

## Set informativo

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

## Benessere Futuro

**Contratto di Assicurazione Vita di durata pluriennale a capitale e premio annuale costante, stipulato a distanza con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia.**

**I documenti che compongono il Set informativo sono i seguenti:**

- **DIP Vita - Documento informativo precontrattuale vita**
- **DIP aggiuntivo Vita - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo vita**
- **Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario e dell'Informativa privacy**
- **Facsimile Proposta/Certificato di assicurazione**

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

**Mod. BFDMEd. 2020/03**

**MetLife Europe d.a.c.** è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublin 2, Irlanda, registrazione n. 415123, capitale sociale autorizzato pari ad € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna. Amministratori: Sarah Alicia Celso (cittadina americana), Brenda Dunne (cittadina irlandese), Eilish Finan (cittadina irlandese), Michael Hatzidimitriou (cittadino greco), Nick Hayter (cittadino inglese), Ruairi O'Flynn (cittadino irlandese), Dirk Ostijn (cittadino belga), Miriam Sweeney (cittadina irlandese), Mario Valdes (cittadino messicano).

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

# Assicurazione Vita

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

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



Prodotto: Benessere Futuro

Questo documento è stato realizzato in data 16/03/2020 ed è l'ultimo disponibile

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

## Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza che garantisce al beneficiario un capitale qualora si verifichi la morte dell'assicurato in corso di contratto. La polizza prevede inoltre l'esonero dal pagamento dei premi qualora l'assicurato sia riconosciuto invalido permanente totale - in misura pari o superiore al 66% - in corso di contratto.



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

La polizza prevede le seguenti garanzie:

### ✓ **Decesso per qualsiasi causa**

Somma assicurata: è stabilita dal contraente che può scegliere un importo compreso tra € 50.000,00 e € 1.000.000,00.

### ✓ **Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% da infortunio o malattia**

Somma assicurata: è pari al totale dei premi dovuti dal contraente alla data di accertamento dell'invalidità permanente totale, fino ad un massimo di € 2.500,00 per annualità assicurativa.

La garanzia **cessa al raggiungimento del 70° anno di età** dell'assicurato ed il premio sarà ricalcolato al netto della porzione a copertura del rischio invalidità permanente totale.

### **OPZIONE UPGRADE**

Se attivata, prevede il pagamento di un capitale aggiuntivo in caso di:

#### **a) Decesso da Infortunio**

Capitale aggiuntivo: è pari al 100% della somma assicurata per la garanzia Decesso per qualsiasi causa, fino a € 500.000,00.

#### **b) Decesso da Infortunio stradale**

Capitale aggiuntivo: è pari al 200% della somma assicurata per la garanzia Decesso per qualsiasi causa, fino a € 1.000.000,00.

Le prestazioni relative alle garanzie a) e b) **non sono cumulabili**.



## Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ non soddisfano i requisiti di assicurabilità indicati nella sezione "A chi è rivolto questo prodotto?" del DIP aggiuntivo Vita;
- ✗ sono portatrici di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico;
- ✗ svolgono una delle seguenti attività lavorative:
  - addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere;
  - palombari/sommozzatori;
  - speleologi;
  - paracadutisti;
  - piloti commerciali privati (non di linea);
  - addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico;
  - collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili;
  - militari, polizia e guardie giurate;
- ✗ a seguito o per effetto della normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o delle misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale, siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" o siano sottoposte a divieti e/o misure restrittive.



## Ci sono limiti di copertura?

**Per tutte le garanzie** sono escluse dalla polizza le conseguenze di:

- ! dolo del contraente, dell'assicurato o del beneficiario;
- ! uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili (quali anche l'abuso di solventi) qualora il decesso o l'invalidità permanente totale siano conseguenza diretta del comportamento dell'assicurato;
- ! alcolismo acuto o cronico;
- ! stato di ubriachezza/ebbrezza, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal codice della strada ed il decesso o l'invalidità permanente totale avvengano alla guida di un veicolo;
- ! dolo o colpa grave ascrivibile all'assicurato il cui tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi/litro;
- ! partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di stato, terrorismo;
- ! contaminazione nucleare, biologica o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno);
- ! guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'assicurato non sia regolarmente abilitato a norma di legge - l'esclusione non si applica per gli infortuni subiti dall'assicurato in possesso di patente scaduta a condizione che lo stesso ottenga il rinnovo del documento entro 180 giorni dall'Infortunio; la polizza si intende tuttavia valida se il mancato rinnovo sia conseguenza dei postumi invalidanti dell'Infortunio stesso;
- ! incidenti di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;

! l'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di guida alpina abilitata; salti dal trampolino con sci o idrosci; sci acrobatico; immersione con autorespiratore; speleologia; motonautica; automobilismo; motociclismo; paracadutismo; sport aerei in genere; pugilato; lotta nelle sue varie forme; rugby; football americano;

! malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note all'assicurato e non note all'Impresa al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione o dell'adesione alla polizza;

! viaggi in paesi a rischio per situazione climatica, politico-militare o medico-sanitaria; per l'elenco completo ed aggiornato di tali paesi si rinvia all'apposita sezione del sito del ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

**Per la garanzia Decesso per qualsiasi causa**, è inoltre escluso:

! il suicidio dell'assicurato accaduto nei 2 anni successivi alla data di inizio della polizza.

**Per la garanzia Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% da infortunio o malattia**, sono inoltre esclusi gli eventi causati o concausati da:

! atto intenzionale dell'assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;

! atti compiuti dall'assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurato;

! esiti di infortuni che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione o dell'adesione alla polizza, sottaciuti all'Impresa;

! malattie e/o conseguenze di invalidità preesistente riconosciuta o di inabilità preesistente già note all'assicurato e non note all'Impresa alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione o dell'adesione alla polizza;

! negligenza, imprudenza e imperizia nell'osservare le prescrizioni mediche;

! malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali;

! trattamenti estetici (ad eccezione di quelli resi necessari da infortunio dell'assicurato) cure dimagranti e dietetiche;

! connessione con l'uso o la produzione di esplosivi.



## Dove vale la copertura?

✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.



## Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
- Hai il dovere di comunicare all'Impresa i cambiamenti relativi all'attività professionale, all'attività sportiva ed alle abitudini di vita (fumatore/non fumatore) eventualmente intervenuti in corso di contratto.
- Hai il dovere di comunicare all'Impresa ed aggiornare ogni dato, informazione e/o documento (compreso ogni elemento relativo al reddito, al patrimonio e all'origine dei fondi) utile o richiesto dall'Impresa per effettuare la valutazione di assenza di rischi di riciclaggio e/o di finanziamento di terrorismo prevista dalle disposizioni vigenti.
- In caso di sinistro, il beneficiario ha il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto all'Impresa e di presentare la seguente documentazione:

### **Decesso per qualsiasi causa / Decesso da infortunio / Decesso da infortunio stradale**

- Originale del certificato di morte
- Originale o copia conforme all'originale del certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza
- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia

Dovranno inoltre essere inviati anche i seguenti documenti se esistenti:

- Verbale del pronto soccorso
- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Certificato autoptico
- Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico

### **Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% da infortunio o malattia**

- Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico
- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia

Dovranno inoltre essere inviati anche i seguenti documenti se esistenti:

- Verbale del pronto soccorso
- Verbale redatto dalle autorità intervenute



## Quando e come devo pagare?

Il premio è annuale e viene corrisposto all'Impresa tramite addebito sulla tua carta di credito American Express.

In caso di revoca della carta di credito American Express potrai, a tua scelta, pagare il premio tramite:

- addebito su altra carta di credito a te intestata;
- bonifico bancario;
- addebito diretto Sepa (SDD) sul tuo conto corrente bancario.

Per variare la modalità di pagamento del premio in corso di contratto, dovrai inviare una comunicazione scritta all'indirizzo e-mail [customerweb@metlife.it](mailto:customerweb@metlife.it).

L'Impresa consente il frazionamento del premio su base mensile o semestrale senza alcun costo a tuo carico. Il frazionamento mensile è consentito solo in caso di pagamento del premio tramite addebito su carta di credito o conto corrente bancario, a condizione che la rata abbia un importo minimo di € 8,00.

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'assicurato, al suo stato di salute, alle sue abitudini di vita (fumatore/non fumatore) ed alle attività professionali e sportive svolte.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata del contratto è compresa tra 5 e 30 anni.

Il contratto si perfeziona secondo le seguenti modalità:

- in caso di risposta affermativa anche ad una soltanto delle domande poste nel questionario medico, nei casi in cui è prevista la visita medica e/o in caso di persona residente in Svizzera, Regno Unito, Stati Uniti o Canada, con la formale accettazione del rischio da parte dell'Impresa, che provvederà ad inviarti apposita lettera di conferma;
- in tutti gli altri casi, nel momento in cui aderisci alla polizza.

La copertura assicurativa inizia alle ore 24.00 della data di perfezionamento del contratto e rimane in vigore per il periodo di durata scelto.

A partire dalla data di inizio della copertura assicurativa è previsto:

- un periodo di carenza di 6 mesi, che non troverà applicazione se effettui una visita medica;
- un periodo di carenza di 5 anni, per eventi direttamente o indirettamente correlati ad infezione da HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita o stati assimilabili, che non troverà applicazione se effettui una visita medica ed un test sull'HIV con esito negativo nei 3 mesi precedenti l'adesione alla polizza. Se effettui la visita medica, ma rifiuti di effettuare il test sull'HIV, il periodo di carenza sarà esteso a 7 anni.



