

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Contratto di assicurazione Vita e Danni

Convenzione assicurativa n. CL/15/120 stipulata da Banca IFIS Spa con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia.

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) **Nota informativa;**
- b) **Condizioni di assicurazione;**
- c) **Glossario;**
- d) **Modulo di adesione al Programma Assicurativo.**

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

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Avvertenza: l'Assicuratore si impegna a pubblicare sul proprio sito internet www.metlife.it gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente Fascicolo informativo, non derivanti da innovazioni normative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai contraenti e/o 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'Aderente/Assicurato debbono prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione, rispettivamente, della Convenzione assicurativa e del Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

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

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

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 – INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte – Limitazioni ed esclusioni

La durata del contratto corrisponde alla durata del piano di rimborso del finanziamento stabilita in fase di sottoscrizione del finanziamento stesso, con un minimo di 1 mese ed un massimo di 120 mesi. Il Contratto è stipulato senza clausola di tacito rinnovo.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- **Prestazione in caso di Decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato;**
- **Prestazione in caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di infortunio o malattia dell'Assicurato.**

Si rinvia all'art. 7 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

Avvertenza: si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti limitazioni, esclusioni, franchigie, massimali, limiti massimi di età assicurabile e periodi di carenza applicabili alle garanzie assicurative e si rinvia agli artt. 2, 3, 4, 7, 8 e 9 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

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

Avvertenza: si richiama l'attenzione sul fatto che, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile, le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di perfezionamento del Contratto possono determinare l'annullamento del Programma Assicurativo, ovvero la perdita totale o parziale dell'Indennizzo da corrisondersi in relazione al Sinistro. Si rinvia all'art. 3.3 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: si richiama l'attenzione sul fatto che il Contratto è nullo allorché il rischio assicurato non sia mai esistito o abbia cessato di esistere prima del perfezionamento del medesimo Contratto.

5. Premi

Il premio assicurativo 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.

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

Il premio è unico per l'intera durata del Programma Assicurativo.

Il premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima, su delegazione di pagamento dell'Aderente, all'Assicuratore 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'Aderente/Assicurato che il 32,00% del premio netto imposte (ovvero € 32,00 per ogni € 100,00 di premio netto imposte) è in media corrisposto all'intermediario/i a titolo di remunerazione dell'attività di distribuzione del prodotto assicurativo.

Avvertenza: in caso di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento da parte dell'Aderente, il Programma Assicurativo cessa e l'Assicuratore restituirà all'Aderente la porzione di premio relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento e la sua scadenza originaria, al netto delle spese sostenute per il rimborso del premio pari a € 40.00. L'Aderente, in alternativa, può richiedere che il Programma Assicurativo rimanga in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento. Si rinvia all'art. 5 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio. In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento, il Programma Assicurativo rimane in vigore secondo quanto previsto dall'originario piano di rimborso del finanziamento, sia con riferimento al periodo di durata del Programma Assicurativo che alla prestazione assicurata da corrisondersi in caso di Sinistro.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. Costi gravanti sul premio

COSTO COMPLESSIVO PER EMISSIONE, GESTIONE E ACQUISIZIONE DEL CONTRATTO
74,00% del premio assicurativo netto imposte (di cui il 32,00% corrisposto come costo di intermediazione e distribuzione)

7. Regime fiscale

Al presente contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR).

I premi per le garanzie del Ramo Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.

I premi per le garanzie del Ramo Danni sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'ammontare dei premi.

I premi delle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente superiore al 5%, derivante da qualsiasi causa, saranno detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Aderente nella misura e per gli importi previsti dalla normativa vigente.

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

8. Modalità di perfezionamento del contratto

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

9. Diritto di recesso

L'Aderente ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore presso la Contraente, entro 60 giorni dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo (così come descritta all'art. 4.1). A partire dall'inizio del quinto anno del Programma Assicurativo, l'Aderente può altresì recedere, con effetto a decorrere dall'inizio della successiva annualità e senza alcun onere, a condizione che il recesso venga esercitato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla fine dell'annualità del Programma Assicurativo nel corso della quale viene comunicato il recesso. In entrambi i casi, sarà restituito all'Aderente il Premio già pagato, al netto delle imposte di legge e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso da parte dell'Aderente.

10. Documentazione da consegnare all'Impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

In caso di Sinistro, per consentire la liquidazione della prestazione assicurata, i beneficiari devono fornire all'Assicuratore la documentazione indicata nell'art. 10 delle Condizioni di assicurazione.

