

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Contratto di assicurazione Vita.

Convenzione assicurativa n. CL/16/960 stipulata da IBL Banca S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia per l'assicurazione del rischio caso morte.

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) Nota informativa;**
- b) Condizioni di assicurazione, comprensive dell'informativa sul trattamento dei dati personali;**
- c) Glossario;**
- d) Modulo relativo alle dichiarazioni rese dall'Assicurato;**

deve essere consegnato alla Contraente ed all'Assicurato prima della sottoscrizione, rispettivamente, della Convenzione assicurativa e del Modulo relativo alle dichiarazioni rese dall'Assicurato.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

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

A) NOTA INFORMATIVA

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **19/07/2016.**

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

La Contraente e l'Assicurato debbono prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione, rispettivamente, della Convenzione assicurativa e del Modulo relativo alle dichiarazioni rese dall'Assicurato.

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI E REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

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

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2015 è pari a € 710.467.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari ad € 4.152.000,00 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 4.152.000 emesse, e altre riserve pari a € 706.315.000,00. L'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c., ossia il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 193%.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata del contratto di assicurazione corrisponde alla durata del piano di rimborso del Finanziamento, **con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 120 mesi.**

Il contratto di assicurazione prevede la prestazione assicurativa decesso per qualsiasi causa. Si rinvia all'art. 7 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle disposizioni contenenti limitazioni, Esclusioni, massimali e limiti massimi di Età assicurabile applicabili alla garanzia assicurativa e si rinvia agli artt. 1, 3, 4, 7, 8 e 9 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze relative alla compilazione del questionario medico, contenute nel Modulo relativo alle dichiarazioni rese dall'Assicurato.

4. Premi

Il Premio è determinato in relazione alla garanzia prestata, alla sua durata ed ammontare, all'Età dell'Assicurato ed al suo stato di salute.

Il Premio è unico ed è posto interamente a carico della Contraente. Il Premio viene versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.

Non è prevista la possibilità di frazionare il Premio.

Il Premio e le somme assicurate non sono soggette ad adeguamento.

Si informa l'Assicurato che:

- la Contraente non percepisce alcuna remunerazione;
- in caso di estinzione anticipata del Finanziamento, la copertura assicurativa cessa e la Compagnia restituirà alla Contraente la porzione di Premio relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata del Finanziamento e la sua scadenza originaria, al netto delle spese sostenute per il rimborso del Premio pari a € 40.00.

Si rinvia all'art. 9 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI E REGIME FISCALE

5. Costi gravanti sul Premio

Costo complessivo per emissione, gestione e acquisizione del Contratto	12,00% del Premio netto imposte.
Spese accessorie	€ 50,00.

6. Regime fiscale

Al presente contratto di assicurazione si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR). I premi per le garanzie del ramo vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

7. Modalità di perfezionamento del Contratto

Si rinvia agli artt. 3 e 4 delle condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto di assicurazione e la Decorrenza della copertura assicurativa.

8. Diritto di recesso

La Contraente ha diritto di recedere dal Contratto, **a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Compagnia, entro 30 giorni dalla data di perfezionamento del Contratto.** In tal caso la Compagnia restituirà alla Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte di legge. La Contraente non ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo se il Finanziamento è stato già erogato.

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

In caso di Sinistro, per consentire la liquidazione della prestazione assicurata, **il Beneficiario deve fornire alla Compagnia la documentazione indicata all'art. 10 delle condizioni di assicurazione.**

In caso di Sinistro indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa.

Ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Qualora i beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti, entro il suddetto termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

10. Legge applicabile al Contratto

Al contratto di assicurazione si applica la legge italiana.

11. Lingua in cui è redatto il Contratto

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

12. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a mezzo posta, telefax o email alla funzione Ufficio Reclami della Compagnia, incaricata del loro esame, ai recapiti qui di seguito indicati: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Reclami, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, [Indirizzo e-mail reclami@metlife.it](mailto:Indirizzo_e-mail_reclami@metlife.it).

La Compagnia gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, nei seguenti casi:

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Compagnia non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, 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 rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma, secondo le modalità di seguito indicate e corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia.

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

- nome, cognome e domicilio del reclamante;
- soggetto o soggetti di cui si lamenta l'operato;
- descrizione dei motivi della lamentela ed eventuale documentazione a sostegno della stessa.

