

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia



Contratto di assicurazione Creditor Protection Insurance.

Convenzione assicurativa n. CL/16/713 “Salvarata” stipulata da Consel S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia.

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

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

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa

Informazione importante

Si illustrano di seguito le caratteristiche principali del prodotto assicurativo offerto dalla Compagnia.

	Prodotto Assicurativo
CONDIZIONE LAVORATIVA ALLA DATA DI ADESIONE	<p>Lavoratori dipendenti privati:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) che non possiedano un contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana; b) oppure che, pur in possesso di un contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana, lavorino presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado; <p>Lavoratori dipendenti pubblici</p> <p>Lavoratori autonomi</p> <p>Lavoratori domestici</p> <p>Non lavoratori</p>
GARANZIE	<p>Decesso</p> <p>Invalidità Permanente Totale</p> <p>Inabilità Temporanea Totale</p> <p>Malattia Grave</p> <p>Si rinvia all'art. 8 delle condizioni di assicurazione per un'elencazione puntuale di tutte le limitazioni alle garanzie sopra elencate.</p>
ASSUNZIONE DEL RISCHIO	<p>Le <u>formalità di assunzione del rischio</u> variano in base all'importo da assicurare e sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sottoscrizione della Dichiarazione di Buona Salute (per importi fino a € 30.000,00); - compilazione e sottoscrizione del Questionario Anamnestico (per importi superiori a € 30.000,00 e fino a € 60.000,00). <p><u>Attenzione:</u> le dichiarazioni false, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Buona Salute o della compilazione e sottoscrizione del Questionario Anamnestico possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, qualora le stesse siano relative a circostanze tali per cui la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso, oppure non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.</p>

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

A) NOTA INFORMATIVA

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

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

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

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

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

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2015 è pari a €710.467.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari ad €4.152.000,00 rispetto al capitale autorizzato pari a €100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di €1,00 ciascuna, di cui 4.152.000 emesse, e altre riserve pari a €706.315.000,00. L'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c., ossia il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 193%.

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

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte – Limitazioni ed Esclusioni

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

Il contratto di assicurazione viene offerto, in via esclusiva, a tutti quei soggetti che alla data di adesione al Programma assicurativo si trovino in una delle seguenti condizioni lavorative:

- lavoratori dipendenti privati:
 - a) che non possiedano un contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana;
 - b) oppure che, pur in possesso di un contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana, lavorino presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado;
- lavoratori dipendenti pubblici;
- lavoratori autonomi;
- lavoratori domestici;
- non lavoratori.

Il contratto di assicurazione prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- prestazione in caso di Decesso per qualsiasi causa (D);
- prestazione in caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia (IPT);
- prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia (ITT);
- prestazione in caso di Malattia Grave (MG).

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

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

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

- 1) - periodo di ITT: **05/09/2015 – 20/11/2015**;
- data di scadenza della rata di rimborso mensile del finanziamento: **il primo del mese**;
- Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della Franchigia assoluta (60 giorni): **nessuno**;
- 2) - periodo di ITT: **05/09/2015 – 02/12/2015**;
- data di scadenza della rata di rimborso mensile del finanziamento: **il primo del mese**;
- Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della Franchigia assoluta (60 giorni): **€100,00**;
- 3) - periodo di ITT: **05/09/2015 – 20/03/2017**;
- data di scadenza della rata di rimborso mensile del finanziamento: **il primo del mese**;
- Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della Franchigia assoluta (60 giorni) e del massimale di 12 mensilità: **€1.200,00**.

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

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

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

5. Premi

Il Premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute ed alle attività professionali svolte.

Il Premio è unico ed è calcolato moltiplicando il tasso di Premio per il capitale iniziale del finanziamento e per la durata del piano di rimborso del finanziamento espressa in mesi (comprensiva dell'eventuale periodo di preammortamento).

Il Premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.

Non è prevista la possibilità di frazionare il Premio.

Il premio non è soggetto ad adeguamento.

