abbia una durata superiore al periodo di franchigia assoluta.</li> </ul>
<b>Ricovero Ospedaliero da infortunio o malattia (Ramo danni)</b>	In caso di ricovero ospedaliero dell'assicurato a seguito di infortunio o malattia, l'Impresa corrisponde al beneficiario una somma pari alle rate mensili del finanziamento dovute dopo il periodo di franchigia assoluta che hanno scadenza nel periodo di ricovero documentato, eccetto arretrati ed interessi di mora, entro il massimale previsto in polizza. La prestazione è corrisposta a condizione che il ricovero ospedaliero abbia una durata superiore al periodo di franchigia assoluta.



### Che cosa NON è assicurato?

#### Rischi esclusi

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



### Ci sono limiti di copertura?

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



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

#### Cosa fare in caso di sinistro?

**Denuncia di sinistro:** i sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto all'Impresa. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dall'Impresa, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet [www.metlife.it](http://www.metlife.it) nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet [www.sinistrimetlife.it](http://www.sinistrimetlife.it) o in alternativa telefonare al numero **06.492161**.

In caso di sinistro è necessario presentare all'Impresa la seguente documentazione distinta per garanzia:

#### Decesso

- Certificato di morte in originale o copia conforme all'originale
- Certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza in originale o copia conforme all'originale
- In caso di decesso a seguito di malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia in copia conforme all'originale
- In caso di decesso a seguito di infortunio, verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento in copia conforme all'originale

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

- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Certificato autoptico
- Accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico

#### Invalità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%

- Accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico in copia conforme all'originale
- In caso di invalidità a seguito di malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia in copia conforme all'originale
- In caso di invalidità a seguito di infortunio, verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento in copia conforme all'originale

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

- Verbale redatto dalle autorità intervenute

#### Perdita involontaria d'impiego

- Lettera di licenziamento in originale o copia conforme all'originale
- Ultime due buste paga
- Certificazione attestante il totale delle ore lavorative effettuate settimanalmente
- Scheda anagrafico-professionale o modello C/2 storico rilasciato dal centro per l'impiego attestante il periodo di disoccupazione
- Per i lavoratori in regime di cassa integrazione guadagni straordinaria, copia della domanda del datore di lavoro della CIGS e attestazione del periodo di CIGS con relativo pagamento

	<p><b>Inabilità temporanea totale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Certificazione medica attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale in originale o copia conforme all'originale</li> <li>▪ In caso di inabilità a seguito di infortunio sul lavoro, certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale in originale o copia conforme all'originale</li> <li>▪ Per i lavoratori dipendenti, dichiarazione del datore di lavoro attestante l'inizio e la fine dell'inabilità lavorativa in originale</li> <li>▪ Per i lavoratori autonomi, certificato della camera di commercio relativo all'attività lavorativa</li> </ul> <p>Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cartella clinica relativa al ricovero</li> <li>▪ Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento</li> <li>▪ Verbale redatto dalle autorità intervenute</li> <li>▪ Eventuale ulteriore documentazione medico-ospedaliera attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale</li> </ul> <p><b>Ricovero Ospedaliero</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cartella clinica relativa alla prima diagnosi della malattia grave in copia conforme all'originale</li> </ul> <p><b>Prescrizione:</b> ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal contratto si prescrivono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ con riferimento alla garanzia classificata nel ramo vita - <b>Decesso</b> - <b>in 10 anni</b> dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda;</li> <li>▪ con riferimento alle garanzie classificate nel ramo danni - <b>Inabilità Permanente Totale</b> di grado pari o superiore al 60%, <b>Perdita Involontaria di Impiego</b>, <b>Inabilità Temporanea Totale</b> e <b>Ricovero Ospedaliero</b> - <b>in 2 anni</b> dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</li> </ul> <p>Resta inteso che qualora l'Impresa, per cause ad essa non imputabili, si trovi nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.</p> <p><b>Liquidazione della prestazione:</b> se il sinistro è indennizzabile, l'Impresa si impegna al pagamento della prestazione assicurata entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa.</p> <p><b>Gestione da parte di altre imprese:</b> non prevista.</p> <p><b>Assistenza diretta/in convenzione:</b> non prevista.</p>
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sul rischio da assicurare (come ad esempio non dichiarare di percepire una pensione di invalidità) o che non consentono di concludere o aggiornare l'adeguata verifica della clientela prevista dalla normativa anticircolaggio possono comportare la cessazione della polizza o la perdita del diritto a ricevere l'indennizzo.



## Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e DIP Danni.
<b>Rimborso</b>	<p>Hai diritto al rimborso del premio nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento;</li> <li>▪ recesso dal contratto;</li> <li>▪ cessazione della garanzia Perdita Involontaria di Impiego, in seguito alla variazione della tua condizione lavorativa.</li> </ul> <p>L'Impresa effettua il rimborso del premio al netto delle imposte, della porzione di premio relativa al periodo per il quale la polizza ha avuto effetto e delle spese amministrative per il rimborso del premio pari a € 40,00 in caso di estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento e € 20,00 in caso di cessazione della garanzia Perdita Involontaria di Impiego.</p>
<b>Sconti</b>	Non previsti.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	<p>La polizza cessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in caso di decesso dell'assicurato;</li> <li>▪ al pagamento della prestazione assicurata relativa alla garanzia Inabilità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%;</li> <li>▪ in caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento, salvo diversa richiesta dell'assicurato;</li> <li>▪ in caso di recesso dal contratto.</li> </ul>
<b>Sospensione</b>	Ai sensi dell'art. 1901 c.c. in caso di mancato pagamento del premio, la polizza resta sospesa e decorrerà dalle ore 24.00 del giorno in cui paghi quanto dovuto.



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

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



## A chi è rivolto questo prodotto?

Sono assicurabili le persone che:

- al momento dell'adesione alla polizza:
  - siano residenti in Italia;
  - siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
  - abbiano sottoscritto un finanziamento con la Contraente;
  - abbiano un'età compresa tra **18 e 74 anni**;
- al termine del piano di rimborso del finanziamento, non abbiano ancora compiuto **75 anni**.



Per sottoscrivere il **Pacchetto di Garanzie A**, è inoltre necessario:

- essere dipendenti privati con contratto di lavoro italiano a tempo indeterminato;
- avere maturato un'anzianità lavorativa di almeno 12 mesi consecutivi presso lo stesso datore di lavoro;
- non lavorare presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado.