Resta comunque salva la facoltà di ricorrere all'istituto della mediazione, come disciplinato dalla Legge n. 98/2013 e di adire l'Autorità Giudiziaria.

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

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

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

13. Conflitto di interessi

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

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

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



B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **19/07/2016**.

Premesso che:

- la Contraente concede, in conto proprio o quale mandatario di terzi, prestiti personali rimborsabili mediante cessione di quote di pensione disciplinati dalla Legge 180 e successive modifiche e integrazioni;
- la Compagnia intende obbligarsi, alle condizioni sotto riportate, a prestare la copertura assicurativa per il rischio di decesso dell'Assicurato avvenuto nel corso del periodo di ammortamento del prestito personale;

la Contraente e la Compagnia stipulano la seguente polizza collettiva temporanea caso morte a Premio unico anticipato e capitale decrescente, abbinata all'erogazione di prestiti personali rimborsabili mediante cessione di quote di pensione.

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto, che abbia prestato il consenso alla stipula ai sensi dell'art. 1919 c.c.

Beneficiario: la Contraente.

Certificato di assicurazione: il documento che prova l'assicurazione.

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

Contraente: IBL Banca S.p.A. con Sede Legale e Direzione Generale in Via di Campo Marzio n. 46, 00186 Roma.

Contratto: il contratto di assicurazione stipulato dalla Contraente con la Compagnia.

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

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

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

Età: corrisponde all'età assicurativa dell'Assicurato determinata in anni interi, cioè pari al numero di anni compiuti, maggiorato di uno qualora, alla data di sottoscrizione del Modulo relativo alle dichiarazioni rese dall'Assicurato, l'ultimo compleanno sia trascorso da almeno 6 mesi (esempio: se l'Assicurato ha compiuto 30 anni il 1° marzo 2015, la sua età assicurativa al 1° settembre 2015 sarà già 31 anni).

Finanziamento: prestito personale rimborsabile mediante cessione di quote di pensione.

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.

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

Legge 180: il D.P.R. del 5/1/1950 n. 180 ed il relativo Regolamento di esecuzione approvato con D.P.R. del 28/7/1950 n. 895, integrati dalle successive disposizioni legislative e regolamentari in materia.

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

Montante: la somma delle rate di ammortamento del finanziamento, al lordo degli interessi.

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

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

Programma Assicurativo: la garanzia offerta dalla Compagnia.

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

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

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

L'assicurazione può essere abbinata ai finanziamenti che presentano le seguenti caratteristiche:

- **durata minima: 24 mesi;**
- **durata massima: 120 mesi;**
- **Montante massimo: € 100.000,00.**

ART. 2 – GARANZIE

Il Programma Assicurativo offerto dalla Compagnia prevede la garanzia decesso per qualsiasi causa. La garanzia è valida senza limiti territoriali.

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

3.1 – Persone assicurabili

È assicurabile l'intestatario del Finanziamento sottoscritto con la Contraente, a condizione che:

- al momento dell'inclusione in copertura:
 - **sia residente nel territorio della Repubblica Italiana;**
 - **sia munito di codice fiscale italiano;**
 - **abbia un'Età assicurativa compresa tra 45 e 83 anni;**
 - **sia titolare di un trattamento di natura previdenziale riconosciuto dalla normativa vigente come cedibile, ad eccezione della pensione e dell'assegno di invalidità per infortunio o malattia, ed abbia ricevuto dall'ente previdenziale la comunicazione di cedibilità della pensione;**
 - **abbia espletato le formalità di assunzione del rischio di seguito indicate;**
- al termine del piano di rimborso del Finanziamento, **abbia un Età assicurativa inferiore o pari a 85 anni.**

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

Le formalità di assunzione del rischio e le modalità di perfezionamento del Contratto variano in base all'importo del Montante e sono le seguenti:

- **Importo del Montante fino a € 40.000,00:** si richiede la sottoscrizione della Dichiarazione di Buona Salute riportata nel Modulo relativo alle dichiarazioni rese dall'Assicurato; il Contratto si perfeziona con l'emissione del Certificato di assicurazione da parte della Compagnia.

Informazione importante

Per coloro che non possono sottoscrivere la dichiarazione di buona salute (a titolo esemplificativo ma non esaustivo, perché non sono in buone condizioni di salute, perché percepiscono pensione o assegno di invalidità per infortunio o malattia, ecc.) la Compagnia si rende disponibile a valutare l'assumibilità del rischio sulla base di quanto previsto al punto seguente (Importo del Montante superiore a € 40.000,00 e fino a € 100.000,00).