Si informa l'Assicurato che:

- il **50,00%** del Premio netto imposte (ovvero € 50,00 per ogni € 100,00 di Premio netto imposte) è in media corrisposto all'Intermediario a titolo di remunerazione dell'attività di distribuzione del prodotto assicurativo;
- in caso di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento, la copertura assicurativa cessa e la Compagnia restituirà all'Assicurato la porzione di Premio, pagata e non goduta, relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento e la scadenza del Programma Assicurativo inizialmente prevista, ivi comprese le commissioni, al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio (pari a €40,00). L'Assicurato, in alternativa, può richiedere che la copertura assicurativa rimanga in vigore fino alla scadenza del Programma Assicurativo inizialmente prevista, mediante apposita comunicazione da consegnare alla Contraente contestualmente all'estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento.

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

C. INFORMAZIONI SUI COSTI E REGIME FISCALE

6. Costi gravanti sul Premio

COSTO COMPLESSIVO PER EMISSIONE, GESTIONE E ACQUISIZIONE DEL CONTRATTO (CARICAMENTI)

77,00% del premio netto imposte (di cui il 50,00% corrisposto come costo di intermediazione e distribuzione)

7. Regime fiscale

Al presente contratto di assicurazione si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR). I premi per le garanzie del ramo vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni. I premi per le garanzie del ramo danni sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'ammontare dei premi. I premi delle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente superiore al 5%, derivante da qualsiasi causa, saranno detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Assicurato nella misura e per gli importi previsti dalla normativa vigente.

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

8. Modalità di perfezionamento del Contratto

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

9. Diritto di recesso

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Contratto, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Compagnia presso la Contraente, **entro 60 giorni** dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione. A partire dall'inizio del quinto anno del Programma Assicurativo, spetterà inoltre all'Assicurato il diritto di recedere con effetto a decorrere dall'inizio della successiva annualità e senza alcun onere, a condizione che tale recesso venga esercitato con un **preavviso di 60 giorni** rispetto alla fine dell'annualità del Programma Assicurativo nel corso della quale viene comunicato il recesso. In entrambi i casi la Compagnia, per il tramite della Contraente, restituirà all'Assicurato, l'importo del Premio finanziato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

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

Si rinvia all'art. 10 delle Condizioni di assicurazione per le modalità di presentazione della denuncia di Sinistro alla Compagnia. In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna a procedere al pagamento di quanto dovuto ai beneficiari entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. **Ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in 10 anni.** Qualora i beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti, entro il suddetto termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

11. Legge applicabile al Contratto

Al contratto di assicurazione si applica la legge italiana.

12. Lingua in cui è redatto il Contratto

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

13. Reclami

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

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

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

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Compagnia non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto);
- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami riguardanti le disposizioni del Codice del Consumo relative alla commercializzazione a distanza di prodotti assicurativi;

il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma, secondo le modalità di seguito indicate e corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia.

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

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

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

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

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

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

14. Comunicazioni dell'Assicurato alla Compagnia

Con riferimento al presente contratto di assicurazione, l'Assicurato è esentato dalla comunicazione di cui all'art. 1926 c.c.

15. Conflitto di interessi

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

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

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



B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

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

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

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

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

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

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

Contraente: Consel S.p.A. con Sede Legale in Via Bellini n. 2, 10121 Torino, iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000200298, in data 26/10/2007.

Contratto (o Polizza): il contratto di assicurazione stipulato dall'Assicurato con la Compagnia.

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

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

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

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

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

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

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

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

Lavoratori domestici: i prestatori di lavoro il cui rapporto è regolato dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico.

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

Modulo di adesione al Programma Assicurativo: il documento sottoscritto dall'Assicurato che prova l'adesione al Programma Assicurativo.