## Quali costi devo sostenere?

### Costi gravanti sul premio

Costo complessivo per emissione, gestione e acquisizione del contratto:	80,00% del premio netto imposte - include il costo di intermediazione pari al 50,00% del premio netto imposte
---	---

### Altri costi (costi PPI)

Spese amministrative per il rimborso del premio:

- € 40,00, in caso di estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento;
- € 20,00, in caso di cessazione della garanzia Perdita Involontaria di Impiego.



## Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI  NO

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

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

<b>All'Impresa assicuratrice</b>	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a mezzo posta, telefax o e-mail alla funzione Ufficio Reclami dell'Impresa, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati: <b>METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI</b> Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma   Tel. 06.492161   Fax 06.49216300   Indirizzo e-mail: <a href="mailto:reclami@metlife.it">reclami@metlife.it</a> Il reclamante potrà presentare reclamo all'Impresa anche utilizzando il modello disponibile sul sito <a href="http://www.metlife.it">www.metlife.it</a> all'interno della sezione "Assistenza Clienti". Il reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.
<b>All'IVASS</b>	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> . Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> . 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.
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria per le controversie relative ai contratti assicurativi.
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: <a href="http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm">http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm</a> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET).

## REGIME FISCALE

<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	Alla polizza 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 (Decesso) non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni. I premi per le garanzie del ramo danni (Invalidità Permanente Totale, Perdita Involontaria di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero) 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.
---	--

**IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.**

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

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

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

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Creditor Protection Insurance – Convenzione assicurativa n. CL/23/301  
 stipulata da ViViBanca 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

Questo documento è stato realizzato in data 02/10/2023 ed è l'ultimo disponibile

Eventuali aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente documento potranno essere comunicati ai contraenti/assicurati in formato elettronico via e-mail, attraverso il sito internet della Compagnia [www.metlife.it](http://www.metlife.it) o nell'area riservata, secondo quanto previsto dal Codice delle Assicurazioni Private e dal Regolamento Ivass n. 41/2018.

### INDICE

.....	<b>2</b>
<b>SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI</b> .....	<b>3</b>
<b>Art. 1 – Caratteristiche del prodotto</b> .....	<b>3</b>
<b>Art. 2 – Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo</b> .....	<b>3</b>
2.1 – Formalità di assunzione del rischio e modalità di perfezionamento del Contratto.....	3
2.2 – Decorrenza e durata del Programma Assicurativo .....	3
2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo .....	4
2.4 – Estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento.....	4
2.5 – Recesso.....	5
<b>Art. 3 – Premio assicurativo</b> .....	<b>5</b>
3.1 – Premio .....	5
3.2 – Modalità di pagamento del Premio .....	6
<b>Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti</b> .....	<b>6</b>
4.1 – Dichiarazioni richieste per la valutazione del rischio .....	5
4.2 – Dichiarazioni richieste dalla Normativa antiriciclaggio.....	5
<b>Art. 5 – Legge applicabile</b> .....	<b>6</b>
<b>Art. 6 – Prescrizione</b> .....	<b>6</b>
<b>Art. 7 – Foro competente / Procedimento di mediazione</b> .....	<b>6</b>
<b>Art. 8 – Valuta</b> .....	<b>6</b>
<b>SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO</b> .....	<b>6</b>
<b>Art. 9 – Programma Assicurativo</b> .....	<b>6</b>
<b>Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie</b> .....	<b>7</b>
<b>Art. 11 – Persone assicurabili</b> .....	<b>7</b>
<b>Art. 12 – Limitazioni valide per tutte le garanzie</b> .....	<b>7</b>
<b>SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO – PACCHETTO A</b> .....	<b>7</b>
<b>Art. 13 – Decesso per qualsiasi causa</b> .....	<b>7</b>
13.1 Oggetto della garanzia.....	7
13.2 – Esclusioni.....	8
13.3 – Prestazione massima.....	8
<b>Art. 14 – Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia</b> .....	<b>8</b>
14.1 – Oggetto della garanzia.....	8
14.2 – Esclusioni.....	8
14.3 – Prestazione massima.....	8
<b>Art. 15 – Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo</b> .....	<b>8</b>
15.1 – Oggetto della garanzia.....	8
15.2 – Esclusioni.....	8
15.3 – Prestazione massima.....	9
15.4 – Carenza .....	9
15.5 – Franchigia.....	9
15.6 – Variazione della condizione lavorativa .....	9
<b>SEZIONE IV – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO – PACCHETTO B</b> .....	<b>10</b>
<b>Art. 16 – Decesso per qualsiasi causa</b> .....	<b>10</b>
16.1 – Oggetto della garanzia.....	10
16.2 – Esclusioni.....	10
16.3 – Prestazione massima.....	10
<b>Art. 17 – Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia</b> .....	<b>10</b>
17.1 – Oggetto della garanzia.....	10
17.2 – Esclusioni.....	10
17.3 – Prestazione massima.....	10

<b>Art. 18 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia .....</b>	<b>10</b>
18.1 – Oggetto della garanzia.....	10
18.2 – Esclusioni.....	11
18.3 – Prestazione massima.....	11
18.4 – Franchigia .....	11
<b>Art. 19 – Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia.....</b>	<b>11</b>
19.1 – Oggetto della garanzia.....	11
19.2 – Esclusioni.....	11
19.3 – Prestazione massima.....	11
19.4 – Franchigia .....	11
<b>SEZIONE V – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO .....</b>	<b>12</b>
<b>Art. 20 – Denuncia di Sinistro .....</b>	<b>12</b>
<b>Art. 21 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro .....</b>	<b>12</b>
<b>Art. 22 – Criteri per la determinazione dell’Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro.....</b>	<b>12</b>
<b>SEZIONE VI – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI .....</b>	<b>13</b>
<b>Art. 23 – Richiesta di Informazioni .....</b>	<b>13</b>
<b>Art. 24 – Reclami.....</b>	<b>13</b>
24.1 – Reclami all’Impresa di assicurazioni .....	13
24.2 – Reclami all’Intermediario.....	13
24.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza.....	13
<b>INFORMATIVA PRIVACY .....</b>	<b>14</b>

## GLOSSARIO

**Affinità:** il vincolo tra un coniuge ed i parenti dell’altro coniuge.

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

**Assicurato:** la persona fisica sulla cui vita o persona viene stipulato il Contratto che aderisce al Programma Assicurativo, anche con Firma elettronica, e sostiene il pagamento del Premio.

**Beneficiario:**

- per la garanzia Decesso, il beneficiario nominativo designato dall’Assicurato al momento dell’adesione al Programma Assicurativo. In caso di mancata designazione del beneficiario, l’Indennizzo sarà corrisposto agli eredi testamentari dell’Assicurato o, in assenza di testamento, ai suoi eredi legittimi. Resta inteso che l’Assicurato potrà modificare il beneficiario nominativo o designarlo successivamente, inviando alla Compagnia una comunicazione scritta in forma libera;
- per le garanzie Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%, Perdita Involontaria di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, l’Assicurato.