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

Nei casi in cui il contratto si perfeziona con la formale accettazione del rischio da parte dell'Impresa, puoi revocare la proposta di assicurazione fino a quando non hai ricevuto la lettera di accettazione del rischio (cd. Lettera di conferma) da parte dell'Impresa.

In caso di ripensamento hai diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data del suo perfezionamento. In tal caso l'Impresa ti restituirà il premio eventualmente già pagato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

Puoi in ogni caso disdire il contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del premio (mensile, semestrale o annuale) con 15 giorni di preavviso. In tal caso la polizza cessa ed il premio non sarà più dovuto.

Per revocare la proposta di assicurazione, recedere o disdire il contratto puoi contattare l'Impresa al numero verde 800.319.665, inviare un'e-mail all'indirizzo [customerweb@metlife.it](mailto:customerweb@metlife.it), oppure inviare una lettera raccomandata A/R all'indirizzo MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma.



## Sono previsti riscatti o riduzioni?

☐ SI

☒ NO

# Assicurazione Vita

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

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



Prodotto: Benessere Futuro

Questo documento è stato realizzato in data 16/03/2020 ed è l'ultimo disponibile

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

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

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

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

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

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

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2018 è pari a € 1.539.563.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari a € 4.379.000,00 rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 4.379.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 1.535.184.000,00. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c. è pari al 171%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 702.222.356 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 1.203.209.160. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 316.000.060. Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito <http://www.metlife.eu/financial-reports/>.

Al contratto si applica la legge italiana.



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

<b>Decesso per qualsiasi causa</b>	In caso di decesso per qualsiasi causa dell'assicurato, l'Impresa corrisponde al beneficiario il capitale assicurato indicato in polizza.
<b>Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% da infortunio o malattia</b>	In caso di invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 66% riconosciuta all'assicurato a seguito di infortunio o malattia (IPT) l'Impresa esonera il contraente dal pagamento dei premi per la durata residua del contratto, a partire dalla data di riconoscimento dell'IPT, fino ad un massimo di € 2.500,00 per annualità assicurativa. La prestazione è corrisposta a condizione che: <ul style="list-style-type: none"><li>l'infortunio o la prima diagnosi della malattia si siano verificati nel periodo di validità della polizza;</li><li>l'IPT sia accertata da un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.</li></ul>

### Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

#### OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

<b>Opzione Upgrade</b>	Al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione o dell'adesione alla polizza, puoi attivare l'Opzione Upgrade che prevede il pagamento di un <b>capitale aggiuntivo</b> in caso di Decesso da infortunio o di Decesso da infortunio stradale. Le prestazioni relative a queste garanzie <b>non sono cumulabili</b> . <b>Decesso da infortunio</b> In caso di decesso a seguito di infortunio dell'assicurato, l'Impresa corrisponde al beneficiario un capitale aggiuntivo pari al 100% del capitale assicurato per la garanzia Decesso per qualsiasi causa, fino ad un massimo di € 500.000,00. <b>Decesso da infortunio stradale</b> In caso di decesso a seguito di infortunio stradale occorso all'assicurato in qualità di: <ul style="list-style-type: none"><li>conducente di mezzo di trasporto privato;</li><li>passaggero su mezzo di trasporto privato o mezzo di trasporto pubblico;</li><li>pedone in caso di investimento da parte di qualsiasi veicolo;</li></ul> l'Impresa corrisponde al beneficiario un capitale aggiuntivo pari al 200% del capitale assicurato per la garanzia Decesso per qualsiasi causa, fino ad un massimo di € 1.000.000,00.
------------------------	---



### Che cosa NON è assicurato?

<b>Rischi esclusi</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
-----------------------	--



### Ci sono limiti di copertura?

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



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

Cosa fare in caso di sinistro?	<p><b>Denuncia di sinistro:</b> i sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto all'Impresa. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dall'Impresa, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet <a href="http://www.metlife.it">www.metlife.it</a> nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del sinistro è possibile telefonare al numero verde 800.319.665.</p> <p>In caso di sinistro, il beneficiario ha il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto all'Impresa e di presentare la seguente documentazione:</p> <p><b>Decesso per qualsiasi causa / Decesso da infortunio / Decesso da infortunio stradale</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Originale del certificato di morte</li><li>▪ Originale o copia conforme all'originale del certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza</li><li>▪ Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia</li></ul> <p>Dovranno inoltre essere inviati anche i seguenti documenti se esistenti:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Verbale del pronto soccorso</li><li>▪ Verbale redatto dalle autorità intervenute</li><li>▪ Certificato autoptico</li><li>▪ Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico</li></ul> <p><b>Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% da infortunio o malattia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico</li><li>▪ Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia</li></ul> <p>Dovranno inoltre essere inviati anche i seguenti documenti se esistenti:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Verbale del pronto soccorso</li><li>▪ Verbale redatto dalle autorità intervenute</li></ul> <p>L'invalidità permanente totale deve essere accertata da un medico che sia abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.</p>
	<p><b>Prescrizione:</b> l'assicurazione di cui al presente contratto è classificata nel ramo vita. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Resta inteso che qualora l'Impresa, per cause ad essa non imputabili, si trovi nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.</p>
	<p><b>Liquidazione della prestazione:</b> in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa si impegna al pagamento di quanto dovuto entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa.</p>
	<p><b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b></p> <p>Eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sul rischio da assicurare (come ad esempio non dichiarare l'esistenza di una malattia pregressa) o che non consentono di concludere o aggiornare l'adeguata verifica della clientela prevista dalla normativa antiriciclaggio possono comportare la cessazione della polizza o la perdita del diritto a ricevere l'indennizzo.</p>



## Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Rimborso	<p>E previsto il rimborso del premio nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) se il contraente trasferisce la residenza, il domicilio fiscale o la sede legale all'estero;</li><li>b) se l'assicurato perde i requisiti di assicurabilità o diventa soggetto non assicurabile;</li><li>c) recesso dal contratto.</li></ul> <p>Nei casi a) e b) l'Impresa effettua il rimborso del premio al netto delle spese di gestione pari a € 24,00 e della porzione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.</p> <p>Nel caso c) l'Impresa effettua il rimborso senza applicare alcuna trattenuta.</p>
Sconti	Non previsti.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La polizza cessa:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ in caso di decesso;</li><li>▪ se il contraente trasferisce la residenza, il domicilio fiscale o la sede legale all'estero;</li><li>▪ se l'assicurato perde i requisiti di assicurabilità o diventa soggetto non assicurabile;</li><li>▪ in caso di recesso dal contratto;</li><li>▪ in caso di disdetta del contratto;</li><li>▪ se il contraente, in caso di frazionamento del premio su base mensile, non invia all'Impresa copia di un valido documento di riconoscimento entro 20 giorni dalla data di decorrenza della polizza.</li></ul>
Sospensione	<p>Ai sensi del combinato disposto degli artt. 1901 e 1924 c.c., se non paghi il premio relativo al primo anno – o la prima rata di premio in caso di frazionamento – la polizza resta sospesa e decorrerà dalle ore 24.00 del giorno in cui paghi quanto è dovuto. Eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione della polizza non saranno indennizzati dall'Impresa. Se il pagamento del premio relativo al primo anno – o della prima rata di premio in caso di frazionamento – non avviene entro 6 mesi dalla data di scadenza, il contratto è risolto di diritto.</p> <p>Se non paghi i premi successivi entro 30 giorni dalla data di scadenza, la polizza resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza. Puoi riattivare la polizza entro 1 anno dalla data di scadenza versando le rate di premio mancanti oltre agli interessi legali. Se sono trascorsi più di 6 mesi dalla data di scadenza, la riattivazione può avvenire solo dietro richiesta scritta ed accettazione da parte dell'Impresa che potrà richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari. In questo caso la polizza riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui paghi quanto è dovuto, senza efficacia retroattiva. Eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione della polizza non saranno indennizzati dall'Impresa.</p>





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

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



## A chi è rivolto questo prodotto?

Possono sottoscrivere la polizza, in qualità di contraente, sia le persone fisiche con residenza o domicilio fiscale in Italia, sia le persone giuridiche con sede legale in Italia, che non siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" previste dalla normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o dalle misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale.

Sono assicurabili le persone fisiche che:

- al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione o dell'adesione alla polizza:
  - sono residenti in Italia, nella Repubblica di San Marino, nello Stato della Città del Vaticano o in uno degli stati membri dell'Unione Europea – l'Impresa si rende disponibile a valutare l'assunzione del rischio per i residenti in Svizzera, Regno Unito, Stati Uniti o Canada;
  - sono muniti di codice di identificazione fiscale;
  - hanno compiuto 18 anni di età;
  - hanno un'età non superiore a 65 anni;
- al termine del periodo di durata della polizza, hanno un'età non superiore a 80 anni.



## Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio	
Costo di gestione della polizza	Il costo di gestione della polizza è compreso tra un minimo del 20,00% ed un massimo del 35,00% del premio annuale, a cui va aggiunto: <ul style="list-style-type: none"><li>un importo pari allo 0,01% del capitale assicurato;</li><li>€ 24,00 per annualità assicurativa; in caso di frazionamento del premio, questo costo è ripartito proporzionalmente sulle singole rate di premio.</li></ul>
Spese di emissione della polizza	Non previste.
Costo per visita medica	Se la visita medica è richiesta in fase di assunzione del rischio, il costo è a carico dell'assicurato e non è quantificabile a priori in quanto dipende dalla tariffa praticata dalla struttura medica liberamente scelta dall'assicurato. Se la visita medica è disposta per l'eventuale liquidazione del sinistro, il costo è a carico dell'Impresa che si rivolge a medici di sua fiducia.
Costi di intermediazione	
Il costo di intermediazione è compreso tra un minimo del 20,00% ed un massimo del 35,00% del premio annuale.	



## Sono previsti riscatti o riduzioni?

☐ SI ☒ NO

<b>Valori di riscatto e riduzione</b>	Non previsto.
<b>Richiesta di informazioni</b>	Non previsto.

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

<b>All'Impresa assicuratrice</b>	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o email alla funzione Ufficio Reclami dell'Impresa, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati: <b>METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI</b> Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma   Fax 06.49216300   Indirizzo e-mail: <a href="mailto:reclami@metlife.it">reclami@metlife.it</a> Il reclamante potrà presentare reclamo all'Impresa anche utilizzando il modello disponibile sul sito <a href="http://www.metlife.it">www.metlife.it</a> all'interno della sezione "Assistenza Clienti". Il reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.
<b>All'IVASS</b>	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> . Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> . In ogni caso, resta salva la facoltà di proporre il reclamo nei confronti dell'Autorità di Vigilanza dello Stato membro di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c. al seguente indirizzo: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland oppure Irish Financial Services Ombudsman, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Tel: +353 1 6620899, Fax: +353 1 6620890.
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria per le controversie relative ai contratti assicurativi.
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<p>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 del beneficiario. 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.</p> <p>Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: <a href="http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm">http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm</a> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET).</p>
--	--

## REGIME FISCALE

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

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

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

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



## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### Polizza Vita Benessere Futuro

Questo documento è stato realizzato in data 16/03/2020 ed è l'ultimo disponibile

## INDICE

<b>GLOSSARIO</b>	<b>2</b>
<b>SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI</b>	<b>3</b>
Art. 1 – Caratteristiche del prodotto	3
Art. 2 – Perfezionamento del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo	3
2.1 – Formalità di assunzione del rischio	3
2.2 – Modalità di perfezionamento del Contratto	3
2.3 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo	3
2.4 – Cessazione del Programma Assicurativo	3
2.5 – Revoca della Proposta di assicurazione	4
2.6 – Recesso	4
2.7 – Disdetta	4
Art. 3 – Premio assicurativo	4
3.1 – Premio	4
3.2 – Modalità di pagamento del Premio	4
3.3 – Sospensione e risoluzione del Contratto per mancato pagamento del Premio	4
Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti	5
4.1 – Dichiarazioni richieste per la valutazione del rischio	5
4.2 – Dichiarazioni richieste dalla Normativa antiriciclaggio	5
Art. 5 – Stato di fumatore / non fumatore	5
Art. 6 – Aggravamento e diminuzione del rischio in corso di Contratto	5
Art. 7 – Legge applicabile	5
Art. 8 – Prescrizione	6
Art. 9 – Risoluzione delle controversie	6
9.1 – Foro competente / Procedimento di mediazione	6
9.2 – Arbitrato	6
Art. 10 – Valuta	6
<b>SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO</b>	<b>6</b>
Art. 11 – Programma Assicurativo ed opzioni contrattuali	6
Art. 11.1 – Programma Assicurativo	6
Art. 11.2 – Opzioni contrattuali	6
Art. 12 – Validità territoriale delle garanzie	7
Art. 13 – Capitale assicurato	7
Art. 14 – Contraente e Persone assicurabili	7
14.1 – Contraente e variazioni di residenza, domicilio fiscale o sede legale	7
14.2 – Persone assicurabili	7
14.3 – Persone non assicurabili	7
Art. 15 – Carenza ed Esclusioni valide per tutte le garanzie	7
15.1 – Carenza	7
15.2 – Esclusioni	8
<b>SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO</b>	<b>8</b>
Art. 16 – Decesso per qualsiasi causa	8
16.1 – Oggetto della garanzia	8
16.2 – Esclusioni	9
Art. 17 – Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia	9
17.1 – Oggetto della garanzia	9
17.2 – Esclusioni	9
17.3 – Prestazione massima	9
<b>SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO</b>	<b>9</b>
Art. 18 – Denuncia di Sinistro	9
Art. 19 – Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro	9
Art. 20 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro	10

<b>SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI</b>	<b>10</b>
<b>Art. 21 – Richiesta di Informazioni</b>	<b>10</b>
<b>Art. 22 – Reclami</b>	<b>10</b>
22.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni	10
22.2 – Reclami alle Autorità di Vigilanza	10
<b>INFORMATIVA PRIVACY</b>	<b>11</b>

## GLOSSARIO

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

**Annualità assicurativa:** periodo pari ad un anno, calcolato a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

**Assicurato:**

- se il Contraente è una persona fisica, l'Assicurato coincide con il Contraente;
- se il Contraente è una persona giuridica, l'Assicurato coincide con il rappresentante legale della persona giuridica.

**Beneficiario:**

- in caso di invalidità permanente totale, l'Assicurato;
- in caso di decesso, il soggetto designato dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta di assicurazione o dell'adesione al Programma Assicurativo o con successiva comunicazione.

**Capitale assicurato:** la somma dovuta dalla Compagnia al verificarsi del Sinistro coperto dal Programma Assicurativo.

**Carenza:** periodo di tempo, immediatamente successivo alla data di Decorrenza del Programma Assicurativo, durante il quale il Programma Assicurativo è sospeso. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, lo stesso non sarà coperto e la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.

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

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

**Contraente:** la persona fisica o la persona giuridica per il tramite del rappresentante legale che aderisce al Programma Assicurativo e sostiene l'onere economico del Premio.

**Contratto (o Polizza):** il Contratto di assicurazione stipulato dal Contraente con la Compagnia tramite Sito internet o Telefono a vocale.

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

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

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

**Esterio:** il territorio al di fuori dei confini della Repubblica italiana.

**Età:** corrisponde all'età assicurativa, vale a dire all'età dell'Assicurato determinata in anni interi, cioè pari al numero di anni compiuti maggiorato di uno, qualora, alla data di adesione, l'ultimo compleanno sia trascorso da più di 6 mesi (esempio: se l'Assicurato ha compiuto 30 anni il 1° febbraio 2019, la sua età assicurativa al 1° settembre 2019 sarà 31 anni).

**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.

**Infortunio stradale:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna cagionato da veicoli o mezzi meccanici - esclusi quelli ferroviari - che si verifica sulla strada o sulle sue pertinenze e dal quale derivino lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

**Intermediario:** AMEX Agenzia Assicurativa S.r.l. con sede legale in Viale Alexandre Gustave Eiffel, 15 - 00148 Roma, iscritta alla Sezione A del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. A000162575, in data 29/01/2018.

**Italia:** il territorio della Repubblica italiana.

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

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

**Mezzo di trasporto privato:** mezzo terrestre proprio o di terzi a qualsiasi titolo posseduto, di peso complessivo a pieno carico fino a 35 quintali, quale a titolo esemplificativo: autovettura; rimorchio (carrello, appendice, roulotte) trainato da autovettura; autocarro; autocaravan e camper; ciclomotore; motociclo; bicicletta o altro veicolo a braccia.

**Mezzo di trasporto pubblico:** qualsiasi mezzo terrestre destinato al trasporto pubblico di persone e di cose, ad esclusione del trasporto ferroviario.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Riserva matematica:** importo accantonato dalla Compagnia per far fronte agli impegni futuri, assunti contrattualmente nei confronti degli assicurati.

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

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

**Sito internet:** pagina web caricata sul server dell'Intermediario utilizzata per il perfezionamento del Contratto.

**Tecnica di comunicazione a distanza:** qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia e del Contraente, possa impiegarsi per il perfezionamento del Contratto tra le dette parti.

**Telefonia vocale:** Tecnica di comunicazione a distanza utilizzata per il perfezionamento del Contratto.

## SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

### Art. 1 – Caratteristiche del prodotto

Si tratta di una Polizza che garantisce al Beneficiario un capitale qualora si verifichi la morte dell'Assicurato in corso di Contratto. La Polizza prevede inoltre l'esonero dal pagamento dei premi qualora l'Assicurato sia riconosciuto invalido permanente totale - in misura pari o superiore al 66% - in corso di Contratto.

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

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

#### 2.1 – Formalità di assunzione del rischio

Le formalità di assunzione del rischio variano in base all'Età dell'Assicurato ed all'importo da assicurare. Nel caso in cui il Contraente abbia già stipulato una Polizza Benessere Futuro, ai fini dell'individuazione della corretta formalità di assunzione del rischio da espletare, occorrerà sommare i capitali già assicurati con il nuovo importo da assicurare.

