

Set informativo

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Contratto di assicurazione Creditor Protection Insurance

Convenzione assicurativa n. CL/26/131 stipulata da Prexta S.p.A. 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 Danni - Documento informativo precontrattuale danni
- DIP aggiuntivo Multirischi - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo multirischi
- Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario e dell'Informativa Privacy
- Facsimile del Modulo di adesione al Programma Assicurativo

Informazioni importanti

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

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

MetLife Europe d.a.c. è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 415123. Amministratori: Carmina Dragomir (cittadina romena), Deirdre Flannery (cittadina irlandese), Nuria Garcia (cittadina spagnola), Nick Hayter (cittadino inglese), Merilee Matchett (cittadina australiana), Cyrille Roux (cittadino francese), Tony O'Riordan (cittadino irlandese).

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

Assicurazione Creditor Protection Insurance

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

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



Prodotto: CL/26/131

Questo documento è stato realizzato in data 04/05/2026 ed è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza **connessa al finanziamento** - nota sul mercato come Creditor Protection Insurance (CPI) o Payment Protection Insurance (PPI) - che rimane il vigore per tutta la durata del medesimo. Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata totale del finanziamento, la polizza cessa, salvo diversa richiesta dell'assicurato. La polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il finanziamento. La polizza è offerta da Prexta S.p.A., in qualità di contraente della convenzione collettiva n. CL/26/131, ai propri clienti che hanno sottoscritto un finanziamento e ha lo scopo di proteggere l'assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona e limitare la capacità di rimborso del finanziamento.



Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

La polizza prevede la seguente garanzia:



Decesso per qualsiasi causa

Somma assicurata: il capitale residuo del finanziamento alla data del sinistro, fino a € 100.000,00.

L'impresa paga la somma assicurata se l'assicurato muore per qualsiasi causa.



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 Multirischi;
- ✗ sono portatrici di invalidità/inabilità permanente superiore al 33% riconosciuta da INPS, INAIL o altro ente pubblico preposto;
- ✗ sono inserite nelle liste sanzionatorie internazionali o a contrasto del finanziamento del terrorismo o hanno legami con soggetti inseriti in queste liste;
- ✗ hanno legami con Paesi sotto embargo o considerati a rischio dalla normativa antiriciclaggio o di contrasto dell'evasione fiscale internazionale.



Ci sono limiti di copertura?

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

- ! uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;
- ! alcolismo acuto o cronico;
- ! un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;
- ! tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- ! guerra o insurrezione;
- ! qualsiasi incidente aereo o di volo, ad eccezione del caso in cui l'assicurato si trovi, come semplice passeggero, a bordo di un volo autorizzato al trasporto di passeggeri;
- ! atti di terrorismo, sabotaggi o attentati, qualora l'assicurato vi abbia preso parte attiva;
- ! tutti i rischi nucleari;
- ! infortunio antecedente alla data di inizio della polizza.
- ! È inoltre escluso il suicidio dell'assicurato accaduto nei primi 2 anni successivi alla data di adesione alla polizza.
- ! In caso di Decesso a seguito di Malattia, è previsto un periodo di carenza di 6 mesi consecutivi a partire dalla data di inizio della polizza.



Dove vale la copertura?



La garanzia è valida senza limiti territoriali.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
 - In caso di decesso dell'assicurato, il beneficiario ha il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto all'Impresa presentando la seguente documentazione:
 - Certificato di morte
 - Certificato necroscopico rilasciato dall'ASL di competenza
 - In caso di decesso a seguito di Malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia
 - In caso di decesso a seguito di Infortunio, verbale di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:
- Verbale redatto dalle autorità intervenute
 - Certificato autoptico
 - Accertamento dell'Invalidità Permanente Totale rilasciato da INPS, INAIL o altro ente pubblico preposto.
- Hai il dovere di comunicare all'Impresa ed aggiornare ogni dato, informazione e/o documento (compreso ogni elemento relativo al reddito, al patrimonio e all'origine dei fondi) utile o richiesto dall'Impresa per effettuare la valutazione di assenza di rischi di riciclaggio e/o di finanziamento di terrorismo prevista dalle disposizioni vigenti.



Quando e come devo pagare?

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

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa può essere abbinata a finanziamenti con durata da 1 a 120 mesi.

Le modalità di perfezionamento del contratto variano in base all'importo da assicurare:

- **Importo fino a € 75.000,00:** il contratto si perfeziona con la sottoscrizione del modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'assicurato di persona o a distanza, anche con firma elettronica avanzata;
- **Importo superiore a € 75.000,00 e fino a € 100.000,00:** si richiede la compilazione e sottoscrizione del questionario anamnestico riportato nel modulo di adesione al Programma Assicurativo. Se l'assicurato ha risposto negativamente a tutte le domande del questionario anamnestico, il contratto si perfeziona con la sottoscrizione del modulo di adesione al Programma Assicurativo di persona o a distanza, anche con firma elettronica avanzata. Se l'assicurato ha risposto affermativamente anche ad una soltanto delle domande poste nel questionario anamnestico, non sarà possibile perfezionare il contratto.

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento superiore a 30 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, anche nel caso in cui la polizza si perfezioni a distanza.

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

Resta inteso che la copertura assicurativa decorre e resta attiva a condizione che il premio sia pagato.