In caso di indennizzo, l'Assicuratore si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa.

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile il comma, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in 10 anni. Qualora i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti, entro il suddetto termine di prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

11. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

12. Lingua in cui è redatto il contratto

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

13. 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 dell'Assicuratore, 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. Il reclamante potrà presentare reclamo all'Assicuratore utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza clienti".

L'Assicuratore 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 l'Assicuratore 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 dall'Assicuratore.

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.

14. Comunicazioni dell'Assicurato all'Assicuratore

Non essendo la professione svolta dall'Assicurato rilevante ai fini della valutazione del rischio compiuta dall'Assicuratore, con riferimento al presente contratto, l'Assicurato è esentato dalla comunicazione di cui all'art. 1926 del Codice civile.

15. Conflitto di interessi

Il presente contratto non presenta situazioni di conflitto di interessi.

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

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

B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

Aderente: la ditta individuale/società cliente della Contraente che, per il tramite del titolare/legale Rappresentante, aderisce al Programma Assicurativo, obbligandosi a corrispondere il relativo Premio.

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita o persona viene stipulato il contratto, quale indicata dall'Aderente nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo, a condizione che sia in possesso dei requisiti di cui all'art. 3.1.

Assicuratore: MetLife Europe d.a.c. con Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. 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) e svolge la propria attività assicurativa attraverso la propria Rappresentanza Generale per l'Italia 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.

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

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

Contraente: Banca IFIS S.p.A. con Sede Legale in Via Terraglio n. 63, 30174 Mestre (VE), iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000273257, in data 19/08/2008.

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

Importo assicurato:

▪ finanziamenti di importo fino a € 300.000,00:

- nel caso in cui sia assicurata una sola persona fisica, l'Importo assicurato coincide con l'importo del finanziamento;
- nel caso in cui siano assicurate 2 persone fisiche, l'Importo assicurato corrisponde alla quota parte stabilita in fase di sottoscrizione del contratto di assicurazione, a condizione che il totale delle somme assicurate sia il 100% dell'importo del finanziamento;

▪ finanziamenti di importo superiore a € 300.000,00:

- nel caso in cui sia assicurata una sola persona fisica, l'importo assicurato è pari a € 300.000,00;
- nel caso in cui siano assicurate 2 persone fisiche, l'Importo assicurato massimo per persona è pari a € 250.000,00. Resta inteso che l'importo assicurato complessivo non potrà in ogni caso superare quello del finanziamento.

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

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

Premio: la somma versata all'Assicuratore per la copertura assicurativa prestata.

Programma Assicurativo: l'insieme delle garanzie prestate dall'Assicuratore.

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

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è assunta dall'Assicuratore in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato.

L'assicurazione può essere abbinata ai finanziamenti erogati dalla Contraente con durata fino a 120 mesi.

ART. 2 – GARANZIE

Il Programma Assicurativo offerto dall'Assicuratore prevede le garanzie di seguito elencate:

- **Decesso per qualsiasi causa;**
- **Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia.**

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma **l'Invalidità Permanente Totale deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.**

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

3.1 – Persone assicurabili

Per ciascun finanziamento possono essere assicurate fino a 2 persone fisiche, **a condizione che:**

- al momento dell'adesione al Programma Assicurativo:
 - **siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana;**
 - **siano munite di codice fiscale italiano;**
 - **abbiano sottoscritto un contratto di finanziamento con la Contraente;**
 - **abbiano un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti;**
 - **ricoprono la qualifica di legale rappresentante, amministratore, dirigente, socio o titolare della ditta individuale/società Aderente;**
- al termine del piano di rimborso del finanziamento, **non abbiano ancora compiuto 70 anni di età.**

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

Si richiede la compilazione del Questionario medico riportato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo. Nel caso in cui l'Assicurato abbia compilato il Questionario medico con risposta negativa a tutte le domande, il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di adesione, comprensivo del Questionario medico. Nel caso in cui l'Assicurato abbia fornito anche una

sola risposta positiva nel Questionario medico, il Contratto si perfeziona nel momento in cui l'Assicuratore, ricevuto il Questionario medico, confermi per iscritto l'accettazione del rischio.

Laddove l'Assicuratore richieda ulteriore documentazione medica, il contratto si perfeziona nel momento in cui l'Assicuratore, ricevuta la documentazione supplementare richiesta, confermi per iscritto l'accettazione del rischio.