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

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

È riconosciuta all'Assicurato la possibilità di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

#### 2.2 – Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si perfeziona secondo le seguenti modalità:

- in caso di compilazione del questionario medico con risposta affermativa anche ad una soltanto delle domande, nei casi in cui è richiesto di sottoporsi a visita medica e/o in caso di persona residente in Svizzera, Regno Unito, Stati Uniti o Canada, con la formale accettazione del rischio da parte della Compagnia, che provvederà ad inviare al Contraente apposita Lettera di conferma;
- in tutti gli altri casi, al momento dell'adesione al Programma Assicurativo tramite Sito internet o Telefonia vocale da parte del Contraente, in conformità con quanto previsto dall'art. 121 del Codice delle Assicurazioni Private e dal Regolamento IVASS n. 40/2018, anche qualora quest'ultimo non dovesse sottoscrivere e restituire alla Compagnia il Certificato di assicurazione ricevuto.

In entrambe le ipotesi, prima del perfezionamento del Contratto, l'Assicurato potrà scegliere la modalità di trasmissione (formato cartaceo o elettronico) della documentazione contrattuale e precontrattuale, nonché di eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia in corso di Contratto, e sarà informato circa la possibilità di cambiare, anche in corso di Contratto, la modalità scelta senza alcun costo a suo carico.

#### 2.3 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di perfezionamento del Contratto e rimane in vigore per il periodo di Durata del Programma Assicurativo scelto dal Contraente, **con un minimo di 5 anni ed un massimo di 30 anni, a condizione che il Premio sia pagato.**

#### 2.4 – Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato;
- b) se il Contraente trasferisce la residenza, il domicilio fiscale o la sede legale all'Estero;
- c) se l'Assicurato perde i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 14.2 lett. a), punti i. e ii.;
- d) se l'Assicurato diventa soggetto non assicurabile ai sensi dell'art. 14.3;
- e) in caso di recesso dal Contratto;

- f) in caso di disdetta del Contratto;
- g) se il Contraente, in caso di frazionamento del Premio su base mensile, non invia alla Compagnia copia di un valido documento di riconoscimento entro 20 giorni dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo.

Nelle ipotesi a), f) non è dovuta alcuna restituzione di Premio.

Nelle ipotesi b), c), d) la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto delle spese di gestione pari a € 24,00 e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Nell'ipotesi e) la Compagnia procederà alla restituzione del Premio nei termini specificati all'art. 2.6.

Nell'ipotesi g) il Programma Assicurativo rimane attivo per un mese dopodiché cessa e non è dovuta alcuna restituzione di Premio.

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

## 2.5 – Revoca della Proposta di assicurazione

Nei casi in cui il Contratto si perfeziona con la formale accettazione del rischio da parte della Compagnia, il Contraente può revocare la Proposta di assicurazione fino a quando non abbia ricevuto la lettera di accettazione del rischio (cd. Lettera di conferma) da parte della Compagnia. La revoca della Proposta di assicurazione può essere effettuata contattando la Compagnia al Numero Verde 800.319.665, inviando un'e-mail all'indirizzo [customerweb@metlife.it](mailto:customerweb@metlife.it), oppure inviando una lettera raccomandata A/R all'indirizzo MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma.

## 2.6 – Recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto **entro 30 giorni** dalla data di perfezionamento del medesimo, contattando la Compagnia al Numero Verde 800.319.665, inviando un'e-mail all'indirizzo [customerweb@metlife.it](mailto:customerweb@metlife.it), oppure inviando una lettera raccomandata A/R all'indirizzo MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma. **Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione.** In tal caso la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

## 2.7 – Disdetta

Il Contraente ha diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del Premio (mensile, semestrale o annuale) con **15 giorni di preavviso**, contattando la Compagnia al Numero Verde 800.319.665, inviando un'e-mail all'indirizzo [customerweb@metlife.it](mailto:customerweb@metlife.it), oppure inviando una lettera raccomandata A/R all'indirizzo MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma. In tal caso il Programma Assicurativo cessa ed il Premio non sarà più dovuto.

# Art. 3 – Premio assicurativo

## 3.1 – Premio

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

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

## 3.2 – Modalità di pagamento del Premio

Il Premio viene corrisposto alla Compagnia tramite addebito su carta di credito American Express intestata al Contraente.

In caso di revoca della carta di credito American Express, il Contraente potrà, a sua scelta, corrispondere il Premio tramite:

- addebito su altra carta di credito intestata al Contraente;
- bonifico bancario;
- addebito diretto Sepa (SDD) su conto corrente bancario intestato al Contraente.

Per variare la modalità di pagamento del Premio in corso di Contratto, il Contraente dovrà inviare una comunicazione scritta all'indirizzo e-mail [customerweb@metlife.it](mailto:customerweb@metlife.it).

La Compagnia consente il frazionamento del Premio su base mensile o semestrale senza oneri aggiuntivi a carico del Contraente. Il frazionamento mensile è consentito solo in caso di pagamento del Premio tramite addebito su carta di credito o conto corrente bancario, a condizione che la rata abbia un importo minimo di € 8,00.

## 3.3 – Sospensione e risoluzione del Contratto per mancato pagamento del Premio

Ai sensi del combinato disposto degli artt. 1901 e 1924 c.c., se il Contraente non paga il Premio relativo al primo anno – o la prima rata di Premio in caso di frazionamento – il Programma Assicurativo resta sospeso e decorrerà dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione del Programma Assicurativo non saranno indennizzati dalla Compagnia. Se il pagamento del Premio relativo al primo anno – o della prima rata di Premio in caso di frazionamento – non avviene entro 6 mesi dalla data di scadenza, il Contratto è risolto di diritto.

Se il Contraente non paga i premi successivi entro 30 giorni dalla data di scadenza, il Programma Assicurativo resta sospeso dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza. Il Contraente può riattivare il Programma Assicurativo entro 1 anno dalla data di scadenza versando le rate di Premio mancanti oltre agli interessi legali. Se sono trascorsi più di 6 mesi dalla data di scadenza, la riattivazione può avvenire solo dietro richiesta scritta del Contraente ed accettazione da parte della Compagnia che potrà richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari. In questo caso il Programma Assicurativo riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga

quanto è da lui dovuto, senza efficacia retroattiva. Eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione del Programma Assicurativo non saranno indennizzati dalla Compagnia.

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

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

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

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

### 4.2 – Dichiarazioni richieste dalla Normativa antiriciclaggio

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

## Art. 5 – Stato di fumatore / non fumatore

È considerato "fumatore" il soggetto che abbia fumato (sigarette, sigari, pipa, ecc.) anche sporadicamente nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione della Proposta di assicurazione o dell'adesione al Programma Assicurativo, oppure che abbia smesso di fumare su consiglio medico.

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

## Art. 6 – Aggravamento e diminuzione del rischio in corso di Contratto

L'Assicurato ha il dovere di comunicare tempestivamente alla Compagnia i cambiamenti relativi a:

- attività professionale;
- attività sportiva;
- abitudini di vita (Stato di fumatore / non fumatore, secondo quanto previsto all'art. 5).

La comunicazione può essere effettuata inviando un'e-mail all'indirizzo [rischi.individuali@metlife.it](mailto:rischi.individuali@metlife.it), oppure inviando una **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma.

Se tali cambiamenti comportano un **aggravamento del rischio**, la Compagnia indicherà al Contraente, tramite apposita appendice contrattuale, la differenza di Premio da corrispondere a partire dalla successiva ricorrenza annuale di pagamento del Premio.

La Compagnia potrà recedere dal Contratto in caso di mancato pagamento della differenza di Premio o se l'aggravamento del rischio è tale che, se fosse esistito al momento della conclusione del Contratto, non avrebbe assunto il rischio.



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

Se tali cambiamenti comportano una **diminuzione del rischio**, la Compagnia procederà alla riduzione del Premio a partire dalla successiva ricorrenza annuale di pagamento.



Per quanto riguarda la variazione dello stato di fumatore/non fumatore, la Compagnia dovrà ricevere una comunicazione dell'Assicurato che abbia smesso di fumare da almeno 24 mesi, corredata da una dichiarazione attestante che l'Assicurato non abbia smesso di fumare su consiglio medico.

## Art. 7 – Legge applicabile

Al Contratto si applica la legge italiana.



## Art. 8 – Prescrizione

Le garanzie di cui al presente Contratto sono classificate nel **Ramo Vita**. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

**Eventuali sinistri denunciati dopo il termine sopra indicato non saranno indennizzati dalla Compagnia.**

## Art. 9 – Risoluzione delle controversie

### 9.1 - Foro competente / Procedimento di mediazione

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

### 9.2 - Arbitrato

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, la Compagnia e il Beneficiario (di seguito le "Parti") potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un collegio di 3 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 del Beneficiario. 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. 10 – Valuta

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

## SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO

## Art. 11 – Programma Assicurativo ed opzioni contrattuali

### Art. 11.1 – Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:

- **Decesso per qualsiasi causa;**
- **Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia.**



La garanzia Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia **cessa al raggiungimento del 70° anno** di Età dell'Assicurato ed il Premio sarà ricalcolato al netto della porzione a copertura del rischio di invalidità permanente totale.

Anche se non rientrano nella definizione di Infortunio, sono comunque garantiti dal Programma Assicurativo:

- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- l'avvelenamento, le intossicazioni e/o le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto nelle Esclusioni;
- le morsicature, le punture e le ustioni di animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni garantiti;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da Infortunio;
- gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- gli infortuni sofferti in stato di malore e/o perdita di conoscenza;
- gli infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa, nonché quelli sofferti dallo stesso - sempreché involontariamente coinvolto - in occasione di tumulti popolari, aggressioni o atti violenti, anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale.