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

In caso di ripensamento, hai diritto di recedere dal contratto (comprensivo sia della garanzia vita che delle garanzie danni) mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera, da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** all'Impresa presso la Contraente, **entro 60 giorni** dalla data di decorrenza della polizza. In questo caso hai diritto di ottenere - entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso - il rimborso del premio al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale la polizza ha avuto effetto oppure, a tua scelta, la riduzione proporzionale dell'importo della rata del finanziamento o la riduzione della durata dello stesso.

Se la durata della polizza supera i 5 anni, a partire dall'inizio del quinto anno hai inoltre diritto di recedere senza alcun onere e con effetto a decorrere dall'inizio dell'annualità successiva a quella in cui viene esercitato il recesso. In questo caso avrai diritto alla restituzione del premio al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale la polizza ha avuto effetto.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI NO

Assicurazione Creditor Protection Insurance

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
(DIP Danni)



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

Prodotto:
CL/26/131

Questo documento è stato realizzato in data 04/05/2026 ed è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza **connessa al finanziamento** - nota sul mercato come Creditor Protection Insurance (CPI) o Payment Protection Insurance (PPI) - che rimane in vigore per tutta la durata del medesimo. Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata totale del finanziamento, la polizza cessa, salvo diversa richiesta dell'assicurato. La polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il finanziamento. La polizza è offerta da Prexta S.p.A., in qualità di contraente della convenzione collettiva n. CL/26/131, ai propri clienti che hanno sottoscritto un finanziamento e ha lo scopo di proteggere l'assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona e limitare la capacità di rimborso del finanziamento.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **Invalidità Permanente Totale** pari o superiore al 60% da infortunio o malattia (IPT)

Somma assicurata: il capitale residuo del finanziamento alla data del sinistro, fino a € 100.000,00.

La compagnia paga la somma assicurata se l'assicurato ha un infortunio o una malattia che causa un'invalidità permanente totale pari o superiore al 60%.

La somma assicurata è pagata se l'infortunio o la prima diagnosi della malattia sono avvenuti nel periodo di validità della polizza.

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

Somma assicurata: le rate mensili del finanziamento che hanno scadenza nel periodo di inabilità temporanea totale, fino a € 2.000,00 al mese per 18 mensilità consecutive per sinistro e 36 mensilità complessive per contratto.

La compagnia paga la somma assicurata se l'assicurato ha un infortunio o una malattia che causa un'inabilità temporanea totale.

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

Somma assicurata: le rate mensili del finanziamento che hanno scadenza nel periodo di ricovero ospedaliero, fino a € 2.000,00 al mese per 12 mensilità consecutive per sinistro e 24 mensilità complessive per contratto.

La compagnia paga la somma assicurata se l'assicurato ha un infortunio o una malattia che causa un ricovero ospedaliero.



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 Multirischi;
- ✗ sono portatrici di invalidità/inabilità permanente superiore al 33% riconosciuta da INPS, da INAIL o altro ente preposto;
- ✗ sono inserite nelle liste sanzionatorie internazionali o a contrasto del finanziamento del terrorismo o hanno legami con soggetti inseriti in queste liste;
- ✗ hanno legami con Paesi sotto embargo o considerati a rischio dalla normativa antiriciclaggio o di contrasto dell'evasione fiscale internazionale.



Ci sono limiti di copertura?

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

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

Per la garanzia Invalidità Permanente Totale a seguito di Malattia è inoltre previsto:

- ! un periodo di carenza di 6 mesi consecutivi a partire dalla data di decorrenza della polizza.

Per la garanzia Inabilità Temporanea Totale è inoltre previsto:

- ! un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di inabilità temporanea totale.

Per la garanzia Ricovero Ospedaliero è inoltre previsto:

- ! un periodo di franchigia assoluta di 3 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di ricovero.
- ! Sono inoltre esclusi i ricoveri non comprovati da un motivo medico oggettivo e/o chirurgico, come ad esempio una convalescenza, una cura termale, un soggiorno presso una casa di cura o gli interventi di chirurgia estetica.



Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ad eccezione del Ricovero Ospedaliero che deve avvenire in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
- In caso di sinistro, hai il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto alla Compagnia presentando i seguenti documenti distinti per garanzia:
 - **Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia**
 - Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico
 - Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento o 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 redatto dalle autorità intervenute
 - **Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia**
 - Certificato della Camera di Commercio relativo all'attività lavorativa (solo per lavoratori autonomi)
 - Dichiarazione in originale rilasciata dal datore di lavoro attestante l'intero periodo di inabilità lavorativa (solo per lavoratori dipendenti)
 - Certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale
 - Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:
 - Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
 - Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero
 - Verbale redatto dalle autorità intervenute
 - Eventuale ulteriore documentazione medico-ospedaliera attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale
 - **Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia**
 - Cartella clinica relativa al ricovero
- Hai il dovere di comunicare alla Compagnia ed aggiornare ogni dato, informazione e/o documento (compreso ogni elemento relativo al reddito, al patrimonio e all'origine dei fondi) utile o richiesto dalla Compagnia per effettuare la valutazione di assenza di rischi di riciclaggio e/o di finanziamento di terrorismo prevista dalle disposizioni vigenti.



Quando e come devo pagare?

Il premio è unico e comprensivo di imposta. Il premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento superiore a 30 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, anche nel caso in cui la polizza si perfezioni a distanza.

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

Resta inteso che la copertura assicurativa decorre e resta attiva a condizione che il premio sia pagato.



Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento, hai diritto di recedere dal contratto (comprensivo sia della garanzia vita che delle garanzie danni) mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera, da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** alla Compagnia presso la Contraente, **entro 60 giorni** dalla data di decorrenza della polizza. In questo caso hai diritto di ottenere - entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso - il rimborso del premio al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale la polizza ha avuto effetto oppure, a tua scelta, la riduzione proporzionale dell'importo della rata del finanziamento o la riduzione della durata dello stesso.

Se la durata della polizza supera i 5 anni, a partire dall'inizio del quinto anno hai inoltre diritto di recedere senza alcun onere e con effetto a decorrere dall'inizio dell'annualità successiva a quella in cui viene esercitato il recesso. In questo caso avrai diritto alla restituzione del premio al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale la polizza ha avuto effetto.

Assicurazione Creditor Protection Insurance

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



Prodotto: CL/26/131

Questo documento è stato realizzato in data 04/05/2026 ed è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni) per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi, nonché alla situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

Società

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 | pec: mel-italia@legalmail.it.

MetLife Europe d.a.c. è una società di capitali del gruppo Metropolitan Life Insurance Inc. (MetLife) costituita in Irlanda ed iscritta al Registro delle Imprese Irlandese (numero di iscrizione 415123) avente Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. MetLife Europe d.a.c. è autorizzata dalla Central Bank of Ireland (numero di riferimento C42062) ad esercitare l'attività assicurativa nei rami vita I, III, IV e V e nei rami danni 1 e 2, così come definiti dal d.lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private). Il contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma, tel. 06.492161, fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it 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. al 31 dicembre 2024 è pari a € 926.834.000 e comprende capitale sociale emesso pari a € 4.379.000, rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000, suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1 ciascuna, di cui 4.379.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 922.455.000. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c. è pari al 161%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 673.000.000 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 1.085.000.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 303.000.000. Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito <http://www.metlife.eu/financial-reports/>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Sono assicurabili le persone che:

- al momento dell'adesione alla polizza:
 - siano residenti in Italia;
 - siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
 - abbiano sottoscritto un finanziamento con la Contraente;
 - abbiano un'età compresa tra **18 e 68 anni**;
- al termine del piano di rimborso del finanziamento, non abbiano compiuto **79 anni da più di un mese**.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Costo complessivo per emissione, gestione e acquisizione del contratto:

76,50% del premio netto imposte - include il costo di intermediazione pari al 50,00% del premio netto imposte

Altri costi (costi PPI)

Spese amministrative per il rimborso del premio: € 40,00, in caso di estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'Impresa assicuratrice</p>	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a mezzo posta, telefax o e-mail alla funzione Ufficio Reclami dell'Impresa, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati:</p> <p>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</p> <p>Il reclamante potrà presentare reclamo all'Impresa anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti".</p> <p>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.</p>
<p>All'IVASS</p>	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.</p> <p>In ogni caso, resta salva la facoltà di proporre il reclamo nei confronti dell'Autorità di Vigilanza dello Stato membro di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c. e MetLife Europe Insurance d.a.c. al seguente indirizzo: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland oppure Irish Financial Services Ombudsman, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Tel: +353 1 6620899, Fax: +353 1 6620890.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Arbitro assicurativo</p>	<p>Presentando ricorso all'Arbitro assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Per le controversie relative ai contratti assicurativi, prima di ricorrere all'Autorità giudiziaria è obbligatorio presentare ricorso all'Arbitro assicurativo o effettuare il tentativo di Mediazione.</p>
<p>Mediazione</p>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Per le controversie relative ai contratti assicurativi, prima di ricorrere all'Autorità giudiziaria è obbligatorio effettuare il tentativo di Mediazione o presentare ricorso all'Arbitro assicurativo.</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>Per risolvere le liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.</p>

REGIME FISCALE

<p>Trattamento fiscale applicabile al contratto</p>	<p>Alla polizza si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR).</p> <p>I premi per le garanzie del ramo vita (Decesso) non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.</p> <p>I premi per le garanzie del ramo danni (Invalidità permanente totale pari o superiore al 60%, Inabilità temporanea totale e Ricovero ospedaliero) sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'ammontare dei premi.</p> <p>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.</p>
--	---

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

<p>Diritto all'oblio oncologico</p>	<p>Se l'assicurato è stato affetto da patologie oncologiche e il trattamento attivo si è concluso, in mancanza di recidive, da più di 10 anni (Legge n. 193/2023 e relativi decreti attuativi) non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tali patologie. Il termine è ridotto da 10 a 5 anni, se la patologia è insorta prima del compimento del 21° anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge n. 193/2023 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa www.metlife.it nella sezione <i>Assistenza Clienti</i> → <i>Comunicazioni ai clienti</i> → <i>Comunicazioni</i> oppure utilizzando il seguente link www.metlife.it/assistenza-clienti/avvisi/comunicazioni.</p>
<p>Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico</p>	<p>L'assicurato che prima della stipula o del rinnovo del contratto di assicurazione ha fornito informazioni sul proprio stato di salute relative a patologie oncologiche da cui è stato affetto e il cui trattamento attivo si è concluso senza recidive, invia tempestivamente all'impresa o all'intermediario la certificazione che gli è stata rilasciata, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193/2023 dai successivi decreti attuativi.</p>
<p>Effetti dell'oblio oncologico per le imprese</p>	<p>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità dell'assicurato. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione, senza oneri per l'assicurato. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge n. 193/2023 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto di assicurazione. La nullità opera soltanto a vantaggio dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</p>