- **Importo del Montante superiore a € 40.000,00 e fino a € 100.000,00:** si richiede la sottoscrizione con il medico del Rapporto Medico allegato al Modulo relativo alle dichiarazioni rese dall'Assicurato; il Contratto si perfeziona nel momento in cui la Compagnia, ricevuto il Rapporto Medico, emetta il relativo Certificato di assicurazione. Laddove la Compagnia richieda ulteriore documentazione medica e/o accertamenti sanitari, il Contratto si perfeziona nel momento in cui la Compagnia, ricevuta la documentazione medica supplementare e/o gli accertamenti sanitari richiesti, emetta il relativo Certificato di assicurazione. Resta ferma la possibilità per la Compagnia di applicare un sovrappremio.

Informazione importante

Qualora l'Assicurato, tramite la Contraente, abbia già assicurato uno o più finanziamenti con la Compagnia, ai fini dell'individuazione della corretta formalità di assunzione del rischio da espletare, occorrerà sommare l'eventuale capitale residuo già assicurato con il nuovo importo da assicurare.

3.3 – Dichiarazioni inesatte e reticenze

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

ART. 4 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa decorre dalle ore 00.00 del giorno di erogazione del Finanziamento (anche parziale in caso di consolidamento del debito) e rimane in vigore per la durata del piano di rimborso del Finanziamento stabilita in fase di sottoscrizione del contratto di Finanziamento stesso - **con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 120 mesi - a condizione che il Premio risulti pagato.**

Nel caso in cui si dovessero verificare eventi sospensivi o ritardi nell'attivazione della trattenuta da parte dell'Ente Pensionistico, oppure riduzioni del quinto della pensione per cause indipendenti dalla volontà della Contraente o dell'Assicurato, che producano un allungamento del piano di rimborso del Finanziamento stabilito in fase di sottoscrizione del contratto di Finanziamento stesso, la durata del Programma Assicurativo viene estesa e copre il predetto allungamento, **fino ad un massimo di 18 rate mensili.**

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato;
- b) al pagamento della prestazione assicurata;
- c) in caso di estinzione anticipata del Finanziamento;
- d) in caso di esercizio del diritto di recesso.

Nei casi a) e b) la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio. Nei casi c) e d) la Compagnia procederà alla restituzione del Premio nei termini specificati agli artt. 5 e 6.

ART. 5 – ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata del Finanziamento, la copertura assicurativa cessa e la Compagnia restituirà alla Contraente la porzione di Premio relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata del Finanziamento e la sua scadenza originaria, al netto delle spese sostenute per il rimborso del Premio pari a € 40.00.

La porzione di Premio da restituire è calcolata: per il Premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo; per i caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.

Informazione importante

In caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento, la copertura assicurativa rimane in vigore sulla base del piano di rimborso del Finanziamento ricalcolato e la Compagnia restituirà alla Contraente la porzione di Premio relativa al capitale parzialmente estinto, al netto delle spese sostenute per il rimborso del Premio pari a € 40.00.

ART. 6 – RECESSO

La Contraente ha diritto di recedere dal Contratto, **a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Compagnia, entro 30 giorni dalla data di perfezionamento del Contratto.** In tal caso la Compagnia restituirà alla Contraente il Premio

eventualmente già pagato, al netto delle imposte di legge. La Contraente non ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo se il Finanziamento è stato già erogato.

ART. 7 – PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato, salvo i casi di esclusione specificati all'art. 8, la Compagnia rimborsa al Beneficiario una somma pari alle rate residue del Finanziamento alla data del decesso, attualizzate al tasso di interesse annuo nominale applicato al contratto di Finanziamento. Si precisa che, in caso di accodamento, tale somma include anche la quota interessi relativa alle sole rate accodate. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dall'ambito della prestazione pagabile.

ART. 8 – LIMITAZIONI

Esclusioni

La copertura assicurativa è esclusa in caso di falsificazione dolosa e accertata da parte della Contraente dei documenti da presentare in caso di sinistro; partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi; suicidio dell'Assicurato accaduto entro i 2 anni successivi alla data di inclusione in copertura.

Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per Assicurato, indipendentemente dal numero dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di € 100.000,00.