**Capitale finanziato:** l’importo del finanziamento comprensivo del Premio.

**Capitale iniziale:** l’importo del finanziamento al netto del Premio.

**Carenza:** periodo di tempo, immediatamente successivo alla data di Decorrenza del Programma Assicurativo, durante il quale la garanzia è sospesa. 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 di grado pari o superiore al 60%, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l’Italia, con sede in Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma - Tel. 06.492161 - Fax 06.49216300. Nel sito internet [www.metlife.it](http://www.metlife.it) all’interno della sezione “Assistenza clienti” sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare la Compagnia;
- per la garanzia Perdita Involontaria di Impiego, MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l’Italia, con sede in Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma - Tel. 06.492161 - Fax 06.49216300. Nel sito internet [www.metlife.it](http://www.metlife.it) all’interno della sezione “Assistenza clienti” sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare la Compagnia.

**Contraente:** ViViBanca S.p.A. con sede legale in Via Giovanni Giolitti, 15 - 10123 Torino, iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000229526, in data 16/11/2007.

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

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

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

**Esclusioni:** i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

**Firma elettronica (o Firma Elettronica Qualificata “FEQ”):** particolare tipo di firma elettronica avanzata creata da un dispositivo per la creazione di una firma elettronica qualificata e basata su un certificato qualificato per firme elettroniche (articolo 3, comma 1, numero 12, Regolamento (UE) 910/2014, “Regolamento eIDAS”).

**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:** soggetto iscritto al Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, che è incaricato della distribuzione della Polizza o che collabora alla gestione della stessa.

**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.

**Malattie mentali (o nervose):** ogni patologia mentale e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricompresa nell'articolo V della nona revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9 del OMS) e successive modifiche.

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

**Modulo di adesione al Programma Assicurativo:** il documento sottoscritto dall'Assicurato, anche con Firma elettronica, che prova l'adesione al Programma Assicurativo.

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

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

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

**Premio:** la somma versata alla Compagnia per le garanzie offerte.

**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.

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

## SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

### Art. 1 – Caratteristiche del prodotto

Si tratta di una Polizza **connessa al finanziamento** - nota sul mercato come Creditor Protection Insurance (CPI) o Payment Protection Insurance (PPI) - che rimane in vigore per tutta la durata del medesimo. Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la Polizza cessa, salvo diversa richiesta dell'Assicurato. La Polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il finanziamento.

La Polizza è offerta da ViViBanca S.p.A. in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. CL/23/301, ai propri clienti che hanno sottoscritto un finanziamento e 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 Polizza è abbinata ai finanziamenti erogati dalla Contraente con **durata fino a 120 mesi e Capitale iniziale fino a € 80.000,00**.

La Compagnia assume il rischio sulla base delle comunicazioni della Contraente e delle dichiarazioni dell'Assicurato.

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

#### 2.1 – 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.

- **Capitale finanziato fino a € 30.000,00:** il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato.
- **Capitale finanziato superiore a € 30.000,00 e fino a € 80.000,00:** si richiede la compilazione e sottoscrizione del Questionario Anamnestico riportato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo. Nel caso in cui l'Assicurato abbia compilato il Questionario Anamnestico con risposta negativa a tutte le domande, il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato. In caso di risposta affermativa, anche ad una soltanto delle domande poste nel Questionario Anamnestico, non sarà possibile perfezionare il Contratto.

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

In caso di sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo con Firma elettronica, l'Assicurato potrà richiedere un duplicato informatico o cartaceo dei documenti sottoscritti, per tutto il periodo in cui la Compagnia è tenuta per legge a conservarli.

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

#### 2.2 – Decorrenza e durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo 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 30 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, **a condizione che il Premio sia pagato**.

Il Programma Assicurativo rimane in vigore per tutta la durata del piano di rimborso del finanziamento stabilita in fase di sottoscrizione del finanziamento stesso, **fino ad un massimo di 120 mesi**.

In caso di rinegoziazione del piano di rimborso del finanziamento, le garanzie vengono prestate sulla base del piano di rimborso originario.

### 2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

- in caso di decesso dell'Assicurato;
- al pagamento della prestazione assicurata relativa alla garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%;
- in caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento, salvo diversa richiesta dell'Assicurato ai sensi dell'art. 2.4;
- in caso di esercizio del diritto di recesso.

Nei casi a), b) non è dovuta alcuna restituzione di Premio. Nei casi c), d) la Compagnia procederà alla restituzione del Premio nei termini specificati rispettivamente agli artt. 2.4 e 2.5.

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

### 2.4 – Estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento

#### A) Estinzione anticipata totale o trasferimento

In caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento, il Programma Assicurativo cessa e la Compagnia - entro 30 giorni dalla data di estinzione - 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 piano di rimborso in vigore al momento dell'estinzione, ivi comprese le commissioni, **al netto delle imposte e 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 del Programma Assicurativo nonché del capitale assicurato residuo; per i Caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza del Programma Assicurativo. 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 del Premio, può richiedere che le garanzie restino attive con riferimento al piano di rimborso del finanziamento in vigore al momento dell'estinzione, mediante apposita comunicazione da consegnare alla Compagnia, per il tramite della Contraente, contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento.

#### 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 Programma Assicurativo

E = data estinzione anticipata totale

I = data inizio Programma Assicurativo

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 Programma Assicurativo:	04/02/2019
Data termine Programma Assicurativo:	05/02/2023
Data estinzione anticipata totale:	27/04/2020
Capitale residuo alla data di estinzione anticipata totale:	€ 7.224,00
Capitale iniziale:	€ 10.000,00
Spese amministrative:	€ 40,00
Premio rimborsato:	€ 595,81

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

## B) Estinzione anticipata parziale

In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento, il Programma Assicurativo 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 imposte e 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 le garanzie restino attive con riferimento al piano di rimborso del finanziamento 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 sia inferiore o pari alla somma delle spese amministrative e del premio lordo (PL) la Compagnia non procederà ad alcun rimborso e le garanzie rimarranno attive con riferimento al piano di rimborso del finanziamento in vigore al momento dell'estinzione.