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

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

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

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

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

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

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

L'assicurazione viene offerta, in via esclusiva, a tutti quei soggetti che alla data di adesione al Programma assicurativo si trovino in una delle seguenti condizioni lavorative:

- lavoratori dipendenti privati:
 - a) che non possiedano un contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana;
 - b) oppure che, pur in possesso di un contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana, lavorino presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado;
- lavoratori dipendenti pubblici;
- lavoratori autonomi;
- lavoratori domestici;
- non lavoratori.

L'assicurazione può essere abbinata ai finanziamenti erogati dalla Contraente con durata da 1 a 120 mesi e capitale iniziale fino a €60.000,00.

ART. 2 – GARANZIE

Il Programma Assicurativo offerto dalla Compagnia prevede le seguenti garanzie:

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

Si informa l'Assicurato che le garanzie sono valide senza limiti territoriali. Tuttavia l'**IPT**, l'**ITT** e la **MG** devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che sia abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

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

3.1 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche a condizione che:

- al momento dell'adesione al Programma Assicurativo: siano residenti nel territorio della repubblica italiana; siano munite di codice fiscale italiano; abbiano sottoscritto un contratto di finanziamento con la Contraente; abbiano un'età compresa tra 18 e 78 anni non compiuti; si trovino in una delle seguenti condizioni lavorative:
 - lavoratori dipendenti privati:
 - a) che non possiedano un contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana;
 - b) oppure che, pur in possesso di un contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana, lavorino presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado;
 - lavoratori dipendenti pubblici;
 - lavoratori autonomi;
 - lavoratori domestici;
 - non lavoratori.
- al termine del piano di rimborso del finanziamento, non abbiano ancora compiuto 78 anni di età.

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

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

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

- Importo fino a € 30.000,00: si richiede la sottoscrizione della Dichiarazione di Buona Salute riportata nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo; il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato.
- Importo superiore a € 30.000,00 e fino a € 60.000,00: si richiede la compilazione e sottoscrizione del Questionario Anamnestico riportato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo; il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato unicamente nel caso in cui il medesimo abbia compilato il Questionario Anamnestico con risposta negativa a tutte le domande. In caso di risposta affermativa, anche ad una soltanto delle domande poste nel Questionario Anamnestico, non sarà possibile perfezionare il Contratto.

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

3.3 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

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

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

ART. 4 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa decorre:

- per i finanziamenti con differimento di rimborso, dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso superiore a 5 mesi, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, **a condizione che il Premio risulti pagato**;
- per i finanziamenti senza differimento di rimborso, dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui intercorrano più di 30 giorni tra la data di erogazione e la scadenza della prima rata del finanziamento, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, **a condizione che il Premio risulti pagato**.

La copertura assicurativa rimane in vigore fino al termine del piano di rimborso del finanziamento, **con un massimo di 120 mesi**.

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

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato;
- b) al pagamento della prestazione relativa alla garanzia Invalidità Permanente Totale o Malattia Grave;
- c) in caso di estinzione anticipata del finanziamento, salvo diversa richiesta dell'Assicurato ai sensi dell'art. 5;

d) in caso di esercizio del diritto di recesso.

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

ART. 5 – ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento, la copertura assicurativa cessa e la Compagnia restituirà all'Assicurato la porzione di Premio, pagata e non goduta, relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento e la scadenza del Programma Assicurativo inizialmente prevista, ivi comprese le commissioni, al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio (pari a € 40,00). La porzione di Premio da restituire è calcolata: per il Premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo; per i Caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura. L'Assicurato, in alternativa, può richiedere che la copertura assicurativa rimanga in vigore fino alla scadenza del Programma Assicurativo inizialmente prevista, mediante apposita comunicazione da consegnare alla Contraente contestualmente all'estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento.