Informazione importante

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

ART. 9 – PREMIO ASSICURATIVO

Il Premio è unico ed è posto interamente a carico della Contraente. Il Premio viene versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.

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

La totalità del Premio viene utilizzata dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, i premi rimarranno totalmente acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

ART. 10 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

10.1 – Formalità da espletare

In caso di decesso dell'Assicurato, la Contraente dovrà darne tempestivo avviso alla Compagnia ed effettuare regolare denuncia per iscritto, corredando l'istanza di pagamento della prestazione assicurata di:

- copia del contratto di Finanziamento sottoscritto dall'Assicurato, comprensivo del piano di ammortamento originario;
- in caso di allungamento del piano di rimborso del Finanziamento, copia del piano di ammortamento ricalcolato del Finanziamento o estratto conto dei versamenti o altra documentazione comprovante l'allungamento;
- originale o copia conforme all'originale del certificato di morte dell'Assicurato;
- copia del Modulo relativo alle dichiarazioni rese dall'Assicurato.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei documenti sopra indicati.

Ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Qualora i beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti, entro il suddetto termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

10.2 – Pagamento della prestazione assicurata – Azione di regresso

In caso di Sinistro indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia provvede al pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione sopra indicata, salvo il caso in cui, dovesse accertare che il rischio assicurato rientra nei casi di esclusione, oppure che l'Assicurato abbia reso dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia.

La Compagnia, dopo aver effettuato il pagamento al Beneficiario, si riserva in ogni caso il diritto di:

- agire in regresso verso la Contraente, entro un anno dalla data del sinistro, per il recupero dell'indennizzo pagato, nonché dei relativi interessi e spese, in caso di falsificazione dolosa e accertata da parte della Contraente dei documenti da presentare in caso di sinistro;
- agire in regresso verso gli eredi dell'Assicurato per il recupero dell'Indennizzo pagato, nonché dei relativi interessi e spese, in caso di partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, suicidio dell'Assicurato accaduto entro i 2 anni successivi alla data di inclusione in copertura, dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti dell'Assicurato.

ART. 11 – RECLAMI

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

seguito indicati: **MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Reclami, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, [Indirizzo e-mail reclami@metlife.it](mailto:Indirizzo_e-mail_reclami@metlife.it).**

La Compagnia gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, nei seguenti casi:

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Compagnia non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, 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 rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma, secondo le modalità di seguito indicate e corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia.

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

- nome, cognome e domicilio del reclamante;
- soggetto o soggetti di cui si lamenta l'operato;
- descrizione dei motivi della lamentela ed eventuale documentazione a sostegno della stessa.

Resta comunque salva la facoltà di ricorrere all'istituto della mediazione, come disciplinato dalla Legge n. 98/2013 e di adire l'Autorità Giudiziaria.

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

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

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

ART. 12 – RICHIESTA DI INFORMAZIONI

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

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

ART. 13 – LEGGE APPLICABILE

Al Contratto si applica la legge italiana.

ART. 14 – FORO COMPETENTE E PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE

Per le controversie relative al Contratto sorte tra la Compagnia e l'Assicurato è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato; per le controversie relative al Contratto sorte tra la Compagnia e la Contraente è competente l'autorità giudiziaria del luogo dove ha sede il convenuto. Prima di adire l'autorità giudiziaria è tuttavia necessario ricorrere al tentativo obbligatorio di mediazione ai sensi della Legge n. 98/2013, salvo eventuali modifiche successive. La domanda di mediazione viene presentata tramite deposito di apposita istanza presso un organismo di mediazione accreditato presso il Ministero di Grazia e Giustizia, nel luogo del giudice competente per territorio.

ART. 15 – VALUTA

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

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

- 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.

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

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

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

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

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

Il conferimento dei suoi dati è pertanto necessario per il perseguimento delle predette finalità e, in alcuni casi, obbligatorio a livello normativo (es. per l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa antiriciclaggio o per effettuare le verifiche di adeguatezza del prodotto assicurativo offerto). Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirle correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi richiesti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C) GLOSSARIO

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **19/07/2016**.

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

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

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

Assicuratore: vedi "Compagnia".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Decorrenza della garanzia: momento in cui le garanzie divengono operanti, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

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

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

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

Fascicolo informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare alla contraente ed all'assicurato, composto da: Nota informativa, Condizioni di assicurazione, Glossario e Modulo relativo alle dichiarazioni rese dall'assicurato.