### 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 Programma Assicurativo

E = data di estinzione anticipata parziale

I = data inizio Programma Assicurativo

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 e alla durata del finanziamento residui alla data di estinzione anticipata parziale

### Esempio

Premio:	€ 800,00
Premio puro:	€ 200,00
Caricamenti:	€ 600,00
Data inizio Programma Assicurativo:	12/03/2021
Data termine Programma Assicurativo:	15/03/2026
Data di estinzione anticipata parziale:	25/06/2022
Capitale residuo alla data di scadenza 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

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

## 2.5 – Recesso

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Contratto **entro 60 giorni** dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo, mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** alla Compagnia presso la Contraente. **Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della comunicazione.** In tal caso la Compagnia, **entro 30 giorni** dalla ricezione della comunicazione di recesso, restituirà all'Assicurato il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

**A partire dall'inizio del quinto anno di durata del Contratto**, spetterà inoltre all'Assicurato il diritto di recedere senza alcun onere e con effetto a decorrere dall'inizio dell'Annualità assicurativa successiva a quella in cui viene esercitato il recesso. In questo caso le garanzie cessano e la Compagnia restituirà all'Assicurato il Premio al netto delle imposte e della porzione 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 del Programma Assicurativo ai sensi dell'art. 2.3. Qualora successivamente al rimborso del Premio, sia liquidato un Sinistro che avrebbe determinato la cessazione del Programma Assicurativo prima dell'avvenuto recesso, la prestazione assicurativa sarà ridotta in ragione del premio già rimborsato all'Assicurato.

## Art. 3 – Premio assicurativo

### 3.1 – Premio

Il Premio è unico ed è calcolato moltiplicando il tasso di Premio, pari al 0,090%, per il Capitale iniziale del finanziamento e il numero di rate del finanziamento.

Il Premio viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, rimarrà totalmente acquisito dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.



### 3.2 – Modalità di pagamento del Premio

Il Premio è unico e viene finanziato dalla Contraente. Il Premio 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 e decorrerà dalle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato paga quanto è da lui dovuto.**

## Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

### 4.1 – Dichiarazioni richieste per la valutazione del rischio

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.

### 4.2 – Dichiarazioni richieste dalla Normativa antiriciclaggio

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

## Art. 5 – Legge applicabile

Al Contratto si applica la legge italiana.

## Art. 6 – Prescrizione

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 di grado pari o superiore al 60%, Perdita Involontaria di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero – in **2 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

**Di conseguenza eventuali sinistri denunciati dopo il termine sopra indicato non saranno indennizzati dalla Compagnia.**

## Art. 7 – 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 della Giustizia, nel luogo del giudice competente per territorio.

## Art. 8 – Valuta

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

## SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO

### Art. 9 – Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo prevede 2 diversi Pacchetti di Garanzie a scelta dell'Assicurato.

Il **Pacchetto di Garanzie A** è riservato ai lavoratori dipendenti del settore privato:

- con contratto di lavoro italiano a tempo indeterminato;
- con anzianità lavorativa di almeno 12 mesi consecutivi presso lo stesso datore di lavoro;
- che non esercitano la propria attività professionale presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado.

PACCHETTO	GARANZIE
<p><b>A.</b></p> <p><i>Riservato ai dipendenti privati con contratto di lavoro italiano a tempo indeterminato e anzianità lavorativa di almeno 12 mesi consecutivi 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</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Decesso</b> per qualsiasi causa</li> <li>✓ <b>Invalidità Permanente Totale</b> di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia</li> <li>✓ <b>Perdita Involontaria di Impiego</b> a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo</li> </ul>
<p><b>B.</b></p> <p><i>Per tutti gli assicurati</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Decesso</b> per qualsiasi causa</li> <li>✓ <b>Invalidità Permanente Totale</b> di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia</li> <li>✓ <b>Inabilità Temporanea Totale</b> a seguito di Infortunio o Malattia</li> <li>✓ <b>Ricovero Ospedaliero</b> a seguito di Infortunio o Malattia</li> </ul>

### Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ad eccezione del **Ricovero Ospedaliero** che deve avvenire in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea. Relativamente alla **Perdita Involontaria di Impiego**, la garanzia è valida a condizione che il contratto di lavoro sia regolamentato dalla legge italiana.

### Art. 11 – Persone assicurabili

**Sono assicurabili** le persone fisiche a condizione che:

- al momento dell'adesione al Programma Assicurativo:
  - siano residenti in Italia;
  - siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
  - abbiano sottoscritto un contratto di finanziamento con la Contraente;
  - abbiano un'età compresa tra **18 e 74 anni**;
- al termine del piano di rimborso del finanziamento, non abbiano ancora compiuto **75 anni**.

#### Non sono assicurabili:

- i portatori di invalidità riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico;
- i titolari di pensione di invalidità/inabilità o coloro che abbiano presentato domanda per ottenerla.
- le persone fisiche che, a seguito o per effetto della Normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o delle Misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale, siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" o siano sottoposte a divieti e/o misure restrittive.

### Art. 12 – Limitazioni valide per tutte le garanzie

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

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

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

## SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO – PACCHETTO A

### Art. 13 – Decesso per qualsiasi causa

#### 13.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del decesso, **eccetto arretrati ed interessi di mora**.

### 13.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 12, è escluso il suicidio dell'Assicurato accaduto nei 2 anni successivi alla data di adesione al Programma Assicurativo.

### 13.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di € 80.000,00.

## Art. 14 – Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia

### 14.1 – Oggetto della garanzia



L'Invalidità Permanente Totale corrisponde ad un'invalidità di grado pari o superiore al 60% e deve essere riconosciuta con certificazione medica rilasciata dall'INPS o da altro Ente previdenziale pubblico. 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 riconosciuta all'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'Invalidità Permanente Totale, **eccetto arretrati ed interessi di mora**.

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.

### 14.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 12, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

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

### 14.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di € 80.000,00.

## Art. 15 – Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo

### 15.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Perdita Involontaria di Impiego dell'Assicurato a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo - Legge n. 604/1966 art. 3 - la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una somma pari alle rate mensili del finanziamento, dovute dopo il periodo di Franchigia assoluta, che hanno scadenza nel periodo di inattività lavorativa documentato, **eccetto arretrati ed interessi di mora**.

La prestazione è corrisposta a condizione che:

- la Perdita Involontaria di Impiego non sia avvenuta nel periodo di Carenza;
- la Perdita Involontaria di Impiego abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta.



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 lavorativa 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.

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 garanzia verrà riattivata **fino a concorrenza della prestazione massima indicata all'art. 15.3, a condizione che:**

- sussistano i requisiti sopra indicati;
- sia nuovamente decorso il periodo di Franchigia assoluta calcolato a partire dalla data del nuovo licenziamento.

### 15.2 – Esclusioni

Sono esclusi dal Programma Assicurativo:

- i licenziamenti notificati prima della data di adesione al Programma Assicurativo e 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) oppure 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.