Formula di calcolo per il rimborso del Premio:

$$R = \frac{P * (U - E) * (U - E + 1)}{(U - I) * (U - I + 1)} + \frac{C * (U - E)}{(U - I)} - 40,00$$

Dove:

R = Premio rimborsato

P = Premio puro

C = Caricamenti

U = data termine assicurazione

E = data estinzione anticipata

I = data inizio assicurazione

Esempio:

Premio: € 1.000,00

Premio puro: € 300,00

Caricamenti: € 700,00

Data inizio assicurazione: 01/01/2015

Data termine assicurazione: 31/12/2015

Data estinzione anticipata: 01/07/2015

Spese amministrative: € 40,00

Premio Rimborsato: € 387,95

$$387,95 = \frac{300 * 183 * 184}{364 * 365} + \frac{700 * 183}{364} - 40,00$$

Informazione importante

In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento, la copertura assicurativa rimane in vigore per la durata del Programma Assicurativo inizialmente prevista sulla base dell'originario piano di rimborso del finanziamento e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio.

ART. 6 – RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Contratto, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Compagnia presso la Contraente, **entro 60 giorni** dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione. A partire dall'inizio del quinto anno del Programma Assicurativo, spetterà inoltre all'Assicurato il diritto di recedere con effetto a decorrere dall'inizio della successiva annualità e senza alcun onere, a condizione che tale recesso venga esercitato con un **preavviso di 60 giorni** rispetto alla fine dell'annualità del Programma Assicurativo nel corso della quale viene comunicato il recesso. In entrambi i casi la Compagnia, per il tramite della Contraente, restituirà all'Assicurato, l'importo del Premio finanziato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

ART. 7 – PRESTAZIONI ASSICURATE

▪ Decesso per qualsiasi causa

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

▪ Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia

L'Invalidità Permanente Totale corrisponde ad un'invalidità di grado pari o superiore al 66% e deve essere riconosciuta, con certificazione medica rilasciata da un medico che sia abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea, dopo un periodo di almeno 12 mesi consecutivi dalla data della prima diagnosi della Malattia o di almeno 6 mesi dalla data dell'evento in caso d'Infortunio. Per il calcolo del grado di invalidità permanente si conviene di adottare come riferimento la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche.

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

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

In caso di Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato (ITT) che comporti la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria professione, in caso di Assicurato lavoratore, o di attendere ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti la vita umana riportate di seguito (nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi) in caso di Assicurato non lavoratore, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 8, rimborsa al Beneficiario una somma pari alle rate di rimborso mensili del finanziamento, dovute dopo il periodo di Franchigia, che hanno scadenza nel periodo di ITT comprovato, eccetto arretrati, interessi di mora ed eventuale maxirata finale. **La prestazione viene corrisposta a condizione che l'ITT abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni consecutivi e sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea (la Franchigia si calcola a partire dal primo giorno di ITT).** Nessuna nuova prestazione è dovuta qualora la Compagnia abbia rimborsato una somma pari a 12 mensilità consecutive per Sinistro (o 36 mensilità complessive per Contratto). Se, dopo meno di 60 giorni dal termine di una precedente ITT indennizzata, si verifica una nuova ITT, questa nuova ITT viene considerata come la continuazione della precedente. Pertanto la Franchigia non viene applicata di nuovo ma la massima durata d'indennizzo di 12 mesi si valuta complessivamente per i 2 periodi come se fossero uno solo.

▪ **Malattia Grave**

Per Malattia Grave si intende esclusivamente una delle seguenti malattie gravi o le condizioni che implicano uno dei seguenti interventi chirurgici: cancro (eccetto la leucemia linfocitica cronica, i tumori non invasivi in situ, tutti i tumori della pelle ed i tumori in presenza del virus H.I.V.); ictus (eccetto attacchi ischemici transitori); infarto; insufficienza renale cronica; intervento chirurgico da malattia dell'arteria coronaria (eccetto qualsiasi intervento non chirurgico, come l'angioplastica della cavità o interventi attraverso tecniche laser); trapianto dei principali organi (cuore, polmone, fegato, pancreas o midollo osseo).