Laddove l'Assicuratore richieda l'applicazione di un superpremio o l'esclusione di determinate patologie dal Programma Assicurativo, il contratto si perfeziona nel momento in cui l'Assicuratore, ricevuta l'accettazione di tali condizioni da parte dell'Assicurato, confermi per iscritto l'accettazione del rischio.

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

3.3 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, tali per cui l'Assicuratore 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, l'Assicuratore 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 l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, l'Assicuratore 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, l'Assicuratore 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 dall'Assicuratore, o prima che l'Assicuratore abbia dichiarato di recedere dal Contratto, la somma dovuta sarà ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dall'art. 1893 c.c.

ART. 4 – DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

4.1 – Decorrenza del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di perfezionamento del Contratto e comunque non prima delle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento, delle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento.

4.2 – Durata del Programma Assicurativo

La durata del Programma Assicurativo corrisponde alla durata del piano di rimborso del finanziamento, stabilita in fase di sottoscrizione del finanziamento stesso, con un minimo di 1 mese ed un massimo di 120 mesi.

In caso di rinegoziazione del piano di rimborso del finanziamento, la copertura viene prestata con riferimento all'originario piano di rimborso del finanziamento - fino ad un massimo di 120 mesi - **a condizione che il Premio assicurativo corrispondente risulti pagato.**

Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso:

- a) al pagamento della prestazione assicurata con riferimento alle garanzie **Decesso ed Invalidità Permanente Totale;**
- b) in caso di **decesso dell'Assicurato;**
- c) in caso di **esercizio del diritto di recesso da parte dell'Aderente;**
- d) in caso di **estinzione anticipata del finanziamento, salvo quanto previsto all'art. 5.**

Nelle ipotesi c), d) l'Assicuratore restituirà all'Aderente il Premio, al netto delle imposte, delle spese sostenute e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Nell'ipotesi a), b) l'Assicuratore non procederà ad alcuna restituzione di Premio.

ART. 5 – ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento da parte dell'Aderente, il Programma Assicurativo cessa e l'Assicuratore restituirà all'Aderente la porzione di Premio relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata o trasferimento 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. L'Aderente, in alternativa, può richiedere che il Programma Assicurativo rimanga in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento mediante apposita comunicazione, da consegnare alla Contraente contestualmente all'estinzione del finanziamento. In quest'ultima ipotesi, nonché in caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento, il Programma Assicurativo rimane in vigore secondo quanto previsto dall'originario piano di rimborso del finanziamento, sia con riferimento al periodo di durata del Programma Assicurativo che alla prestazione assicurata da corrispondersi in caso di Sinistro.

ART. 6 – RECESSO

L'Aderente ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo, **a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore presso la Contraente, entro 60 giorni dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo (così come**

descritta all'art. 4.1). A partire dall'inizio del quinto anno del Programma Assicurativo, l'Aderente può altresì recedere, con effetto a decorrere dall'inizio della successiva annualità e senza alcun onere, **a condizione che il recesso venga esercitato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla fine dell'annualità del Programma Assicurativo nel corso della quale viene comunicato il recesso.** In entrambi i casi, sarà restituito all'Aderente il Premio già pagato, al netto delle imposte di legge e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso da parte dell'Aderente.

ART. 7 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Decesso per qualsiasi causa

In caso di Decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato, l'Assicuratore, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 8, rimborsa al Beneficiario:

- per i finanziamenti di importo fino a € 300.000,00:
 - nel caso in cui sia assicurata una sola persona fisica, una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del decesso, eccetto arretrati ed interessi di mora;
 - nel caso in cui siano assicurate 2 persone fisiche, una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del decesso, eccetto arretrati ed interessi di mora, moltiplicato per la quota parte dell'Importo assicurato relativa all'Assicurato colpito da Sinistro.
- per i finanziamenti di importo superiore a € 300.000,00,
 - nel caso in cui sia assicurata una sola persona fisica, una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del decesso, eccetto arretrati ed interessi di mora, moltiplicato per la percentuale derivante dal rapporto tra € 300.000,00 e l'importo erogato;
 - nel caso in cui siano assicurate 2 persone fisiche, una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del decesso, eccetto arretrati ed interessi di mora, moltiplicato per la percentuale derivante dal rapporto tra l'Importo assicurato complessivo relativo alle 2 persone e l'importo erogato, moltiplicato per la quota parte dell'Importo assicurato relativa all'Assicurato colpito da Sinistro.