### Art. 11.2 – Opzioni contrattuali

Il Contraente, al momento della sottoscrizione della Proposta di assicurazione o dell'adesione al Programma Assicurativo, può attivare l'**Opzione Upgrade** che prevede il pagamento di un **capitale aggiuntivo** in caso di **Decesso a seguito di Infortunio** o di **Decesso a seguito di Infortunio stradale**. Le prestazioni relative a queste garanzie **non sono cumulabili**.



## Art. 12 – Validità territoriale delle garanzie

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.

## Art. 13 – Capitale assicurato

Il Capitale assicurato per la garanzia **Decesso per qualsiasi causa** è compreso tra un minimo **€ 50.000,00** ed un massimo di **€ 1.000.000,00**, a scelta del Contraente. La Compagnia si rende disponibile a valutare l'assicurabilità di capitali più elevati.

## Art. 14 – Contraente e Persone assicurabili

### 14.1 – Contraente e variazioni di residenza, domicilio fiscale o sede legale

Possono sottoscrivere il Contratto, in qualità di Contraente, sia le persone fisiche con residenza o domicilio fiscale in Italia, sia le persone giuridiche con sede legale in Italia, che non siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" previste dalla Normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o dalle Misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale.

Qualora, in corso di Contratto, il Contraente dovesse trasferire la propria residenza, domicilio fiscale o sede legale all'Estero, dovrà darne tempestiva comunicazione per iscritto alla Compagnia. In tal caso la Polizza cessa a partire dalla data del trasferimento e la Compagnia restituirà al Contraente il Premio annuale eventualmente già pagato, al netto delle spese di gestione pari a € 24,00 e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

### 14.2 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche a condizione che:

- a) al momento della sottoscrizione della Proposta di assicurazione o dell'adesione al Programma Assicurativo:
  - i. siano residenti in Italia, nella Repubblica di San Marino, nello Stato della Città del Vaticano o in uno degli stati membri dell'Unione Europea - l'Impresa si rende disponibile a valutare l'assunzione del rischio per i residenti in Svizzera, Regno Unito, Stati Uniti o Canada;
  - ii. siano muniti di codice di identificazione fiscale;
  - iii. abbiano compiuto 18 anni di età;
  - iv. abbiano un'Età non superiore a 65 anni;
- b) al termine del periodo di Durata del Programma Assicurativo, abbiano un'Età non superiore a 80 anni.

### 14.3 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone fisiche che siano portatrici di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico.

Non sono, inoltre, assicurabili le persone fisiche che svolgono una delle seguenti attività lavorative:

- addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere;
- palombari/sommozzatori;
- speleologi;
- paracadutisti;
- piloti commerciali privati (non di linea);
- addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico;
- collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili;
- militari, polizia e guardie giurate.

Non sono infine assicurabili le persone fisiche che, a seguito o per effetto della Normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o delle Misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale, siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" o siano sottoposte a divieti e/o misure restrittive.

## Art. 15 – Carenza ed Esclusioni valide per tutte le garanzie

### 15.1 – Carenza

Il Contratto prevede un periodo di Carenza di **6 mesi**, a partire dalla Decorrenza del Programma Assicurativo. Tale periodo di Carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica.

Il Contratto prevede, inoltre, un periodo di Carenza di **5 anni**, a partire dalla Decorrenza del Programma Assicurativo, per eventi direttamente o indirettamente correlati ad infezione da HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita o stati assimilabili. Tale periodo di Carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica ed effettuare un test sull'HIV con esito negativo nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della Proposta di assicurazione. Se l'Assicurato si sottopone a visita medica, ma rifiuta di effettuare il test sull'HIV, il periodo di Carenza sarà esteso a **7 anni**.

Qualora l'evento assicurato si verifichi durante il periodo di Carenza, la Compagnia corrisponderà una somma pari all'importo della Riserva matematica calcolata al momento del decesso o del riconoscimento dell'invalidità permanente totale.

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

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

## 15.2 – Esclusioni



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

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

- dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario;
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili (quali anche l'abuso di solventi) qualora il decesso o l'invalidità permanente totale siano conseguenza diretta del comportamento dell'Assicurato;
- Alcolismo;
- stato di ubriachezza/ebbrezza, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal codice della strada ed il decesso o l'invalidità permanente totale avvengano alla guida di un veicolo;
- dolo o colpa grave ascrivibile all'Assicurato il cui tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi/litro;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di stato, terrorismo;
- contaminazione nucleare, biologica o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno);
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma di legge - l'esclusione non si applica per gli infortuni subiti dall'Assicurato in possesso di patente scaduta a condizione che lo stesso ottenga il rinnovo del documento entro 180 giorni dall'Infortunio; la Polizza si intende tuttavia valida se il mancato rinnovo sia conseguenza dei postumi invalidanti dell'Infortunio stesso;
- incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- l'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai senza accompagnamento di guida alpina abilitata; salti dal trampolino con sci o idrosci; sci acrobatico; immersione con autorespiratore; speleologia; motonautica; automobilismo; motociclismo; paracadutismo; sport aerei in genere; pugilato; lotta nelle sue varie forme; rugby; football americano;
- malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note all'Assicurato e non note alla Compagnia al momento della sottoscrizione della Proposta di assicurazione o dell'adesione al Programma Assicurativo;
- viaggi in Paesi a rischio per situazione climatica, politico-militare o medico-sanitaria; per l'elenco completo ed aggiornato di tali Paesi si rinvia all'apposita sezione del sito del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.

## SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

### Art. 16 – Decesso per qualsiasi causa

#### 16.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato, verificatosi nel periodo di validità del Contratto, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario il Capitale assicurato indicato nella Proposta/Certificato di assicurazione.

#### OPZIONE *UPGRADE* – valida solo se espressamente richiamata in Polizza

- In caso di **Decesso a seguito di Infortunio** dell'Assicurato, la Compagnia corrisponde al Beneficiario un **capitale aggiuntivo** pari al **100%** del Capitale assicurato per la garanzia Decesso per qualsiasi causa, fino ad un massimo di **€ 500.000,00**.
- In caso di **Decesso a seguito di Infortunio stradale** occorso all'Assicurato in qualità di:
  - conducente di Mezzo di trasporto privato;
  - passeggero su Mezzo di trasporto privato o Mezzo di trasporto pubblico;
  - pedone in caso di investimento da parte di qualsiasi veicolo;la Compagnia corrisponde al Beneficiario un **capitale aggiuntivo** pari al **200%** del Capitale assicurato per la garanzia Decesso per qualsiasi causa, fino ad un massimo di **€ 1.000.000,00**.

**Le prestazioni relative alle garanzie Decesso a seguito di Infortunio e Decesso a seguito di Infortunio stradale non sono cumulabili.**

L'opzione *Upgrade* opera anche se il decesso non è immediatamente successivo all'Infortunio, a condizione che avvenga entro **12 mesi** dall'Infortunio e sia riconducibile allo stesso in base a prove anatomicopatologiche.

#### Esempio

L'esempio è formulato con riferimento ad un Contratto che prevede:

- un Capitale assicurato per la garanzia Decesso per qualsiasi causa pari a € 800.000,00;
- l'attivazione dell'opzione *Upgrade*;
- il limite massimo di € 1.000.000,00 per la garanzia Decesso a seguito di Infortunio stradale.

In caso di decesso a seguito di Infortunio stradale occorso all'Assicurato in qualità di conducente di Mezzo di trasporto privato, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 1.800.000,00.

#### 16.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15.2, è escluso il suicidio dell'Assicurato accaduto nei 2 anni successivi alla Decorrenza del Programma Assicurativo.

### Art. 17 – Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia

#### 17.1 – Oggetto della garanzia



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

In caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% riconosciuta all'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia (IPT) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, esonererà il Contraente dal pagamento dei premi per la durata residua del Contratto, a partire dalla data di riconoscimento dell'IPT.

La prestazione è corrisposta a condizione che:

- l'Infortunio o la prima diagnosi della Malattia si siano verificati nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- l'IPT sia accertata da un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

#### 17.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15.2, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

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

#### 17.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile è pari a € 2.500,00 per Annualità assicurativa. Di conseguenza se il Premio annuale dovuto dal Contraente è superiore a tale importo, quest'ultimo sarà tenuto a versare la differenza alla Compagnia.

## SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

### Art. 18 – Denuncia di Sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dalla Compagnia, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet [www.metlife.it](http://www.metlife.it) nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile telefonare al Numero Verde 800.319.665. La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati di seguito. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. In caso di denuncia incompleta, la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. Resta inteso che la Compagnia potrà comunque richiedere ulteriore documentazione, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione. La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate.

### Art. 19 – Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro

**Decesso per qualsiasi causa / Decesso a seguito di Infortunio / Decesso a seguito di Infortunio stradale**

- Originale del certificato di morte
- Originale o copia conforme all'originale del certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza
- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia

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

- Verbale del pronto soccorso
- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Certificato autoptico
- Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico

**Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia**

- Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico
- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia

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

- Verbale del pronto soccorso
- Verbale redatto dalle autorità intervenute

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere gli **originali di Polizza** qualora il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione in possesso della Compagnia e/o quest'ultima contesti l'autenticità della Polizza o di altra documentazione contrattuale.