In caso di Malattia Grave diagnosticata per la prima volta all'Assicurato nel periodo di validità del Contratto (MG) la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 8, rimborsa al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data della prima diagnosi della MG, eccetto arretrati ed interessi di mora. **La prestazione viene corrisposta a condizione che il Sinistro non si verifichi nel periodo di Carenza pari a 90 giorni consecutivi (la Carenza si calcola a partire dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa).**

ART. 8 – LIMITAZIONI

Informazione importante

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

Carenza: per la garanzia Malattia Grave è previsto un periodo di Carenza di 90 giorni consecutivi a partire dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa.

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

Esclusioni

▪ **Per tutte le garanzie, le conseguenze:**

- dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;
- dell'abuso di psicofarmaci o dell'uso di sostanze allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- di stati di alcolismo acuto o cronico;
- di un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;
- di tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e degli atti di autolesionismo in genere;
- di guerra, insurrezione generale, occupazione militare o invasione;
- di partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse o delitti violenti in genere;
- di qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);
- di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;
- di tutti i rischi nucleari.

▪ **Solo per il Decesso:** la Compagnia non corrisponderà alcuna prestazione in caso di suicidio dell'Assicurato accaduto nei 2 anni successivi alla data di adesione al Programma Assicurativo.

▪ **Solo per l'Invalidità Permanente Totale, l'Inabilità Temporanea Totale e la Malattia Grave:** le conseguenze:

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

Prestazione massima

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

- Decesso, € 60.000,00;
- Invalità Permanente Totale, € 60.000,00;
- Inabilità Temporanea Totale, € 1.600,00 al mese per 12 mensilità consecutive per Sinistro (o 36 mensilità complessive per Contratto).
- Malattia Grave, € 60.000,00.

ART. 9 – PREMIO ASSICURATIVO

Il Premio è unico ed è calcolato moltiplicando il tasso di Premio, pari al 0,112%, per il capitale iniziale del finanziamento e per la durata del piano di rimborso del finanziamento espressa in mesi (comprensiva dell'eventuale periodo di preammortamento).

Il Premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.

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

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

ART. 10 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia, seguendo le istruzioni riportate sul sito web www.metlife.it nella sezione Assistenza Clienti / Denuncia Sinistri. Inoltre l'Assicurato o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro contattando il numero **06.492161**. **La denuncia di Sinistro si considera completa al ricevimento di tutte le informazioni e documenti elencati nel Modulo di Denuncia Sinistro (presente sul sito web della Compagnia o comunque messo a disposizione dalla Compagnia su richiesta).** La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione qualora, a suo giudizio, ciò sia necessario per la corretta valutazione del Sinistro e per l'accertamento del diritto alla prestazione. 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 fondatezza delle informazioni alla stessa comunicate. **Ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in 10 anni.** Qualora i beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti, entro il suddetto termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni. In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa.

ART. 11 – RECLAMI

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

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

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

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Compagnia non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto);
- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami riguardanti le disposizioni del Codice del Consumo relative alla commercializzazione a distanza di prodotti assicurativi;

il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma, secondo le modalità di seguito indicate e corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia.

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

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

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

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

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

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

ART. 12 – RICHIESTA DI INFORMAZIONI

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

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

ART. 13 – LEGGE APPLICABILE

Al Contratto si applica la legge italiana.

ART. 14 – FORO COMPETENTE / PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE

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

ART. 15 – VALUTA

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

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alcuni suoi dati potranno essere comunicati a: (i) soggetti facenti parte della nostra rete di vendita; (ii) società di Nostra fiducia, anche situate all'estero in Paesi appartenenti all'Unione Europea che svolgono per Nostro conto attività e servizi strettamente connessi alla vendita ed alla gestione di prodotti assicurativi e che utilizzeranno i suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento. In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); call center; legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari,

società di intermediazione creditizia; società di amministrazione del portafoglio, studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza, nonché società di servizio cui siano eventualmente affidate: la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; la gestione dei servizi e dei sistemi informatici; l'archiviazione della documentazione relativa ai rapporti contrattuali; attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; (iii) enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge (es. obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ANIA, IVASS, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni.

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

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

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

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

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

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

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

C) GLOSSARIO

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

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

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

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

Assicuratore: vedi "Compagnia".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Impresa: vedi "Compagnia".