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Creditor Protection Insurance – Convenzione assicurativa n. CL/26/131
stipulata da Prexta S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Questo documento è stato realizzato in data 04/05/2026 ed è l'ultimo disponibile

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

INDICE

GLOSSARIO	2
SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI	3
Art. 1 – Caratteristiche del prodotto.....	3
Art. 2 – Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo	3
2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto	3
2.2 – Decorrenza e durata del Programma Assicurativo.....	3
2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo.....	3
2.4 – Estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento.....	4
2.5 – Recesso.....	4
Art. 3 – Premio assicurativo.....	5
3.1 – Premio	5
3.2 – Modalità di pagamento del Premio	5
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 – Legge applicabile.....	5
Art. 6 – Prescrizione	5
Art. 7 – Foro competente / Arbitro Assicurativo / Procedimento di mediazione	5
Art. 8 – Valuta.....	5
SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO	6
Art. 9 – Programma Assicurativo	6
Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie.....	6
Art. 11 – Persone assicurabili	6
Art. 12 – Esclusioni valide per tutte le garanzie.....	6
SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO	6
Art. 13 – Decesso per qualsiasi causa	6
13.1 – Oggetto della garanzia	6
13.2 – Esclusioni	6
13.3 – Prestazione massima	6
13.4 – Carenza	7
Art. 14 – Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia	7
14.1 – Oggetto della garanzia	7
14.2 – Esclusioni	7
14.3 – Prestazione massima	7
14.4 – Carenza	7
Art. 15 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia	7
15.1 – Oggetto della garanzia	7
15.2 – Esclusioni	7
15.3 – Prestazione massima	8
15.4 – Franchigia	8
Art. 16 – Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia.....	8
16.1 – Oggetto della garanzia	8
16.2 – Esclusioni	8
16.3 – Prestazione massima	8
16.4 – Franchigia	8
SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	8
Art. 17 – Denuncia di Sinistro	8
Art. 18 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro	9
Art. 19 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro	9
SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI	9
Art. 20 – Richiesta di Informazioni	9
Art. 21 – Reclami.....	9
21.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni.....	9
21.2 – Reclami all'Intermediario	10
21.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza	10
INFORMATIVA PRIVACY	10

GLOSSARIO

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

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

Beneficiario:

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

Capitale iniziale: l'importo del finanziamento escluso il Premio.

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, 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.

Conclusione del Contratto: il Contratto si conclude con la sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo di persona o a distanza, anche con Firma elettronica avanzata, in conformità con quanto previsto dall'art. 121 del Codice delle Assicurazioni Private e dal Regolamento IVASS n. 40/2018.

Contraente: Prexta S.p.A. con sede in Via Ennio Doris, Milano 3 - 20079 Basiglio (MI), iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000628844, in data 14/05/2019.

Contratto (o Polizza): il contratto di assicurazione stipulato dall'Assicurato con la Compagnia di persona o a distanza, anche con Firma elettronica avanzata.

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

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

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

Firma Elettronica Avanzata (FEA): un particolare tipo di firma elettronica che soddisfa i seguenti requisiti: a) è connessa unicamente al firmatario; b) è idonea a identificare il firmatario; c) è creata mediante dati per la creazione di una firma elettronica che il firmatario può, con un elevato livello di sicurezza, utilizzare sotto il proprio esclusivo controllo; e d) è collegata ai dati sottoscritti in modo da consentire l'identificazione di ogni successiva modifica di tali dati (art. 26 del Regolamento (UE) 910/2014, "Regolamento eIDAS").

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

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

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

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

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

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

Misure sanzionatorie internazionali: le disposizioni della normativa nazionale o internazionale (ad es. EU, OFAC) che impediscono l'operatività o l'instaurazione di rapporti verso determinati soggetti, entità o Paesi.

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

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

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

Opzione Cambio Rata: opzione che permette all'Assicurato di modificare l'importo della rata e, conseguentemente la durata residua del finanziamento.

Opzione Salto Rata: opzione che permette all'Assicurato di posticipare il rimborso di una rata per ciascun anno solare di durata del finanziamento, accodandola alla fine del piano di rimborso.

Persona politicamente esposta: la persona fisica che occupa o ha smesso di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, i suoi familiari e le persone che con lui o i suoi familiari hanno legami stretti.¹

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

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

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

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

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

Tecnica di comunicazione a distanza: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia e dell'Assicurato, possa impiegarsi per la Conclusione del Contratto.

¹ Come meglio indicato all'art. 1, comma 2, lett. dd) del D.lgs. n. 231/2007.

SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1 – Caratteristiche del prodotto

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

La Polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il finanziamento.

La Polizza è offerta da Prexta S.p.A., in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. CL/26/131, ai propri clienti che hanno sottoscritto un finanziamento e ha lo scopo di proteggere l'Assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona e limitare la capacità di rimborso del finanziamento.

La Polizza è abbinata ai finanziamenti erogati dalla Contraente con **durata da 1 a 120 mesi** e **Capitale iniziale fino a € 100.000,00**.

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

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

2.1 – 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 € 75.000:** il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo di persona o a distanza, anche con Firma elettronica avanzata.
- **Importo superiore a € 75.000 e fino a € 100.000:** si richiede la compilazione e sottoscrizione del **Questionario anamnestico** riportato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo. Se l'Assicurato ha risposto negativamente a tutte le domande del Questionario anamnestico, il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo di persona o a distanza, anche con Firma elettronica avanzata. Se l'Assicurato ha risposto affermativamente anche ad una soltanto delle domande poste nel Questionario anamnestico, non sarà possibile perfezionare il Contratto.