### 15.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 1.500,00 al mese per 12 mensilità consecutive per Sinistro e 36 mensilità complessive per Contratto**.

**i** Nessuna nuova prestazione è dovuta se l'Assicurato raggiunge l'età di quiescenza o l'età necessaria per l'erogazione della pensione anticipata (ex pensione di anzianità) oppure in caso di applicazione del regime di prepensionamento.

### 15.4 – Carenza

La prestazione viene corrisposta a condizione che il Sinistro non si verifichi nel periodo di Carenza pari a **90 giorni consecutivi** calcolati a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

### 15.5 – Franchigia

La prestazione viene corrisposta a condizione che la Perdita Involontaria di Impiego abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta pari a **60 giorni consecutivi** calcolati a partire dal primo giorno di interruzione del lavoro.



#### Esempio

L'esempio è formulato 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.

PERIODO DI INATTIVITÀ LAVORATIVA	SCADENZA RATA	INDENNIZZO
05/09/2023 - 20/10/2023	28 del mese	Nessuno il periodo di inabilità è inferiore alla franchigia
05/09/2023 - 31/12/2023	28 del mese	€ 200,00

### 15.6 – Variazione della condizione lavorativa

Qualora, in corso di Contratto, dovesse variare la condizione lavorativa dell'Assicurato (come da tabella che segue) la garanzia Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo cessa dalla medesima data e l'Assicurato, previa comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R corredata della documentazione attestante la nuova condizione lavorativa, potrà chiedere il rimborso della frazione di Premio residua e non goduta relativa alla garanzia Perdita Involontaria di Impiego, **al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio pari a € 20,00**.

**DA:**

**A:**

**DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO** con i seguenti requisiti:

- contratto di lavoro italiano a **tempo indeterminato**
- anzianità lavorativa di almeno **12 mesi consecutivi** presso lo stesso datore di lavoro
- non lavora presso il **coniuge**, un **parente** entro il 3° grado o un **affine** entro il 2° grado



**DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO** senza i requisiti a) o c)  
oppure  
**DIPENDENTE DEL SETTORE PUBBLICO**  
oppure  
**LAVORATORE AUTONOMO**  
oppure  
**LAVORATORE DOMESTICO**  
oppure  
**NON LAVORATORE**

La porzione di Premio da restituire sarà calcolata a partire dalla data di cessazione della garanzia Perdita Involontaria di Impiego, anche qualora la comunicazione alla Compagnia dovesse essere inviata in un momento successivo, purché sempre nel periodo di validità del Contratto.

**i** La Compagnia non procederà alla restituzione del Premio nel caso in cui abbia già liquidato un Sinistro relativo alla garanzia Perdita Involontaria di Impiego.

**Formula di calcolo per il rimborso del Premio garanzia Perdita Involontaria di Impiego:**

$$PR = \frac{P * (U - E) * DR}{(U - I) * DI} + \frac{C * (U - E)}{(U - I)} - 20$$

Dove:

PR = Premio garanzia Perdita Involontaria di Impiego rimborsato

P = Premio puro garanzia Perdita Involontaria di Impiego

C = Caricamenti garanzia Perdita Involontaria di Impiego

U = data termine Programma Assicurativo

E = data cessazione garanzia Perdita Involontaria di Impiego

I = data inizio Programma Assicurativo

DR = capitale residuo alla data di cessazione garanzia Perdita Involontaria di Impiego

DI = capitale iniziale

**Esempio**

Premio garanzia Perdita Involontaria di Impiego:	€ 700,00
Premio puro garanzia Perdita Involontaria di Impiego:	€ 200,00
Caricamenti garanzia Perdita Involontaria di Impiego	€ 500,00
Data termine Programma Assicurativo:	21/06/2025
Data cessazione garanzia Perdita Involontaria di Impiego:	04/03/2022
Data inizio Programma Assicurativo:	13/07/2020
Capitale residuo alla data di cessazione garanzia Perdita Involontaria di Impiego:	€ 5.706,00
Capitale iniziale:	€ 8.000,00
Spese amministrative:	€ 20,00
Premio Rimborsato:	€ 409,26

$$409,26 = \frac{200 * 1.205 * 5.706}{1.804 * 8.000} + \frac{500 * 1.205}{1.804} - 20$$

## SEZIONE IV – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO – PACCHETTO B

### Art. 16 – Decesso per qualsiasi causa

#### 16.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del decesso, **eccetto arretrati ed interessi di mora**.

#### 16.2 – Esclusioni

**In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 12, è escluso il suicidio dell'Assicurato accaduto nei 2 anni successivi alla data di adesione al Programma Assicurativo.**

#### 16.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 80.000,00**.

### Art. 17 – Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia

#### 17.1 – Oggetto della garanzia



L'Invalidità Permanente Totale corrisponde ad un'invalidità di grado pari o superiore al 60% e deve essere riconosciuta con certificazione medica rilasciata dall'INPS o da altro Ente previdenziale pubblico. 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 riconosciuta all'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'Invalidità Permanente Totale, **eccetto arretrati ed interessi di mora**.

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.

#### 17.2 – Esclusioni

**In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 12, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:**

- **Malattie mentali o disturbi psichici in genere;**
- **ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;**
- **gravidanza, puerperio e patologie correlate.**

#### 17.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 80.000,00**.

### Art. 18 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

#### 18.1 – Oggetto della garanzia



L'Inabilità Temporanea Totale corrisponde alla perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere:

- alla propria professione, in caso di lavoratore;
- ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti alla vita umana (nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi) in caso di non lavoratore.

In caso di Inabilità Temporanea Totale dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una somma pari alle rate di rimborso mensili del finanziamento dovute dopo il periodo di Franchigia assoluta, che hanno scadenza nel periodo di Inabilità Temporanea Totale documentato, **eccetto arretrati ed interessi di mora.**

La prestazione è corrisposta a condizione che:

- l'Inabilità Temporanea Totale sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.
- l'Inabilità Temporanea Totale abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta.

### 18.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 12, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

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

### 18.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 1.500,00 al mese per 12 mensilità consecutive per Sinistro o 36 mensilità complessive per Contratto.**

### 18.4 – Franchigia

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Inabilità Temporanea Totale abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta pari a **60 giorni consecutivi** calcolati a partire dal primo giorno di Inabilità Temporanea Totale.



#### Esempio

L'esempio è formulato con riferimento ad un finanziamento che preveda il pagamento di rate di rimborso mensili pari a € 100,00.