**Art. 20 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro**

I criteri per la determinazione dell'Indennizzo sono indicati nella Sezione III - agli articoli denominati "Oggetto della garanzia" - per ciascuna garanzia offerta.

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

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

**SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI****Art. 21 – Richiesta di Informazioni**

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

L'Assicurato ha inoltre la possibilità di accedere ad un'area riservata, disponibile sul sito web della Compagnia [www.metlife.it](http://www.metlife.it), nella quale visualizzare le informazioni sulla propria Polizza assicurativa.

**Art. 22 – Reclami****22.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni e all'Intermediario**

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

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

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

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

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

**22.2 – Reclami alle Autorità di Vigilanza**

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

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

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

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

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

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

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

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

## INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Cliente,

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

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

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

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

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

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

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

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

### Quali sono i suoi diritti?

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

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

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

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

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

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

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

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

**Diritti relativi al processo decisionale automatizzato, inclusa la profilazione.** Utilizziamo tecnologie per costruire i profili della nostra clientela per offrire i prodotti coerenti alle esigenze assicurative oppure per accettare o respingere in maniera automatizzata richieste di adesione basate su fattori predeterminati (es. età, stato di salute, abitudine al fumo, capitale assicurato, etc.) e determinare il giusto premio da applicare o la durata della copertura. Ciò implica che dal profilo di rischio riscontrato, potrebbe essere considerato non eleggibile a determinate coperture. In altre circostanze, la sua copertura potrebbe essere interrotta (ad es. per il raggiungimento dei limiti di età o per mancato pagamento del premio entro i limiti consentiti). L'utilizzo di processi decisionali automatizzati per tali finalità è necessario ai fini della conclusione e della gestione dei nostri contratti di polizza, riduce



gli errori e aumenta il livello di servizio. Se dovesse ritenere che la nostra tecnologia abbia commesso degli errori, può contattare il nostro Responsabile Privacy per richiedere una verifica scrivendo a [info.privacy@metlife.it](mailto:info.privacy@metlife.it).

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

#### Come contattarci o chiedere aiuto

Per ogni domanda o richiesta di aiuto in relazione alla nostra Informativa Privacy, la preghiamo di contattare il nostro **Responsabile della protezione dei dati personali**, i cui recapiti sono di seguito riportati: **Telefono: (+39) 06.492161 o e-mail [info.privacy@metlife.it](mailto:info.privacy@metlife.it).**

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

#### Come possiamo contattarla

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

#### Come proteggiamo i suoi dati personali

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

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

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

#### Comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e sondaggi

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

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

#### A chi possono essere comunicati i suoi dati

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

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

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

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

#### Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

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

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

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

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

**Consenso ad essere ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e ricerche di mercato:** vorremmo poterla contattare per proporle contenuti esclusivi, offerte e informazioni relative ai prodotti e servizi MetLife nonché per il compimento di ricerche di



mercato. Tali contatti potranno avvenire attraverso modalità automatizzate (es. e-mail e/o sms) o tradizionali (es. posta cartacea e/o telefonata tramite operatore).

**Consenso a sottoporre i suoi dati a profilazione per finalità commerciali:** vorremmo poter utilizzare i suoi dati personali in nostro possesso per individuare i suoi specifici interessi sulla base di una preventiva attività di profilazione. Per profilazione s'intende qualsiasi forma di trattamento automatizzato di dati personali, svolto anche attraverso decisioni automatizzate, volta a valutare determinati aspetti personali e/o abitudini al fine di farle pervenire le nostre proposte commerciali più aderenti al suo profilo.

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

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

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

# PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

## Polizza Vita Benessere Futuro

Questo documento è stato realizzato in data 16/03/2020 ed è l'ultimo disponibile

Proposta N.: \_\_\_\_\_

Valida fino al: \_\_\_\_\_

### DATI DEL CONTRAENTE / ASSICURATO (il Rappresentante Legale in caso di Contraente persona giuridica)

Nome:	Cognome:	C.F.:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di Nascita:	Comune di Nascita o Stato Estero:	Prov.:	Cittadinanza:
Stato Civile: <input type="checkbox"/> Coniugato <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Divorziato <input type="checkbox"/> Vedovo <input type="checkbox"/> Convivente	Professione:		
Indirizzo di Residenza:	Cap:	Comune:	Prov.: Stato:
Indirizzo di Domicilio:	Cap:	Comune:	Prov.: Stato:
Telefono:	Cellulare:	E-mail:	
Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente	Numero:		
Data di Rilascio:	Data di Scadenza:	Comune o Stato Estero ed Ente di Rilascio:	

### DATI DELL'AZIENDA (in caso di Contraente persona giuridica)

Denominazione completa:	Luogo e Data di Costituzione:		
C.F.:	P.IVA:	Numero Iscrizione Registro Imprese:	
Indirizzo Sede Legale:	Cap:	Comune:	Prov.: Stato:
Attività Economica:	Sottogruppo:	Gruppo/Ramo:	

### DATI DELLA POLIZZA

#### GARANZIE

- ☒ Decesso per qualsiasi causa
- ☒ Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia
- ☐ **OPZIONE UPGRADE**
  - ☒ Decesso a seguito di Infortunio
  - ☒ Decesso a seguito di Infortunio stradale

#### CAPITALE ASSICURATO

€ _____	Esonero dal pagamento dei premi
€ _____	

<b>Decorrenza:</b> dalle ore 24.00 del _____	<b>Durata (in anni):</b> _____	<b>Periodo di Carenza:</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>Spese di Gestione:</b> € 24,00 per annualità assicurativa	<b>Premio Annuale (spese di gestione incluse):</b> € _____	
<b>Frazionamento del Premio:</b> <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Semestrale	<b>Numero di Rate(*):</b> _____	<b>Premio di Rata(*):</b> € _____

(\*) Solo in caso di frazionamento del Premio

#### AVVERTENZE

- Al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato, la garanzia Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia cessa ed il Premio sarà ricalcolato al netto della porzione a copertura del rischio invalidità permanente totale.
- Le prestazioni relative alle garanzie Decesso a seguito di Infortunio e Decesso a seguito di Infortunio stradale non sono cumulabili.
- Il Contratto prevede un periodo di Carenza a partire dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo qualora sia stato stipulato senza effettuare alcuna visita medica.

### MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio viene corrisposto alla Compagnia tramite addebito su carta di credito American Express intestata al Contraente.

#### AVVERTENZE

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
- In caso di Contraente persona giuridica, dovrà essere compilato obbligatoriamente l'allegato alla presente Proposta contenente le informazioni utili per l'identificazione del "titolare effettivo", necessaria per la conclusione del Contratto.
- Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a), verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.
- 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 il Contraente abbia stipulato più di una polizza Benessere Futuro, ai fini dell'individuazione della formalità di assunzione del rischio da espletare, occorrerà sommare l'importo già assicurato con il nuovo importo da assicurare.
- L'Assicurato ha la possibilità di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia: [www.metlife.it](http://www.metlife.it).

## DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE / ASSICURATO

### INFORMATIVA PRECONTRATTUALE E CONTRATTUALE

Il sottoscritto dichiara:

- di aver ricevuto copia dell'informativa precontrattuale e dei seguenti documenti che compongono il Set informativo relativo al prodotto assicurativo **Benessere Futuro – Mod. BFD Ed. 2020/03**, ai sensi dell'art. 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018: a) DIP Vita e DIP aggiuntivo Vita; b) Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario e dell'Informativa privacy; c) Fac-simile della Proposta/Certificato di assicurazione;
- di aver scelto la modalità ☐ E-mail ☐ Cartacea per la trasmissione della documentazione precontrattuale e contrattuale, nonché di eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia in corso di Contratto, e di essere a conoscenza della possibilità di cambiare tale modalità senza alcun costo a mio carico.

Data (gg/mm/aa)

Firma

### PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Il sottoscritto propone a MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia la stipula della Polizza **Benessere Futuro – Mod. BFD Ed. 2020/03**, sulla base delle condizioni contenute nel relativo Set informativo.