In caso di sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo con Firma elettronica avanzata, l'Assicurato potrà scegliere la modalità di invio (formato cartaceo o elettronico) della documentazione contrattuale/precontrattuale e sarà informato circa la possibilità di cambiare la modalità prescelta senza alcun costo a suo carico.

L'Assicurato può chiedere un duplicato cartaceo o informatico dei documenti sottoscritti.

La Compagnia valuta l'assunzione del rischio nel rispetto della Normativa antiriciclaggio.

2.2 – Decorrenza e durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento superiore a 30 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, anche nel caso in cui il Contratto si perfezioni a distanza.

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

Resta inteso che il Programma Assicurativo decorre e resta attivo **a condizione che il Premio sia pagato**.

In caso di attivazione delle **Opzioni Cambio Rata** o **Salto Rata**, le garanzie vengono prestate sulla base del nuovo piano di rimborso del finanziamento, a condizione che:

- la durata del nuovo piano di rimborso del finanziamento non superi **120 mesi**;
- al termine del nuovo piano di rimborso del finanziamento, l'Assicurato non abbia compiuto **79 anni da più di un mese**.

2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

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

Nel caso a) la Polizza cessa alla data del decesso e non è dovuta alcuna restituzione di Premio.

Nel caso b) la Polizza cessa alla data di pagamento della prestazione assicurata e non è dovuta alcuna restituzione di Premio.

Nel caso c) la Polizza cessa alla data di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento e la Compagnia restituirà all'Assicurato il Premio eventualmente già pagato ai sensi dell'art. 2.4.

Nel caso d) la Polizza cessa alla data del recesso e la Compagnia restituirà all'Assicurato il Premio eventualmente già pagato ai sensi dell'art. 2.5.

La Compagnia può sospendere o chiudere la Polizza:

- in caso di violazione della Normativa antiriciclaggio, della Normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e delle Misure sanzionatorie internazionali;
- se l'Assicurato:
 - è inserito nelle liste sanzionatorie internazionali o a contrasto del finanziamento del terrorismo o ha legami con soggetti inseriti in queste liste;
 - ha legami con Paesi sotto embargo o considerati a rischio dalla Normativa antiriciclaggio o di contrasto dell'evasione fiscale internazionale.

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

A) Estinzione anticipata totale o trasferimento

In caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento, il Programma Assicurativo cessa e la Compagnia restituirà all'Assicurato la porzione di Premio, pagata e non goduta, relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento e la scadenza del piano di rimborso in vigore al momento dell'estinzione, ivi comprese le commissioni, **al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio (pari a € 40,00)**.

La porzione di Premio da restituire è calcolata: per il Premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza del Programma Assicurativo nonché del capitale assicurato residuo; per i Caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza del Programma Assicurativo. Resta inteso che qualora la porzione di Premio da restituire sia inferiore o pari all'importo delle spese amministrative sopra indicate, la Compagnia non procederà ad alcun rimborso.

L'Assicurato, in alternativa alla restituzione di Premio, può richiedere che le garanzie restino attive con riferimento al piano di rimborso del finanziamento in vigore al momento dell'estinzione, mediante apposita comunicazione da consegnare alla Compagnia, per il tramite della Contraente, contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento.

Formula di calcolo per il rimborso del Premio:

$$PR = \frac{P*(U-E)*DR}{(U-I)*DI} + \frac{C*(U-E)}{(U-I)} - 40$$

Dove:

PR = Premio rimborsato

P = Premio puro

C = Caricamenti

U = data termine Programma Assicurativo

E = data estinzione anticipata totale o trasferimento

I = data inizio Programma Assicurativo

DR = capitale residuo alla data di estinzione anticipata totale o trasferimento

DI = capitale iniziale

Esempio

Premio:	€ 1.000,00
Premio puro:	€ 300,00
Caricamenti:	€ 700,00
Data inizio Programma Assicurativo:	04/02/2021
Data termine Programma Assicurativo:	05/02/2025
Data estinzione anticipata totale:	27/04/2022
Capitale residuo alla data di estinzione anticipata totale:	€ 7.224,00
Capitale iniziale:	€ 10.000,00
Spese amministrative:	€ 40,00
Premio rimborsato:	€ 596,44

$$596,44 = \frac{300*1015*7224}{1462*10000} + \frac{700*1015}{1462} - 40,00$$

B) Estinzione anticipata parziale

In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento, il Programma Assicurativo rimane in vigore con riferimento al nuovo piano di rimborso del finanziamento e la Compagnia restituirà all'Assicurato la porzione di Premio, pagata e non goduta, ivi comprese le commissioni, **al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio (pari a € 40,00)** sulla base della formula di seguito indicata.

Resta inteso che qualora la porzione di Premio da restituire sia inferiore o pari alla somma delle spese amministrative e del premio lordo (PL), la Compagnia non procederà ad alcun rimborso e le garanzie rimarranno attive con riferimento al piano di rimborso del finanziamento in vigore al momento dell'estinzione.

L'Assicurato, in alternativa, può richiedere che le garanzie restino attive con riferimento al piano di rimborso del finanziamento in vigore al momento dell'estinzione, mediante apposita comunicazione da consegnare alla Compagnia, per il tramite della Contraente, contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata parziale del finanziamento.