PERIODO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE	SCADENZA RATA	INDENNIZZO
12/09/2023 - 31/10/2023	15 del mese	Nessuno il periodo di inabilità è inferiore alla franchigia
12/09/2023 - 30/11/2023	15 del mese	€ 100,00

## Art. 19 – Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia

### 19.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una somma pari alle rate mensili del finanziamento dovute dopo il periodo di Franchigia assoluta, che hanno scadenza nel periodo di Ricovero Ospedaliero documentato, **eccetto arretrati ed interessi di mora.**

La prestazione è corrisposta a condizione che il Ricovero Ospedaliero abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta.

### 19.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 12, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

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

Sono inoltre esclusi 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.

### 19.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 1.500,00 al mese per 12 mensilità consecutive per Sinistro o 24 mensilità complessive per Contratto.**

### 19.4 – Franchigia

La prestazione viene corrisposta a condizione che il Ricovero Ospedaliero abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta pari a **3 giorni consecutivi** calcolati a partire dal primo giorno di Ricovero Ospedaliero.



#### Esempio

L'esempio è formulato con riferimento ad un finanziamento che preveda il pagamento di rate di rimborso mensili pari a € 100,00.

PERIODO DI RICOVERO OSPEDALIERO	SCADENZA RATA	INDENNIZZO
14/05/2023 - 16/05/2023	15 del mese	Nessuno il periodo di inabilità è inferiore alla franchigia
11/06/2023 - 18/06/2023	15 del mese	€ 100,00



## SEZIONE V – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

### Art. 20 – Denuncia di Sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dalla Compagnia, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet [www.metlife.it](http://www.metlife.it) nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet [www.sinistrimetlife.it](http://www.sinistrimetlife.it) o in alternativa telefonare al numero **06.492161**.

La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati di seguito. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. In caso di denuncia incompleta, la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. Resta inteso che la Compagnia potrà comunque richiedere ulteriore documentazione, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione in relazione alla storia e alla natura del Sinistro.

La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate.

### Art. 21 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

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

- Certificato di morte in originale o copia conforme all'originale
- Certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza in originale o copia conforme all'originale
- In caso di decesso a seguito di Malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia in copia conforme all'originale
- In caso di decesso a seguito di Infortunio, verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento in copia conforme all'originale

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

- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Certificato autoptico
- Accertamento dell'inabilità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico

#### **Inabilità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia**

- Accertamento dell'inabilità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico in copia conforme all'originale
- In caso di inabilità a seguito di Malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia in copia conforme all'originale
- In caso di inabilità a seguito di Infortunio, verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento in copia conforme all'originale

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

- Verbale redatto dalle autorità intervenute

#### **Perdita involontaria d'impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo**

- Lettera di licenziamento in originale o copia conforme all'originale
- Ultime due buste paga
- Certificazione attestante il totale delle ore lavorative effettuate settimanalmente
- Scheda anagrafico-professionale o modello C/2 storico rilasciato dal centro per l'impiego attestante il periodo di disoccupazione

#### **Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia**

- Certificazione medica attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale in originale o copia conforme all'originale
- In caso di inabilità a seguito di Infortunio sul lavoro, certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale in originale o copia conforme all'originale
- Per i lavoratori dipendenti, dichiarazione del datore di lavoro attestante l'inizio e la fine dell'inabilità lavorativa in originale
- Per i lavoratori autonomi, certificato della Camera di Commercio relativo all'attività lavorativa

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

- Cartella clinica relativa al ricovero
- Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Eventuale ulteriore documentazione medico-ospedaliera attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale

#### **Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia**

- Cartella clinica relativa al ricovero in copia conforme all'originale

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

### Art. 22 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro

I criteri per la determinazione dell'Indennizzo sono indicati nelle Sezioni III e IV - agli articoli denominati "Oggetto della garanzia" - per ciascuna garanzia offerta.

In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. Resta inteso che qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovasse 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.

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

## SEZIONE VI – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI

### Art. 23 – 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, 6 - 00161 Roma oppure, attraverso il sito web, all'indirizzo [www.metlife.it](http://www.metlife.it) cliccando su "Assistenza Clienti". La Compagnia si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

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

### Art. 24 – Reclami

#### 24.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni

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

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

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

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

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

Ove il reclamo dovesse pervenire all'Intermediario, lo stesso, dandone contestuale notizia al reclamante, lo trasmetterà tempestivamente alla Compagnia affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il predetto termine.

#### 24.2 – Reclami all'Intermediario

I reclami relativi al comportamento dell'Intermediario, dei suoi dipendenti o collaboratori dovranno essere indirizzati per iscritto 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.

#### 24.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

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

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

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

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

In ogni caso, resta salva la facoltà di proporre il reclamo nei confronti dell'Autorità di Vigilanza dello Stato membro di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c. 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](http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET).

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

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

## INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Cliente,

Siamo **MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia** 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.

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

Desideriamo informarla che, al fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti, nonché per verificare la qualità dei servizi resi, MetLife ha bisogno di trattare i soli dati personali che la riguardano necessari per stipulare ed eseguire il contratto (es. nome, recapiti, incluso e-mail e numeri telefonici, età, data di nascita, sesso, occupazione, etc.) che possono essere acquisiti:

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

Tenuto conto che nella stipula e gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe fornire dati di terzi il cui trattamento è strumentale alla gestione del rapporto assicurativo (ad es. per la designazione beneficiaria o del referente terzo, per l'estensione della copertura ad altri soggetti, quali il nucleo familiare, testimoni, etc.) le precisiamo che è suo onere, fornire la presente informativa ai terzi suddetti, acquisendo il consenso ove necessario. Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente Informativa Privacy.

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

Il conferimento dei suoi dati è pertanto necessario per il perseguimento delle predette finalità e, in alcuni casi, obbligatorio a livello normativo (es. per l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa anti-riciclaggio o per effettuare le verifiche di coerenza del prodotto assicurativo offerto ai suoi bisogni assicurativi). Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirle correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi richiesti, né di contattarla per esigenze legate alla gestione del contratto.

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

### Quali sono i suoi diritti?

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

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

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

**Il diritto alla cancellazione** dei suoi dati personali laddove non ci sia per noi una ragione valida per continuarli (c.d. "diritto all'oblio"). Non si tratta di un diritto assoluto alla cancellazione. Potremmo avere il diritto o l'obbligo di conservare alcune informazioni, ad esempio nel caso in cui ciò sia necessario per adempiere ad un obbligo legale - incluso il mantenimento della copertura assicurativa per il tempo contrattualmente previsto - o qualora vi sia un altro valido motivo giuridico per conservarle.

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

**Il diritto alla portabilità dei dati.** Ha il diritto di ottenere copia di alcuni dei suoi dati personali che 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).