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

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

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

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

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

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

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

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

Massimale: somma massima garantita dalla compagnia al beneficiario.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Programma Assicurativo: insieme delle garanzie assicurative offerte dalla compagnia.

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

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

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

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

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

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

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

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

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

D) MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

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

MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Convenzione assicurativa n. CL/16/713 "Salvarata" stipulata da Consel Spa con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

DATI DEL FINANZIAMENTO E COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Pratica finanziamento n.	Durata finanziamento (mesi)	Importo da assicurare €
Il Premio è unico ed è pari all'importo di seguito indicato. Il Premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.		
Premio unico totale €	di cui importo percepito dall'intermediario €	
Spese amministrative per il rimborso del Premio: € 40,00 in caso di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento.		

DATI ASSICURATO

Cognome	Nome		
Codice Fiscale	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di Nascita	
Luogo di Nascita	Prov.		
Indirizzo residenza	Cap	Località	Prov.
Indirizzo domicilio (se diverso da residenza)	Cap	Località	Prov.

DICHIARAZIONI ASSICURATO

Avvertenze:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- anche se non espressamente previsto dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico;
- ai sensi dell'art. 22 della Legge n. 221/2012 e dell'art. 38 bis del Regolamento Ivass n. 35/2010, si segnala la possibilità per l'Assicurato di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia: www.metlife.it.

Informativa contrattuale e precontrattuale

Dichiaro di:

- aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e dei seguenti documenti che compongono il Fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo, ai sensi dell'art. 49 del Regolamento Ivass n. 5/2006: a) Nota informativa; b) Condizioni di assicurazione, comprensive dell'informativa sul trattamento dei dati personali; c) Glossario; d) Modulo di adesione al Programma Assicurativo;
- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla verifica sull'adeguatezza del contratto di assicurazione prima dell'adesione, ai sensi dell'art. 52 del Regolamento Ivass n. 5/2006;

Data (gg/mm/aa) _____

Firma Assicurato (leggibile) _____

Consenso al trattamento dei dati

Dopo aver ricevuto copia e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali riportata nelle condizioni di assicurazione, ai sensi della normativa sulla privacy (d.lgs. n. 196/2003) dichiaro di essere consapevole che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati acquisendo il relativo consenso nei casi in cui sia necessario, come precisato nell'informativa stessa. Mediante la sottoscrizione della presente clausola, acconsento al trattamento dei dati personali, anche sensibili, secondo le modalità e per le finalità indicate nella suddetta informativa, ivi inclusa la trasmissione delle comunicazioni in corso di contratto svolta anche mediante tecniche di comunicazione a distanza ai sensi dell'art. 21 del Regolamento Ivass n. 35/2010, per scopi assicurativi inerenti all'esecuzione del contratto ed alla valutazione della qualità del servizio reso, da parte di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia in qualità di Titolare, il quale potrà avvalersi dei soggetti, anche situati al di fuori dell'UE, indicati nella predetta informativa.

Data (gg/mm/aa) _____

Firma Assicurato (leggibile) _____

Adesione al Programma Assicurativo

Preso visione dell'Informativa precontrattuale e del Fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo, dichiaro di:

- essere a conoscenza che la presente copertura assicurativa viene offerta, in via esclusiva, ai soggetti che alla data di adesione al Programma Assicurativo si trovino in una delle seguenti condizioni lavorative: lavoratori dipendenti privati 1) che non possiedano un contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana 2) oppure che, pur in possesso di un contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana, lavorino presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado; lavoratori dipendenti pubblici; lavoratori autonomi; lavoratori domestici; non lavoratori;
- aderire al Programma Assicurativo;
- essere a conoscenza che l'adesione al Programma Assicurativo è facoltativa e che posso pertanto procurarmi una copertura alternativa, ovvero non sottoscrivere alcuna copertura ai fini dell'erogazione del finanziamento;
- essere consapevole che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento superiore a 5 mesi, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, a condizione che il Premio risulti pagato;
- essere consapevole che in caso di rinegoziazione del piano di rimborso del finanziamento, la copertura viene prestata sulla base del piano di rimborso originario;
- essere a conoscenza del diritto di recedere senza alcuna penalità e senza dover indicare il motivo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa secondo quanto specificato nelle condizioni di assicurazione e nella nota informativa;
- essere a conoscenza che per tutte le garanzie il beneficiario è l'Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi;
- rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle condizioni di assicurazione;
- espletare le formalità di assunzione del rischio come di seguito indicate in funzione dell'importo da assicurare.