Invalità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia

L'Invalità Permanente Totale corrisponde ad un'invalità di grado pari o superiore al 66% e deve essere riconosciuta, con certificazione medica rilasciata da un medico che sia abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea, dopo un periodo di almeno 12 mesi consecutivi dalla data della prima diagnosi della Malattia o di almeno 6 mesi dalla data dell'evento in caso d'Infortunio. 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 Invalità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato (IPT) l'Assicuratore, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 8, rimborsa al Beneficiario:

- per i finanziamenti di importo fino a € 300.000,00:
 - nel caso in cui sia assicurata una sola persona fisica, una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'IPT, eccetto arretrati ed interessi di mora;
 - nel caso in cui siano assicurate 2 persone fisiche, una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'IPT, eccetto arretrati ed interessi di mora, moltiplicato per la quota parte dell'Importo assicurato relativa all'Assicurato colpito da Sinistro.
- per i finanziamenti di importo superiore a € 300.000,00,
 - nel caso in cui sia assicurata una sola persona fisica, una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'IPT, eccetto arretrati ed interessi di mora, moltiplicato per la percentuale derivante dal rapporto tra € 300.000,00 e l'importo erogato;
 - nel caso in cui siano assicurate 2 persone fisiche, una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'IPT, eccetto arretrati ed interessi di mora, moltiplicato per la percentuale derivante dal rapporto tra l'Importo assicurato complessivo relativo alle 2 persone e l'importo erogato, moltiplicato per la quota parte dell'Importo assicurato relativa all'Assicurato colpito da Sinistro.

Con riferimento alla garanzia Invalità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia, resta inteso che la prestazione sarà corrisposta, a condizione che l'Infortunio o la prima diagnosi della Malattia siano avvenuti nel periodo di validità del Contratto.

ART. 8 – LIMITAZIONI

Avvertenza: l'Assicuratore non sarà tenuto a garantire alcuna copertura assicurativa e non sarà obbligato a liquidare alcun Sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre lo stesso 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.

Esclusioni

- **Per tutte le garanzie, le conseguenze:**
 - dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;
 - di stati di alcolismo acuto o cronico;
 - di un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;

- di tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- di guerra o insurrezione;
- di qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);
- di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;
- di tutti i rischi nucleari.
- **Solo per il Decesso:** il suicidio dell'Assicurato accaduto nei 2 anni successivi alla data di adesione al Programma Assicurativo;
- **Solo per l'Invalidità Permanente Totale, le conseguenze:**
 - di malattie mentali o disturbi psichici in genere;
 - di ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
 - della gravidanza, del puerperio e delle patologie correlate.

Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per persona fisica, indipendentemente dal numero dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di € 300.000,00.

ART. 9 – PREMIO ASSICURATIVO

Il Premio, unico per l'intera durata del Programma Assicurativo, è calcolato moltiplicando il tasso di Premio di seguito indicato per l'Importo assicurato e per il numero di rate mensili del finanziamento. Nel caso in cui siano assicurate 2 persone fisiche, il Premio unico è calcolato sommando i premi relativi a ciascuna persona fisica. Il Premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima, su delegazione di pagamento dell'Aderente, all'Assicuratore in via anticipata ed in un'unica soluzione.

ETÀ ASSICURATO	TASSO DI PREMIO
18-50	0,058%
51-64	0,120%

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

ART. 10 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto all'Assicuratore, seguendo le istruzioni riportate sul sito web www.metlife.it nella sezione Assistenza Clienti / Denuncia Sinistri. Inoltre l'Assicurato o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro contattando il numero **06.492161**. **La denuncia di Sinistro si considera completa al ricevimento di tutte le informazioni e documenti elencati nel Modulo di Denuncia Sinistro (presente sul sito web dell'Assicuratore o comunque messo a disposizione dall'Assicuratore su richiesta).** L'Assicuratore ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione qualora, a suo giudizio, ciò sia necessario per la corretta valutazione del Sinistro e per l'accertamento del diritto alla prestazione. L'Assicuratore 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 fondatezza delle informazioni alla stessa comunicate. **Ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in 10 anni.** 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. In caso di Sinistro indennizzabile a termini di polizza, l'Assicuratore si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa.

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 dell'Assicuratore, 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. Il reclamante potrà presentare reclamo all'Assicuratore utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza clienti".

L'Assicuratore 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 l'Assicuratore 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 dall'Assicuratore.