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

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

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

Impresa: vedi "Compagnia".

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

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

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

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

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

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

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

Massimale: somma massima garantita dalla compagnia al beneficiario.

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

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

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

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

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

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

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

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

Premio unico: importo da corrispondere in soluzione unica alla compagnia al momento della conclusione del contratto.

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

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

Programma Assicurativo: insieme delle garanzie assicurative offerte dalla compagnia.

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

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

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

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

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

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

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

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

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

D) MODULO RELATIVO ALLE DICHIARAZIONI RESE DALL'ASSICURATO

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **19/07/2016.**

MODULO RELATIVO ALLE DICHIARAZIONI RESE DALL'ASSICURATO

Convenzione assicurativa n. CL/16/960 stipulata da IBL BANCA SPA con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

FINANZIAMENTO

Numero di Contratto:	Importo del Montante:
Durata di Rimborso (in mesi):	Importo della Rata di Rimborso:

ASSICURATO

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

DICHIARAZIONI ASSICURATO

Avvertenze: (a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione; (b) prima della sottoscrizione della dichiarazione di buona salute o del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella dichiarazione di buona salute o nel questionario; (c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico; (d) qualora l'Assicurato, tramite la Contraente, abbia già assicurato uno o più finanziamenti con la Compagnia, ai fini dell'individuazione della corretta formalità di assunzione del rischio da espletare, occorrerà sommare l'eventuale capitale residuo già assicurato con il nuovo importo da assicurare.

Consegna della documentazione

Dichiaro di aver ricevuto copia dei seguenti documenti che compongono il Fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo, ai sensi dell'art. 4 comma 7 del Regolamento Ivass n. 35/2010: a) Nota informativa; b) Condizioni di assicurazione, comprensive dell'informativa sul trattamento dei dati personali; c) Glossario; d) Modulo relativo alle dichiarazioni rese dall'Assicurato.

► **Data (gg/mm/aa)** _____ **Firma Assicurato (leggibile)** _____

Consenso al trattamento dei dati

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

► **Data (gg/mm/aa)** _____ **Firma Assicurato (leggibile)** _____

Consenso alla stipula dell'assicurazione e assunzione del rischio (importo del Montante fino a € 40.000,00)

Preso visione del fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo, dichiaro di: (a) consentire la stipula dell'assicurazione sulla mia vita da parte della Contraente ai sensi dell'art. 1919 c.c.; (b) rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle condizioni di assicurazione relative al prodotto assicurativo; (c) essere in buono stato di salute; non essere stato ricoverato in istituto di cura negli ultimi 5 anni (salvo che per conseguenze traumatiche di lesione degli arti, appendicectomia, ernia inguinale, varicocele, adenotonsillectomia, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, alluce valgo, meniscectomia, chirurgia estetica, parto); non essere in attesa di ricovero; non essere sottoposto a terapia continuativa e non avere malattie in atto, escluse quelle stagionali; non soffrire e non aver sofferto di tumori, ipertensione cronica, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, diabete, malattie renali o genitourinarie croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o neurologiche o croniche dell'apparato muscoloscheletrico, infezione da HIV; non percepire pensione o assegno di invalidità per Infortunio o Malattia e non aver presentato domanda per ottenere tali trattamenti.

Informazione importante: per coloro che non possono sottoscrivere la dichiarazione di buona salute (a titolo esemplificativo ma non esaustivo, perché non sono in buone condizioni di salute, perché percepiscono pensione o assegno di invalidità per infortunio o malattia, ecc.) la Compagnia si rende disponibile a valutare l'assumibilità del rischio sulla base di quanto previsto al punto seguente (importo Montante superiore a € 40.000,00 e fino a € 100.000,00).

► **Data (gg/mm/aa)** _____ **Firma Assicurato (leggibile)** _____

OPPURE IN ALTERNATIVA

Consenso alla stipula dell'assicurazione e assunzione del rischio (importo del Montante superiore a € 40.000,00 e fino a € 100.000,00)

Preso visione del fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo, dichiaro di: (a) consentire la stipula dell'assicurazione sulla mia vita da parte della Contraente ai sensi dell'art. 1919 c.c.; (b) rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle condizioni di assicurazione relative al prodotto assicurativo; (c) accettare di compilare con il medico il Rapporto Medico allegato al presente Modulo.

► **Data (gg/mm/aa)** _____ **Firma Assicurato (leggibile)** _____