**Dritti relativi al processo decisionale automatizzato, inclusa la profilazione.** Utilizziamo tecnologie per costruire i profili della nostra clientela per offrire i prodotti coerenti alle esigenze assicurative oppure per accettare o respingere in maniera automatizzata richieste di adesione basate su fattori predeterminati (es. età, stato di salute, abitudine al fumo, capitale assicurato, etc.) e determinare il giusto premio da applicare o la durata della copertura. Ciò implica che dal profilo di rischio riscontrato, potrebbe essere considerato non eleggibile a determinate coperture. In altre circostanze, la sua copertura potrebbe essere interrotta (ad es. per il raggiungimento dei limiti di età o per mancato pagamento del premio entro i limiti consentiti). L'utilizzo di processi decisionali automatizzati per tali finalità è necessario ai fini della conclusione e della gestione dei nostri contratti di polizza, riduce gli errori e aumenta il livello di servizio. Se dovesse ritenere che la nostra tecnologia abbia commesso degli errori, può contattare il nostro Responsabile Privacy per richiedere una verifica scrivendo a [info.privacy@metlife.it](mailto:info.privacy@metlife.it).

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

### Come contattarci o chiedere aiuto

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

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

### Come possiamo contattarla

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

### Come proteggiamo i suoi dati personali

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

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

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

### Comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e sondaggi

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

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

### A chi possono essere comunicati i suoi dati

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

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

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

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

### Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

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

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

### Per quali finalità di trattamento potremmo chiederle il consenso

**Consenso al trattamento di particolari categorie di dati personali** (ad es., informazioni attestanti il suo stato di salute e riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche): per consentirci di svolgere le verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es. liquidazione di un eventuale sinistro) potremmo aver bisogno di trattare i suoi dati personali e sanitari che ci ha fornito o richiederle in futuro di fornirceli. La raccolta dei suoi dati sanitari ai fini dell'assunzione medica può avvenire anche telefonicamente sul numero di contatto eventualmente fornito al momento dell'adesione. Ciò potrebbe includere la necessità di (i) condividere tali dati con medici od altri consulenti professionali che ci assistono nell'emissione della polizza o nell'assunzione medica o nel gestire una sua richiesta, reclamo o sinistro o nell'amministrazione della polizza (ii) trasferirli verso paesi non appartenenti alla UE ove l'esecuzione del contratto dovesse richiederlo.

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

**Consenso a sottoporre i suoi dati a profilazione per finalità commerciali:** vorremmo poter utilizzare i suoi dati personali in nostro possesso per individuare i suoi specifici interessi sulla base di una preventiva attività di profilazione, Per profilazione s'intende qualsiasi forma di trattamento

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

Per **revocare il consenso reso** può contattarci ai recapiti forniti nella sezione "[Come contattarci o chiedere aiuto](#)". Ricordiamo tuttavia che **la revoca del consenso non pregiudica la liceità dei trattamenti effettuati prima della sua revoca**.

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

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



**MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO**

Polizza Creditor Protection Insurance – Convenzione assicurativa n. CL/23/301  
stipulata da ViViBanca 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

Questo documento è stato realizzato in data 02/10/2023 ed è l'ultimo disponibile

**DATI DEL FINANZIAMENTO**

Numero Pratica:	Durata (in mesi):
Capitale Finanziato: €	Rata di Rimborso: €

**DATI DELL'ASSICURATO**

Nome:	Cognome:	
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale:	Persona Politicamente Esposta: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Indirizzo di Residenza:		
Indirizzo di Domicilio (se diverso da Residenza):		
Recapito Telefonico:	Indirizzo E-mail:	
Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente	Numero:	
Data di Rilascio:	Data di Scadenza:	
Comune (o Stato estero) di Rilascio:	Ente di Rilascio:	

**INFORMATIVA RELATIVA ALLE GARANZIE E AI COSTI DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO****GARANZIE**

Il Programma Assicurativo prevede uno dei seguenti Pacchetti di Garanzie a scelta dell'Assicurato:

*Riservato ai lavoratori dipendenti privati con contratto italiano a tempo indeterminato e anzianità di almeno 12 mesi consecutivi 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.*

**PACCHETTO A**      ✓ **DECESSO** per qualsiasi causa  
                          ✓ **INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE** di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia  
                          ✓ **PERDITA INVOLONTARIA DI IMPIEGO** a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo

*Per tutti gli Assicurati.*

**PACCHETTO B**      ✓ **DECESSO** per qualsiasi causa  
                          ✓ **INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE** di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia  
                          ✓ **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE** a seguito di Infortunio o Malattia  
                          ✓ **RICOVERO OSPEDALIERO** a seguito di Infortunio o Malattia

**Pacchetto di Garanzie selezionato dall'Assicurato:**     A     B

**COSTI**

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.

Premio unico (commissioni incluse): €                      Di cui imposte: €                      Commissioni percepite dagli intermediari: €

Spese amministrative per il rimborso del Premio:

€ 40,00 in caso di estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento;

€ 20,00 in caso di cessazione della garanzia Perdita Involontaria di Impiego.

**AVVERTENZE**

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione.
- Prima della sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo, l'Assicurato verifica l'esattezza delle dichiarazioni in esso contenute, con particolare attenzione a quelle riportate nel Questionario Anamnestico.
- L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- L'Assicurato ha la possibilità di accedere all'area riservata MyMetLife, disponibile sul sito web della Compagnia [www.metlife.it](http://www.metlife.it), nella quale visualizzare le informazioni e le comunicazioni periodiche relative alla propria polizza.
- La Compagnia, qualora si trovi nell'impossibilità di effettuare l'adeguata verifica della clientela, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare o proseguire il rapporto e le operazioni, valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF e, in caso di liquidazione della prestazione, se richiederne la sospensione. Nel caso in cui l'impossibilità riguardi rapporti continuativi in essere, la Compagnia si astiene dall'effettuare modifiche contrattuali, nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.



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

Dichiaro di:

- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle mie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del contratto di assicurazione con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione (art. 58 Reg. Ivass n. 40/2018);
- aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo (art. 56 Reg. Ivass n. 40/2018);

 ✖ **Data (gg/mm/aa)**
**Firma (leggibile)**
**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiaro di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Rappresentanza Generale di **MetLife Europe d.a.c.** e **MetLife Europe Insurance d.a.c.** in qualità di Titolari del trattamento - come indicato nell'**Informativa privacy** allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabili su [www.metlife.it](http://www.metlife.it), nella sezione dedicata alla privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei miei dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisco eventualmente i dati, **acconsento al trattamento di categorie particolari di dati personali** per l'emissione e gestione del contratto.