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/Aderente ha il diritto di richiedere all'Assicuratore 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 dell'Assicuratore, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma oppure attraverso il sito web all'indirizzo www.metlife.it cliccando su Assistenza Clienti. L'Assicuratore si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

Si informa altresì l'Assicurato/Aderente 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 dell'Assicuratore www.metlife.it, nella quale visualizzare le informazioni sulla propria polizza assicurativa.

ART. 13 – LEGGE APPLICABILE

Al contratto si applica la legge italiana.

ART. 14 – FORO COMPETENTE / PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE / ARBITRATO

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

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

ART. 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 e MetLife Europe Insurance 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, 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, 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 avvertono 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: Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale la Contraente stipula il contratto collettivo di assicurazione.

Beneficiario: persona fisica o giuridica designata nel contratto, che può coincidere 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 di assicurazione non sono efficaci. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo l'Assicuratore non corrisponde la prestazione assicurata.

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

Compagnia: Vedi "Assicuratore".

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

Conflitto di interessi: l'insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse dell'Assicuratore può collidere con quello della Contraente o dell'Assicurato.

Contraente: persona giuridica che stipula il contratto collettivo di assicurazione con l'Assicuratore e che versa al medesimo i premi pagati dagli Assicurati.

Contratto di assicurazione: contratto con il quale l'Assicuratore, 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): 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 dall'Assicuratore, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

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

Franchigia assoluta: periodo di tempo superato il quale l'Assicuratore indennizza il sinistro.

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

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

Impresa: Vedi "Assicuratore".

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

Indennizzo: somma dovuta dall'Assicuratore al Beneficiario in caso di sinistro.

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

Intermediario: la persona fisica o la società, iscritta nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

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

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

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

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

Massimale: somma massima garantita dall'Assicuratore 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 all'Assicuratore secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.

Premio complessivo (o lordo): importo complessivo da versare all'Assicuratore quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

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 dall'Assicuratore con il contratto di assicurazione. 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 all'Assicuratore al momento della conclusione del contratto di assicurazione.

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

Prestazione assicurata: somma che l'Assicuratore garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Proposta: documento o modulo sottoscritto dall'Assicurato con il quale egli manifesta all'Assicuratore la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Programma Assicurativo: insieme delle garanzie assicurative offerte dall'Assicuratore.

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

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

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

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 dell'Assicuratore 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.

Superpremio: maggiorazione di premio richiesta dall'Assicuratore nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (superpremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (superpremio professionale o sportivo).

Tecniche di comunicazione a distanza: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Assicuratore (o di un intermediario incaricato dall'Assicuratore) 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.

C) MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

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

MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO N. _____

Convenzione assicurativa n. CL/15/120 stipulata da Banca IFIS S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Avvertenze:

- 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;
- prima della sottoscrizione del Questionario medico, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario medico;
- anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico;
- nel caso in cui siano assicurate 2 persone fisiche, ciascun Assicurato dovrà compilare e sottoscrivere il presente modulo, comprensivo del Questionario medico.

DATI RELATIVI AL FINANZIAMENTO

Numero di Contratto: Durata del Finanziamento (espressa in mesi):
 Importo del Finanziamento: Importo Assicurato:

Avvertenza: nel caso in cui siano assicurate 2 persone fisiche, l'Importo Assicurato sopraindicato si intende riferito alla singola persona fisica.

INFORMATIVA RELATIVA AI COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

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

Importo del Premio Unico:

Importo del Premio Unico retrocesso all'Intermediario/i a titolo di remunerazione dell'attività di distribuzione del prodotto assicurativo:

Spese amministrative per il rimborso del Premio in caso di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento: € 40,00

DATI RELATIVI ALL'ADERENTE

Ditta individuale/Società

Denominazione: Partita Iva:
 Indirizzo Sede Legale: Cap: Comune: Prov:
 Indirizzo Email:

Titolare / Rappresentante Legale

Nome: Cognome:
 Luogo di Nascita: Data di Nascita (gg/mm/aa): Sesso: M F
 Cod. Fisc.:
 Indirizzo: Cap: Comune: Prov:

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

Nome: Cognome:
 Luogo di Nascita: Data di Nascita (gg/mm/aa): Sesso: M F
 Cod. Fisc.:
 Indirizzo: Cap: Comune: Prov:

Qualifica ricoperta nell'ambito della Ditta individuale/Società: Rappresentante Legale Amministratore Dirigente Socio Titolare

DICHIARAZIONI ADERENTE

Consegna della documentazione

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia dell'informativa precontrattuale e dei seguenti documenti che compongono il fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo, ai sensi dell'art. 49 del Regolamento Ivass n. 5/2006: a) Nota informativa; b) Condizioni di assicurazione; c) Glossario; d) Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

➡ Data (gg/mm/aa): Firma (leggibile) _____

Adesione al Programma Assicurativo

Il sottoscritto, dopo aver preso visione dell'Informativa precontrattuale e del fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo, aderisce alla copertura assicurativa offerta da MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, anche ai sensi dell'art. 1919 del Codice civile.