Formula di calcolo per il rimborso del Premio:

$$PR = \frac{P*(U-E)*DR}{(U-I)*DI} + \frac{C*(U-E)}{(U-I)} - 40 - PL$$

Dove:

PR = premio rimborsato

P = Premio puro

C = Caricamenti

U = data termine Programma Assicurativo

E = data estinzione anticipata parziale

I = data inizio Programma Assicurativo

DR = capitale residuo alla data di estinzione anticipata parziale

DI = capitale iniziale

PL = premio lordo calcolato in base alla tariffa in vigore alla data di adesione applicata al capitale residuo del finanziamento alla data di estinzione anticipata parziale

Esempio

Premio:	€ 800,00
Premio puro:	€ 200,00
Caricamenti:	€ 600,00
Data inizio Programma Assicurativo:	12/03/2021
Data termine Programma Assicurativo:	15/03/2026
Data estinzione anticipata parziale:	25/06/2022
Capitale residuo alla data di estinzione anticipata parziale:	€ 5.700,00
Capitale iniziale:	€ 8.000,00
Spese amministrative:	€ 40,00
Premio lordo alla data di estinzione anticipata parziale:	€ 500,00
Premio rimborsato:	€ 11,70

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

2.5 – Recesso

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Contratto, **entro 60 giorni** dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo, mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera, da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** alla Compagnia presso la Contraente. **Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione.** In questo caso, l'Assicurato ha diritto di ottenere - entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso - il rimborso del Premio al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto oppure, a sua scelta, la riduzione proporzionale dell'importo della rata del finanziamento o la riduzione della durata dello stesso.

Se la durata della polizza supera i 5 anni, **a partire dall'inizio del quinto anno** spetterà inoltre all'Assicurato il diritto di recedere, senza alcun onere, con effetto a decorrere dall'inizio dell'annualità successiva a quella in cui viene esercitato il recesso. In questo

caso le garanzie cessano e la Compagnia restituirà all'Assicurato il Premio al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto. Resta inteso che il Contratto dovrà rimanere in vita per almeno 5 anni e che il recesso potrà essere esercitato a condizione che non si siano verificati sinistri che abbiano determinato la cessazione del Programma Assicurativo ai sensi dell'art. 2.3. Qualora successivamente al rimborso del Premio, sia liquidato un Sinistro che avrebbe determinato la cessazione del Programma Assicurativo prima dell'avvenuto recesso, la prestazione assicurativa sarà ridotta in ragione del premio già rimborsato all'Assicurato.

Art. 3 – Premio assicurativo

3.1 – Premio

Il Premio è unico ed è calcolato moltiplicando il tasso di Premio, pari a 7,25%, per il Capitale iniziale del finanziamento. Il Premio viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, rimarrà totalmente acquisito dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

3.2 – Modalità di pagamento del Premio

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

Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

4.1 – Dichiarazioni richieste per la valutazione del rischio

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

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

4.2 – Dichiarazioni richieste dalla Normativa antiriciclaggio

L'Assicurato deve comunicare alla Compagnia tutti i dati utili (comprese le informazioni su reddito, patrimonio e origine dei fondi) per consentire alla Compagnia di verificare la clientela così come previsto dalla Normativa antiriciclaggio. Se le dichiarazioni sono false, inesatte, incomplete o non aggiornate, la Polizza può essere annullata e il Beneficiario può perdere del tutto o in parte il diritto a ricevere la prestazione assicurata.

Art. 5 – Legge applicabile

Al Contratto si applica la legge italiana.

Art. 6 – Prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono:

- con riferimento alla garanzia classificata nel **Ramo Vita** - Decesso - in **10 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda;
- con riferimento alle garanzie classificate nel **Ramo Danni** - Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 60%, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero - in **2 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

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

Art. 7 – Foro competente / Arbitro Assicurativo / Procedimento di mediazione

Per le controversie relative alla Polizza è competente l'Autorità giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del consumatore (Assicurato o Beneficiario). Prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria è obbligatorio:

- presentare ricorso all'Arbitro assicurativo (Decreto 6/11/2024, n. 215 e modifiche successive) tramite il portale disponibile sul sito internet www.arbitroassicurativo.org o
- effettuare il tentativo di Mediazione (Legge 9/8/2013, n. 98 e modifiche successive) tramite deposito di apposita istanza presso un organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia, nel luogo del giudice competente per territorio.

Art. 8 – Valuta

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

SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 9 – Programma Assicurativo

La Polizza prevede le seguenti garanzie:

- **Decesso** per qualsiasi causa;
- **Invalidità Permanente Totale** pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia;
- **Inabilità Temporanea Totale** a seguito di Infortunio o Malattia;
- **Ricovero Ospedaliero** a seguito di Infortunio o Malattia.

Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ad eccezione del Ricovero Ospedaliero che deve avvenire in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea.

Art. 11 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche a condizione che:

- al momento dell'adesione al Programma Assicurativo:
 - sono residenti in Italia;
 - sono munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
 - hanno sottoscritto un contratto di finanziamento con la Contraente;
 - hanno un'età compresa tra **18 e 68 anni**;
- al termine del piano di rimborso del finanziamento, non hanno compiuto **79 anni da più di un mese**.