 ✖ **Data (gg/mm/aa)**
**Firma (leggibile)**
**ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO**

Presa visione dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo, dichiaro di:

- aderire al Programma Assicurativo acquistando il Pacchetto di Garanzie indicato nella sezione "*Informativa relativa alle garanzie e ai costi del Programma Assicurativo*" del presente modulo;
- essere a conoscenza che posso acquistare il Pacchetto di Garanzie A se:
  - sono un dipendente privato con contratto di lavoro italiano a tempo indeterminato e con anzianità lavorativa di almeno 12 mesi consecutivi presso lo stesso datore di lavoro;
  - non esercito la mia professione lavorativa presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado;
  - non ho 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;
- essere a conoscenza che la Polizza è **connessa al finanziamento** e che rimane in vigore per tutta la durata del medesimo; di conseguenza, in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la Polizza cessa, salvo mia diversa richiesta;
- essere a conoscenza che la Polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il finanziamento;
- prendere atto che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia in corso di contratto potranno essere effettuate via e-mail, attraverso il sito internet [www.metlife.it](http://www.metlife.it) o, se disponibile, nella mia area riservata, come da scelta effettuata da ViViBanca S.p.A. nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco (art. 4 Regolamento Ivass n. 41/2018).

 ✖ **Data (gg/mm/aa)**
**Firma (leggibile)**

Dichiaro di approvare specificamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 c.c. i seguenti articoli delle Condizioni di assicurazione: Art. 2.2 – Decorrenza e durata del Programma Assicurativo; Art. 2.4 – Estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento; Art. 2.5 – Recesso; Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie; Art. 11 – Persone assicurabili; Artt. 13.2, 14.2, 15.2, 16.2, 17.2, 18.2 e 19.2 – Esclusioni; Artt. 13.3, 14.3, 15.3, 16.3, 17.3, 18.3 e 19.3 – Prestazione massima; Art. 15.4 – Carenza; Artt. 15.5, 18.4 e 19.4 – Franchigia; Art. 20 – Denuncia di Sinistro; Art. 21 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro.

 ✖ **Data (gg/mm/aa)**
**Firma (leggibile)**

Dichiaro di:

- non essere portatore di invalidità riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico;
- non essere titolare di pensione di invalidità/inabilità e di non aver presentato domanda per ottenerla.

 ✖ **Data (gg/mm/aa)**
**Firma (leggibile)**
**DESIGNAZIONE DI BENEFICIARIO – FACOLTATIVA**

L'Assicurato designa il seguente beneficiario in caso di decesso. In assenza di designazione del beneficiario, l'Indennizzo sarà corrisposto agli eredi testamentari dell'Assicurato o, in assenza di testamento, ai suoi eredi legittimi, così come indicato nelle Condizioni di assicurazione.

 ▪ **Beneficiario 1**

Nome:	Cognome:		
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:		
Codice Fiscale:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Quota %:	
Indirizzo di Residenza:			
Recapito Telefonico:	Indirizzo E-mail:		

 Altri dati utili per l'identificazione del Beneficiario (es. *grado di parentela, rapporto con l'Assicurato, ecc.*):

 ▪ **Beneficiario 2**

Nome:	Cognome:		
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:		
Codice Fiscale:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Quota %:	
Indirizzo di Residenza:			
Recapito Telefonico:	Indirizzo E-mail:		

 Altri dati utili per l'identificazione del Beneficiario (es. *grado di parentela, rapporto con l'Assicurato, ecc.*):

L'Assicurato:

- dichiara di voler escludere l'**invio di comunicazioni** al beneficiario, qualora indicato in forma nominativa, prima dell'evento (*barrando questa casella la Compagnia contatterà il beneficiario indicato in forma nominativa solo in caso di decesso dell'Assicurato*)
- identifica, per esigenze di riservatezza, un **referente terzo** diverso dal beneficiario che la Compagnia potrà contattare in caso di decesso dell'Assicurato

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

\* **Data (gg/mm/aa)** \_\_\_\_\_ **Firma (leggibile)** \_\_\_\_\_

#### AVVERTENZE

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

#### ASSUNZIONE DEL RISCHIO – CAPITALE FINANZIATO SUPERIORE A € 30.000,00 E FINO A € 80.000,00

Si richiede la compilazione e sottoscrizione del **Questionario Anamnestico** riportato di seguito. 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 <b>3 anni</b> ha interrotto la sua attività lavorativa per più di <b>1 mese</b> 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 <b>3 anni</b> ha subito ricoveri per più di <b>3 giorni</b> 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 <b>1 mese</b> ad una terapia medica (farmacologica e non) di durata continuativa (ad eccezione di anticoncezionali, antistaminici, 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 <b>5 anni</b> 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 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, dati e notizie che riconosco quali elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia.

\* **Data (gg/mm/aa)** \_\_\_\_\_ **Firma (leggibile)** \_\_\_\_\_

**MODULO DI DESIGNAZIONE BENEFICIARI**

Convenzione assicurativa n.: \_\_\_\_\_ Pratica n.: \_\_\_\_\_

**Dati dell'Aderente/Assicurato**

Nome:	Cognome:	Cod.Fisc.:
Indirizzo di Residenza:		
Telefono:	E-mail:	

**Il sottoscritto, come sopra identificato, designa i seguenti beneficiari in caso di decesso:**  
(per ciascun beneficiario indicare la quota percentuale; il totale delle quote di tutti i beneficiari deve essere uguale a 100)

## Beneficiario n. 1

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		
Codice Fiscale / Partita Iva:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:

## Beneficiario n. 2

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		
Codice Fiscale / Partita Iva:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:

## Beneficiario n. 3

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		
Codice Fiscale / Partita Iva:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:

## Beneficiario n. 4

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		
Codice Fiscale / Partita Iva:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:

Il sottoscritto dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prima dell'evento.  
(barrando questa casella la Compagnia contatterà i beneficiari solo in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato)

**AVVERTENZE**

- Qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovasse nell'impossibilità di identificare il beneficiario, le somme dovute andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005.
- La modifica o revoca del beneficiario deve essere comunicata tempestivamente dall'Aderente/Assicurato alla Compagnia.
- Nel caso in cui l'Aderente/Assicurato intenda designare più di 4 beneficiari potrà utilizzare 2 o più Moduli di designazione beneficiari.

Per specifiche esigenze di riservatezza, il sottoscritto identifica un **referente terzo** a cui la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'assicurato:

Nome e Cognome:	Codice Fiscale:
Telefono:	E-mail:

\* **Data (gg/mm/aa)****Firma (leggibile)**