➡ Data (gg/mm/aa): Firma (leggibile) _____

Consenso al trattamento dei dati personali

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 fornisce 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, ivi inclusa la trasmissione delle comunicazioni in corso di contratto svolta anche mediante tecniche di comunicazione a distanza ai sensi dell'art. 21 del Regolamento Ivass n. 35/2010, 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 (leggibile) _____

DICHIARAZIONI ASSICURATO

Consenso alla conclusione del Contratto

Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 1891 del Codice Civile, presta il consenso alla conclusione del Contratto da parte dell'Aderente. Il sottoscritto dichiara inoltre di:

- soddisfare i requisiti di assicurabilità indicati all'art. 3.1 delle Condizioni di assicurazione;
- aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale di cui all'art. 49 del Regolamento IVASS n. 5/2006 e del fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo;
- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla verifica sull'adeguatezza del contratto di assicurazione, ai sensi dell'art. 52 del Regolamento Ivass n. 5/2006.

➡ Data (gg/mm/aa): Firma (leggibile) _____

Consenso al trattamento dei dati personali

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 fornisce 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, ivi inclusa la trasmissione delle comunicazioni in corso di contratto svolta anche mediante tecniche di comunicazione a distanza ai sensi dell'art. 21 del Regolamento Ivass n. 35/2010, 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 (leggibile) _____

Assunzione medica

Si richiede la compilazione del **Questionario medico** riportato di seguito:

1. Durante gli ultimi 5 anni:

a) Ha consultato un medico (ad eccezione di influenza, raffreddore, o normale controllo con esito nella norma)?

NO: SI: Se SI indicare il motivo della consultazione:

b) E' stato ricoverato o ha subito interventi chirurgici (ad eccezione di appendicectomia, parto cesareo, fimosi, idrocele, emorroidi, papilloma durante l'infanzia o l'adolescenza, tonsillectomia durante l'infanzia o l'adolescenza, varicocele o setto nasale)?

NO: SI: Se SI specificare:

c) Si è sottoposto ad elettrocardiogramma, radiografie o altri accertamenti diagnostici (ad eccezione di controlli sanitari professionali, controlli sportivi o normali controlli con esito nella norma)?

NO: SI: Se SI specificare:

2. Ha mai avuto o è mai stato in cura o Le è stato comunicato di essere affetto da: ipertensione o disturbi cardio-circolatori; disturbi o malattie neuropsichiche e del sistema scheletrico e/o ai reni, fegato o polmoni; diabete; ulcera gastro-duodenale o tumori; disturbi delle principali funzioni?

NO: SI: Se SI specificare:

3. Soffre o ha sofferto di: astenia, febbricola o diarrea, ingrossamento delle ghiandole linfatiche o insolite lesioni della pelle?

NO: SI: Se SI specificare:

4. Attualmente si sottopone a terapie mediche e/o farmacologiche prescritte da un medico?

NO: SI: Se SI specificare:

5. Si è mai sottoposto al test HIV, risultando positivo?

NO: SI:

6. Fruisce o ha mai presentato domanda per la pensione di inabilità o di invalidità o ha mai ricevuto risarcimenti o indennizzi a seguito di infortuni o malattie?

NO: SI: Se SI specificare:

7. La differenza tra la Sua altezza in centimetri ed il Suo peso in kilogrammi è inferiore a 80 o superiore a 120?

NO: SI:

8. Negli ultimi 12 mesi il Suo peso è aumentato o diminuito di 5 o più kg?

NO: SI: Se SI per quale motivo e di quanti kg.:

9. Negli ultimi 12 mesi ha effettuato più di 10 giorni di assenza dal lavoro (ad eccezione di ferie e/o permessi)?

NO: SI: Se SI per quale motivo e per quanti giorni.:

➡ Data (gg/mm/aa): Firma (leggibile) _____