A tal fine, il sottoscritto dichiara:

- che tutte le informazioni e le dichiarazioni rese nella presente proposta - anche se materialmente apposte da altri - sono veritiere e che non è stata omessa o taciuta alcuna circostanza;
- di essere a conoscenza che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono o potranno averlo curato e/o visitato, nonché altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali la Compagnia, anche dopo l'eventuale Sinistro, credesse di rivolgersi per acquisire informazioni;
- di essere a conoscenza che la presente proposta, con tutti i relativi allegati, non sarà restituita dalla Compagnia;
- di essere a conoscenza che la decisione sull'accettazione della presente proposta spetta unicamente alla Compagnia e che, qualora quest'ultima dovesse applicare una maggiorazione di premio, escludere determinate patologie, differire o rifiutare l'assicurazione del rischio, non sarà tenuta ad indicarne i motivi;
- di essere a conoscenza che la Compagnia comunicherà il proprio obbligo, unitamente alle condizioni di accettazione del rischio, tramite apposita lettera di conferma;
- di essere a conoscenza che il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di perfezionamento del Contratto e rimane in vigore per il periodo di durata scelto, compreso tra 5 e 30 anni, a condizione che il Premio sia pagato;
- di essere a conoscenza del diritto di recedere senza alcuna penalità e senza dover indicare il motivo entro 30 giorni dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo, secondo quanto specificato nelle Condizioni di assicurazione;
- di rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle Condizioni di assicurazione;
- di aver fornito alla Compagnia le informazioni necessarie alla valutazione delle proprie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del Contratto con tali richieste ed esigenze prima della sottoscrizione, ai sensi dell'art. 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- di aver designato nella presente proposta, o nell'apposita appendice, il beneficiario in caso di decesso;
- ☐ di essere persona politicamente esposta ☐ di non essere persona politicamente esposta;
- che i fondi da utilizzare per il pagamento dei premi hanno origine da:
  - ☐ reddito da lavoro dipendente ☐ reddito da lavoro autonomo ☐ patrimonio personale ☐ altro (specificare) \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aa)

Firma

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso le Condizioni di assicurazione e di approvare specificamente ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c. le seguenti disposizioni: art. 2 Perfezionamento del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo; art. 3 Premio assicurativo; art. 6 Aggravamento e diminuzione del rischio in corso di Contratto; art. 9 Risoluzione delle controversie; art. 14 Contraente e persone assicurabili; art. 15 Carenza ed Esclusioni valide per tutte le garanzie; art. 16 Decesso per qualsiasi causa; art. 17 Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia; art. 18 Denuncia di Sinistro; art. 19 Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro.

Data (gg/mm/aa)

Firma

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Data (gg/mm/aa)

Firma

## AVVERTENZE

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

## DESIGNAZIONE DI BENEFICIARIO

In caso di **Invalidità Permanente Totale** il beneficiario è l'Assicurato.

In caso di **Decesso**, il Contraente designa i seguenti beneficiari:

-  Beneficiario nominativo:

- ☐ Il sottoscritto dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario, qualora indicato in forma nominativa, prima dell'evento.

- ☐
- Altro (specificare)

### REFERENTE TERZO (FACOLTATIVO)

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, il sottoscritto può identificare un referente terzo diverso dal beneficiario, a cui la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato (*indicare i dati anagrafici e il codice fiscale utili per l'identificazione*).

## ASSUNZIONE DEL RISCHIO

## STATO DI FUMATORE / NON FUMATORE

Il sottoscritto dichiara di:

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

## AVVERTENZA

La Compagnia, qualora si trovi nell'impossibilità di effettuare l'adeguata verifica della clientela, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare o proseguire il rapporto e le operazioni, valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF e, in caso di liquidazione della prestazione, se richiederne la sospensione. Nel caso in cui l'impossibilità riguardi rapporti continuativi in essere, la Compagnia si astiene dall'effettuare modifiche contrattuali, nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.

## DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il Contratto viene assunto dalla Compagnia con modalità diverse in base all'età dell'Assicurato ed al capitale assicurato. Gli originali delle visite mediche e degli esami clinici forniti alla Compagnia sono da essa trattenuti a titolo definitivo.

Di seguito l'elenco degli **accertamenti sanitari** richiesti:

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio, la Compagnia si riserva la facoltà di: a) richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari; b) stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di una maggiorazione di premio o l'esclusione di specifici rischi; c) differire o rifiutare l'assunzione del rischio.

La Compagnia si riserva inoltre - indipendentemente dall'età dell'Assicurato e dall'importo del capitale assicurato - di valutare il rischio derivante dall'esercizio di attività professionali e sport amatoriali e/o professionali dietro compilazione di appositi questionari.

# CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

## Polizza Vita Benessere Futuro

Questo documento è stato realizzato in data 16/03/2020 ed è l'ultimo disponibile

Polizza N. \_\_\_\_\_

### DATI DEL CONTRAENTE / ASSICURATO (il Rappresentante Legale in caso di Contraente persona giuridica)

Nome:	Cognome:	C.F.:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di Nascita:	Comune di Nascita o Stato Estero:	Prov.:	Cittadinanza:
Stato Civile: <input type="checkbox"/> Coniugato <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Divorziato <input type="checkbox"/> Vedovo <input type="checkbox"/> Convivente	Professione:		
Indirizzo di Residenza:	Cap:	Comune:	Prov.: Stato:
Indirizzo di Domicilio:	Cap:	Comune:	Prov.: Stato:
Telefono:	Cellulare:	E-mail:	
Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente	Numero:		
Data di Rilascio:	Data di Scadenza:	Comune o Stato Estero ed Ente di Rilascio:	

### DATI DELL'AZIENDA (in caso di Contraente persona giuridica)

Denominazione completa:	Luogo e Data di Costituzione:		
C.F.:	P.IVA:	Numero Iscrizione Registro Imprese:	
Indirizzo Sede Legale:	Cap:	Comune:	Prov.: Stato:
Attività Economica:	Sottogruppo:	Gruppo/Ramo:	

### DATI DELLA POLIZZA

#### GARANZIE

- ☒ Decesso per qualsiasi causa
- ☒ Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia
- ☐ **OPZIONE UPGRADE**
  - ☒ Decesso a seguito di Infortunio
  - ☒ Decesso a seguito di Infortunio stradale

#### CAPITALE ASSICURATO

€ _____	Esonero dal pagamento dei premi
€ _____	

<b>Decorrenza:</b> dalle ore 24.00 del _____	<b>Durata (in anni):</b> _____	<b>Periodo di Carenza:</b> sì
<b>Spese di Gestione:</b> € 24,00 per annualità assicurativa	<b>Premio Annuale</b> (spese di gestione incluse): € _____	
<b>Frazionamento del Premio:</b> <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Semestrale	<b>Numero di Rate<sup>(*)</sup>:</b> _____	<b>Premio di Rata<sup>(*)</sup>:</b> € _____

<sup>(\*)</sup> Solo in caso di frazionamento del Premio

#### AVVERTENZE

- Al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato, la garanzia Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia cessa ed il Premio sarà ricalcolato al netto della porzione a copertura del rischio invalidità permanente totale.
- Le prestazioni relative alle garanzie Decesso a seguito di Infortunio e Decesso a seguito di Infortunio stradale non sono cumulabili.
- Il Contratto prevede un periodo di Carenza a partire dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo poiché è stato stipulato senza effettuare alcuna visita medica.

### MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio viene corrisposto alla Compagnia tramite addebito su carta di credito American Express intestata al Contraente.

## AVVERTENZE

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
- In caso di Contraente persona giuridica, dovrà essere compilato obbligatoriamente l'allegato al presente Certificato contenente le informazioni utili per l'identificazione del "titolare effettivo", necessaria per la conclusione del Contratto.
- Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a), verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.
- 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 il Contraente abbia stipulato più di una polizza Benessere Futuro, ai fini dell'individuazione della formalità di assunzione del rischio da espletare, occorrerà sommare l'importo già assicurato con il nuovo importo da assicurare.
- L'Assicurato ha la possibilità di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia: [www.metlife.it](http://www.metlife.it).

## DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE / ASSICURATO

### INFORMATIVA PRECONTRATTUALE E CONTRATTUALE

Il sottoscritto dichiara:

- di aver ricevuto copia dell'informativa precontrattuale e dei seguenti documenti che compongono il Set informativo relativo al prodotto assicurativo **Benessere Futuro – Mod. BFD Ed. 2020/03**, ai sensi dell'art. 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018: a) DIP Vita e DIP aggiuntivo Vita; b) Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario e dell'Informativa privacy; c) Fac-simile della Proposta/Certificato di assicurazione;
- di aver scelto la modalità ☐ E-mail ☐ Cartacea per la trasmissione della documentazione precontrattuale e contrattuale, nonché di eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia in corso di Contratto, e di essere a conoscenza della possibilità di cambiare tale modalità senza alcun costo a mio carico.

Data (gg/mm/aa)

Firma

### ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Il sottoscritto dichiara:

- che tutte le informazioni e le dichiarazioni rese nel presente certificato - anche se materialmente apposte da altri - sono veritiere e che non è stata omessa o taciuta alcuna circostanza;
- di essere a conoscenza che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono o potranno averlo curato e/o visitato, nonché altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali la Compagnia, anche dopo l'eventuale Sinistro, credesse di rivolgersi per acquisire informazioni;
- di aver aderito tramite sito internet o telefonia vocale al prodotto assicurativo **Benessere Futuro – Mod. BFD Ed. 2020/03** e, in caso di adesione tramite telefonia vocale, di aver richiesto l'attivazione immediata della copertura;
- in caso di adesione tramite telefonia vocale, di aver autorizzato la Compagnia a conservare la registrazione dell'adesione telefonica;
- di essere a conoscenza che il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di perfezionamento del Contratto e rimane in vigore per il periodo di durata scelto, compreso tra 5 e 30 anni, a condizione che il Premio sia pagato;
- di essere a conoscenza del diritto di recedere senza alcuna penalità e senza dover indicare il motivo entro 30 giorni dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo, secondo quanto specificato nelle Condizioni di assicurazione;
- di rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle Condizioni di assicurazione;
- di aver fornito alla Compagnia le informazioni necessarie alla valutazione delle proprie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del Contratto con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione, ai sensi dell'art. 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- di aver designato nella presente proposta, o nell'apposita appendice, il beneficiario in caso di decesso;
- ☐ di essere persona politicamente esposta ☐ di non essere persona politicamente esposta;
- che i fondi da utilizzare per il pagamento dei premi hanno origine da:
  - ☐ reddito da lavoro dipendente ☐ reddito da lavoro autonomo ☐ patrimonio personale ☐ altro (specificare) \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aa)

Firma

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso le Condizioni di assicurazione e di approvare specificamente ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c. le seguenti disposizioni: art. 2 Perfezionamento del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo; art. 3 Premio assicurativo; art. 6 Aggravamento e diminuzione del rischio in corso di Contratto; art. 9 Risoluzione delle controversie; art. 14 Contraente e persone assicurabili; art. 15 Carenza ed Esclusioni valide per tutte le garanzie; art. 16 Decesso per qualsiasi causa; art. 17 Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia; art. 18 Denuncia di Sinistro; art. 19 Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro.