Data (gg/mm/aa) _____

Firma Assicurato (leggibile) _____

ASSUNZIONE DEL RISCHIO

Importo da assicurare fino a €30.000,00

Si richiede la sottoscrizione della **Dichiarazione di Buona Salute** riportata di seguito.

Consapevole del fatto che, ai sensi degli artt. 1892 e seguenti c.c., eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto dell'Assicurato alla prestazione assicurativa, dichiaro di:

- non essere titolare di pensione di invalidità e/o inabilità e non aver interrotto, durante gli ultimi 5 anni, la mia attività lavorativa per più di 1 mese per problemi di salute (salvo che per ragioni legate alla maternità anticipata o all'ordinario congedo di maternità);
- non aver subito, durante gli ultimi 5 anni, ricoveri o interventi chirurgici e/o non essere attualmente in attesa di ricovero (con esclusione dei ricoveri o interventi dei seguenti tipi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazioni del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto, estrazione dentale, chirurgia estetica, asportazione chirurgica nevi di natura benigna);
- non avere in corso alcuna terapia medica (farmacologica e non) di durata continuativa superiore ai 21 giorni (con esclusione di terapie a base di anticoncezionali, anti-istaminici, farmaci per la tiroide, farmaci per la ipercolesterolemia, farmaci per la pressione purché i valori della pressione siano mantenuti nella norma dalla terapia);
- non soffrire e/o aver sofferto di una delle seguenti patologie: tumore, epatite, cardiopatie ischemiche, ictus, diabete, infezioni da HIV.

Data (gg/mm/aa) _____

Firma Assicurato (leggibile) _____

ASSUNZIONE DEL RISCHIO

Importo da assicurare superiore a €30.000,00 e fino a €60.000,00

Si richiede la compilazione e sottoscrizione del **Questionario Anamnestico** riportato di seguito.

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

<ul style="list-style-type: none"> È titolare di pensione di invalidità e/o inabilità ovvero durante gli ultimi 5 anni ha interrotto la sua attività lavorativa per più di 1 mese per problemi di salute (salvo che per ragioni legate alla maternità anticipata o all'ordinario congedo di maternità)? 	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> Durante gli ultimi 5 anni ha subito ricoveri o interventi chirurgici e/o è attualmente in attesa di ricovero (con esclusione dei ricoveri o interventi dei seguenti tipi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazioni del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale, chirurgia estetica, asportazione chirurgica nevi di natura benigna)? 	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> Ha in corso alcuna terapia medica (farmacologica e non) di durata continuativa superiore ai 21 giorni (con esclusione di terapie a base di anticoncezionali, anti-istaminici, farmaci per la tiroide, farmaci per la ipercolesterolemia, farmaci per la pressione purché i valori della pressione siano mantenuti nella norma dalla terapia)? 	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> 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

Consapevole del fatto che, ai sensi degli artt. 1892 e seguenti c.c., eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto dell'Assicurato alla prestazione assicurativa, confermo la correttezza delle risposte sopra rese e delle dichiarazioni ivi contenute, nonché di non aver taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza avente relazione con i dati e le notizie oggetto del questionario che precede, dati e notizie che riconosco quali elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia. Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che, in caso contrario, potrà essere compromesso il diritto alla prestazione assicurativa prevista nel presente Contratto.

Data (gg/mm/aa) _____

Firma Assicurato (leggibile) _____