Data (gg/mm/aa)

Firma

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Data (gg/mm/aa)

Firma



### AVVERTENZE

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

### DESIGNAZIONE DI BENEFICIARIO

In caso di **Invalità Permanente Totale** il beneficiario è l'Assicurato.

In caso di **Decesso**, il Contraente designa i seguenti beneficiari:

☐ Beneficiario nominativo:

☐ Il sottoscritto dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario, qualora indicato in forma nominativa, prima dell'evento.

☐ Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### REFERENTE TERZO (FACOLTATIVO)

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, il sottoscritto può identificare un referente terzo diverso dal beneficiario, a cui la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato (indicare i dati anagrafici e il codice fiscale utili per l'identificazione).

### ASSUNZIONE DEL RISCHIO

#### STATO DI FUMATORE / NON FUMATORE

Il sottoscritto dichiara di:

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

### AVVERTENZA

La Compagnia, qualora si trovi nell'impossibilità di effettuare l'adeguata verifica della clientela, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare o proseguire il rapporto e le operazioni, valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF e, in caso di liquidazione della prestazione, se richiederne la sospensione. Nel caso in cui l'impossibilità riguardi rapporti continuativi in essere, la Compagnia si astiene dall'effettuare modifiche contrattuali, nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.

### QUESTIONARIO ANAMNESTICO A

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

1. Ha un'altezza (cm) pari a _____ ed un peso (kg) pari a _____	Altezza (cm) – Peso (kg) = _____
2. Durante gli ultimi 5 anni ha interrotto la sua attività lavorativa per più di un mese per problemi di salute?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
3. Durante gli ultimi 5 anni ha subito ricoveri o interventi chirurgici e/o è attualmente in attesa di ricovero? <i>Ad eccezione di seguenti casi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazioni del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale, chirurgia estetica.</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
4. Soffre di malattie per cui è necessaria una terapia medica (farmacologica e non) per un periodo continuativo di oltre 21 giorni? <i>Ad eccezione di anti-concezionali, anti-istaminici, farmaci per la tiroide, farmaci per la ipercolesterolemia, farmaci per la pressione purché i valori della pressione siano mantenuti nella norma dalla terapia.</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
5. Soffre e/o ha sofferto di una delle seguenti patologie: tumore, epatite, cardiopatie ischemiche, ictus, diabete, infezioni da HIV?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
6. E' invalido?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
7. In caso di risposta affermativa alla domanda precedente, ha un'invalidità pari o superiore al 66%?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Data (gg/mm/aa)

Firma

### QUESTIONARIO ANAMNESTICO B

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

1. Ha un'altezza (cm) pari a _____ ed un peso (kg) pari a _____	Altezza (cm) – Peso (kg) = _____
2. È dimagrito involontariamente negli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
3. Ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, cure o esami, per una o più delle seguenti malattie negli ultimi 10 anni:	
a. infarto, angina pectoris, valvulopatie, ipertensione non controllata dalla terapia o altre malattie del cuore o del sistema circolatorio?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b. ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), aneurismi, emorragie cerebrali o altre malattie dell'apparato cerebrovascolare?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
c. diabete, ipercolesterolemia non trattata, alterazioni tiroidee non controllate o altre malattie del sistema endocrino-metabolico?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

d. epatite, pancreatite, colite ulcerosa, morbo di Crohn, cirrosi epatica o altre malattie dell'apparato digerente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
e. artrite reumatoide, lupus eritematoso o altre malattie sistemiche o immunologiche?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
f. anemie, emorragie o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
g. sclerosi multipla, paralisi, epilessia, nevrosi o altre malattie neurologiche o del sistema nervoso?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
h. ematuria (presenza di sangue nelle urine), proteinuria (proteine nelle urine), papillomi vescicali, prostatiti o altre malattie dell'apparato genitourinario?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
i. bronchiti croniche ricorrenti, enfisema o altre malattie croniche dell'apparato respiratorio?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
j. sieropositività all'HIV, AIDS o malattie HIV-correlate?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
k. malattie dell'apparato muscoloscheletrico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. Ha mai ricevuto una diagnosi o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi, cure o esami per cancro, qualsiasi tipo di tumore anche benigno, leucemia, polipi o diverticoli intestinali, malattie linfonodali o ghiandolari, linfomi, malattia di Hodgkin, ecc.?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. Attualmente è in attesa di effettuare o di ricevere esiti relativi a esami diagnostici o visite specialistiche oppure è in attesa di ricovero?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6. Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari (ad es. risonanza magnetica, ecografie, TAC, scintigrafia, radiografie, ECG al cicloergometro, biopsie, mammografia) che abbiano dato esito fuori dalla norma?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7. È invalido?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8. In caso di risposta affermativa alla domanda precedente, ha un'invalidità pari o superiore al 66%?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
9. Soffre di malattie per cui è necessaria una terapia medica (farmacologica e non) per un periodo continuativo di oltre 21 giorni (ad eccezione di anti-concezionali, anti-istaminici, farmaci per la ipercolesterolemia, farmaci per la pressione purché i valori della pressione siano mantenuti nella norma dalla terapia)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
10. Pratica una o più delle seguenti attività sportive: alpinismo (oltre III grado e/o su ghiaccio o con accesso a ghiacciai), speleologia, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci? Se sì, specificare _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11. Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Fornire dettagli per ciascuna delle domande a cui ha risposto "Sì":

Data (gg/mm/aa)

Firma

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



## ALLEGATO ALLA PROPOSTA / CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

### Polizza Vita Benessere Futuro

Nel caso in cui il titolare effettivo della società sia diverso dal Rappresentante Legale della stessa, il presente allegato dovrà essere compilato con i dati del titolare effettivo (per la definizione di titolare effettivo si rimanda all'articolo 2, comma 1, lettera vv) del Regolamento IVASS n. 44 del 12 febbraio 2019).

**AVVERTENZA:** in caso di più titolari effettivi, ciascuno di essi dovrà compilare e sottoscrivere il presente allegato

#### DATI DEL TITOLARE EFFETTIVO

Nome:		Cognome:		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		C.F.:		
Data di Nascita:		Comune di Nascita o Stato Estero:			Prov.:		Cittadinanza:	
Indirizzo di Residenza:			Cap:	Comune:		Prov.:	Stato:	
Indirizzo di Domicilio:			Cap:	Comune:		Prov.:	Stato:	
Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente				Numero:				
Data di Rilascio:		Data di Scadenza:		Comune o Stato Estero ed Ente di Rilascio:				

#### CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DELLA TITOLARITÀ EFFETTIVA

(persone fisiche - una o più - che esercitano un controllo o un'influenza dominante o hanno funzioni di direzione e/o controllo)

☐ Mediante la detenzione di azioni e/o quote della società

☐ diretta

☐ indiretta (specificare) \_\_\_\_\_

☐ Esercizio del controllo (specificare) in ragione di:

☐ diritti di voto da esercitarsi in assemblea ordinaria

☐ accordi contrattuali e/o poteri da statuto societario

☐ titolarità di funzioni direttive \_\_\_\_\_

Sulla base di quanto sopra riportato, il sottoscritto inoltre dichiara:

☐ di essere persona politicamente esposta ☐ di non essere persona politicamente esposta

#### In caso di gruppi societari

Se disponibile, allegare il modulo riportante lo schema societario e/o effettuare un'adeguata illustrazione della società all'interno del gruppo societario.

La dichiarazione circa la titolarità effettiva è effettuata in riferimento ai dati disponibili sui database pubblici, in quanto l'entità di riferimento è (evidenziare una delle seguenti risposte):

- ☐ una società quotata, i cui strumenti finanziari sono ammessi alla negoziazione su un mercato finanziario regolamentato in conformità alla direttiva 2004/39 / UE in uno o più stati membri, ovvero in uno stato estero sottoposto ad obblighi equivalenti
- ☐ una pubblica amministrazione, un ufficio pubblico o una società pubblica che effettua attività e/o funzioni pubbliche conformemente alle disposizioni del trattato UE e/o delle disposizioni comunitarie e/o nazionali
- ☐ un intermediario finanziario sottoposto a vigilanza europea
- ☐ una società fiduciaria autorizzata all'attività mediante iscrizione all'art. 106 T.U.B. (Testo Unico Bancario)

per l'effetto, si dichiara l'accuratezza, completezza e aggiornamento dei dati, anche in conformità al **D.Lgs. 60/2018** (concernente l'"accesso da parte delle autorità fiscali alle informazioni afferenti al contrasto al riciclaggio").

Data (gg/mm/aa)	Firma
-----------------	-------