Non sono assicurabili le persone fisiche che:

- sono portatrici di invalidità/inabilità permanente superiore al 33% riconosciuta da INPS, da INAIL o altro ente pubblico preposto;
- sono inserite nelle liste sanzionatorie internazionali o a contrasto del finanziamento del terrorismo o hanno legami con soggetti inseriti in queste liste;
- hanno legami con Paesi sotto embargo o considerati a rischio dalla Normativa antiriciclaggio o di contrasto dell'evasione fiscale internazionale.

Art. 12 – Esclusioni valide per tutte le garanzie

- La Compagnia non offre nessuna garanzia e non paga nessun Indennizzo, se ciò può comportare l'applicazione di sanzioni/restrizioni o l'inosservanza di divieti in base a quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle sanzioni economiche o commerciali, dalle leggi e dai regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito e degli Stati Uniti d'America o da altre leggi o regolamenti sulla repressione del terrorismo internazionale.

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

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

SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Art. 13 – Decesso per qualsiasi causa

13.1 – Oggetto della garanzia

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

13.2 – Esclusioni

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

13.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 100.000,00**.

13.4– Carenza

In caso di Decesso a seguito di Malattia, la prestazione viene corrisposta a condizione che il decesso non sia avvenuto durante il periodo di Carenza pari a **6 mesi consecutivi**, calcolati a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

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

14.1 – Oggetto della garanzia

Invalidità Permanente Totale (IPT): la perdita totale e permanente della capacità generica di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, a prescindere dalla professione esercitata, di grado pari o superiore al 60%. L'IPT deve essere causata da Infortunio o Malattia e deve essere riconosciuta con certificazione medica da INPS, INAIL o altro ente pubblico preposto. 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.

La Compagnia paga all'Assicurato una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data di riconoscimento dell'IPT, eccetto arretrati ed interessi di mora, se l'Assicurato ha un Infortunio o una Malattia che causa una IPT pari o superiore al 60%. **La somma assicurata è pagata a condizione che l'Infortunio o la prima diagnosi della Malattia siano avvenuti nel periodo di validità del Contratto.**

Se l'Assicurato muore per cause non coperte dalla Polizza prima che la Compagnia abbia accertato l'IPT:

- i beneficiari possono dimostrare il diritto a ricevere la prestazione assicurata consegnando alla Compagnia la documentazione che attesta l'IPT;
- la Compagnia paga ai beneficiari la prestazione assicurata che sarebbe spettata all'Assicurato in vita, se il Sinistro può essere pagato sulla base delle condizioni di Polizza.

La Compagnia indennizza solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio o della Malattia che non dipendono da condizioni fisiche o patologiche preesistenti. Quindi, se l'Assicurato ha già delle menomazioni quando si infortuna o quando viene diagnosticata la Malattia, la Compagnia indennizza solo le conseguenze che si sarebbero verificate se l'Infortunio o la Malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare l'aggravamento derivante dalle menomazioni preesistenti.

14.2 – Esclusioni

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

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

14.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 100.000,00**.

14.4 – Carenza

In caso di IPT a seguito di Malattia, la prestazione viene pagata a condizione che il riconoscimento dell'IPT non sia avvenuto durante il periodo di Carenza pari a **6 mesi consecutivi**, calcolati a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

Art. 15 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

15.1 – Oggetto della garanzia

Inabilità Temporanea Totale: la perdita totale e temporanea della capacità dell'Assicurato di attendere:

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

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

La prestazione è pagata se l'ITT:

- è iniziata nel periodo di validità della Polizza;
- è certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;
- ha una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta.

15.2 – Esclusioni

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

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

15.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 2.000,00 al mese per 18 mensilità consecutive per Sinistro e 36 mensilità complessive**.

15.4 – Franchigia

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

Esempio

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

PERIODO DI ITT	SCADENZA DELLA RATA	INDENNIZZO
12/09/2026 - 17/10/2026	15 del mese	Nessuno il periodo di inabilità è inferiore alla franchigia
12/09/2026 - 17/11/2026	15 del mese	€ 100,00

Art. 16 – Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia

16.1 – Oggetto della garanzia

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

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

16.2 – Esclusioni

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

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

Sono inoltre esclusi i ricoveri non comprovati da un motivo medico oggettivo e/o chirurgico, come ad esempio una convalescenza, una cura termale, un soggiorno presso una casa di cura o gli interventi di chirurgia estetica.

16.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 2.000,00 al mese per 12 mensilità consecutive per Sinistro e 24 mensilità complessive**.

16.4 – Franchigia

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

Esempio

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

PERIODO DI RICOVERO OSPEDALIERO	SCADENZA DELLA RATA	INDENNIZZO
14/09/2026 - 15/09/2026	15 del mese	Nessuno il periodo di ricovero è inferiore alla franchigia
14/09/2026 - 17/10/2026	15 del mese	€ 100,00

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Art. 17 – 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 nella sezione "Assistenza Clienti" / "Sinistri". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile telefonare al numero **06.492161**.

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

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

Art. 18 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

Decesso per qualsiasi causa

- Certificato di morte
- Certificato necroscopico rilasciato dall'ASL di competenza
- In caso di decesso a seguito di Malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia
- In caso di decesso a seguito di Infortunio, verbale di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento

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

- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Certificato autoptico
- Accertamento dell'Invalidità Permanente Totale rilasciato da INPS, INAIL o altro ente pubblico preposto.

Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia

- Accertamento dell'Invalidità Permanente Totale rilasciato da INPS, INAIL o altro ente pubblico preposto
- In caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di Malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia
- In caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio, verbale di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento

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

- Verbale redatto dalle autorità intervenute

Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

- Certificato della Camera di Commercio relativo all'attività lavorativa (solo per lavoratori autonomi)
- Dichiarazione in originale rilasciata dal datore di lavoro attestante l'intero periodo di inabilità lavorativa (solo per lavoratori dipendenti)
- Certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale

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

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

Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia

- Cartella clinica relativa al ricovero

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

Art. 19 – 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 al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. Resta inteso che qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovasse nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

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

SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI

Art. 20 – 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 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, nella quale visualizzare le informazioni sulla propria Polizza assicurativa.

Art. 21 – Reclami

21.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni

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

METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI

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

Il reclamante potrà presentare reclamo alla Compagnia anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti".

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

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

21.2 – Reclami all'Intermediario

I reclami relativi al comportamento dell'Intermediario, dei suoi dipendenti o collaboratori dovranno essere indirizzati per iscritto direttamente alla sua sede e saranno gestiti direttamente dall'Intermediario che fornirà riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa, dandone contestuale notizia al reclamante, lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il predetto termine.

21.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi a

IVASS

Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma | Fax 06.42133.206 | PEC: ivass@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, 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, in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 (di seguito "MetLife" o "Società"). MetLife rivestirà il ruolo di titolare del trattamento dei suoi dati personali.

Per risolvere le liti transfrontaliere è possibile attivare la procedura FIN-NET e rivolgersi direttamente al sistema Estero competente (individuabile sul sito internet: <https://finance.ec.europa.eu>) oppure fare reclamo all'IVASS, che provvederà a coinvolgere il soggetto competente informando il reclamante. Maggiori informazioni sulla procedura sono disponibili al seguente indirizzo: https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net/make-complaint-about-financial-service-provider-another-eea-country_it.

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, Dublino 2 (di seguito "MetLife" o "Società"). MetLife rivestirà il ruolo di titolare del trattamento dei suoi dati personali.

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

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

- direttamente da lei;
- 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.

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

Come contattarci o chiedere aiuto

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

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.

Come possiamo contattarla

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

Come proteggiamo i suoi dati personali

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

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

Laddove appropriato, utilizziamo la cifratura o altre misure di sicurezza che noi riteniamo appropriate per proteggere i suoi dati personali. Inoltre, rivediamo le nostre misure di sicurezza periodicamente per considerare 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 contattato per ricevere materiale promozionale in relazione ai prodotti, offerte speciali o servizi che riteniamo possano essere di suo interesse e comunicazioni commerciali (c.d. marketing diretto). Tali comunicazioni potranno essere effettuate, previo consenso, sulla base di una preventiva attività di profilazione, volta ad individuare i suoi specifici interessi.

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

A chi possono essere comunicati i suoi dati

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

Alcuni suoi dati potranno essere comunicati a: (i) soggetti facenti parte della nostra rete di vendita; (ii) società di Nostra fiducia, anche situate all'estero in Paesi appartenenti all'Unione Europea che svolgono per Nostro conto attività e servizi strettamente connessi alla vendita ed alla gestione di prodotti assicurativi e che utilizzeranno i suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento. In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); call center; legali, tutori, curatori, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia; società di amministrazione del portafoglio, studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza, nonché società di servizio cui siano eventualmente affidate: la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; la gestione dei servizi e dei sistemi informatici; l'archiviazione della documentazione relativa ai rapporti contrattuali; attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; (iii) enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di

legge (es. obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ANIA, IVASS, COVIP, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni, pubbliche Autorità.

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

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

Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

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

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

Per quali finalità di trattamento potremmo chiederle il consenso

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

Consenso ad essere ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e ricerche di mercato: vorremmo poterla contattare per 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) nella sezione dedicata all'Informativa Privacy:

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

MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Polizza Creditor Protection Insurance – Convenzione assicurativa n. CL/26/131
stipulata da Prexta S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Questo documento è stato realizzato in data 04/05/2026 ed è l'ultimo disponibile

DATI DEL FINANZIAMENTO

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

DATI DELL'ASSICURATO

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

INFORMATIVA RELATIVA ALLE GARANZIE E AI COSTI DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

GARANZIE

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:

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

COSTI

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

Premio unico (commissioni incluse): €	Di cui imposte: €	Commissioni percepite dagli intermediari: €
Spese amministrative per il rimborso del Premio: € 40,00 in caso di estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento.		

AVVERTENZE

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.
- L'Assicurato ha la possibilità di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia: www.metlife.it.
- Prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso riportate.
- Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla Legge n. 193/2023 e nei relativi decreti attuativi.
- La Compagnia, qualora si trovi nell'impossibilità di effettuare l'adeguata verifica della clientela, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare o proseguire il rapporto e le operazioni, valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF e, in caso di liquidazione della prestazione, se richiederne la sospensione. Nel caso in cui l'impossibilità riguardi rapporti continuativi in essere, la Compagnia si astiene dall'effettuare modifiche contrattuali, nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Dichiaro di:

- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle mie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del contratto di assicurazione con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione (artt. 58 e 74 Regolamento Ivass n. 40/2018);
- aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo (artt. 56 e 74 Regolamento Ivass n. 40/2018);
- aver scelto la modalità cartacea e-mail per la trasmissione della documentazione contrattuale/precontrattuale e di essere stato informato circa la possibilità di cambiare gratuitamente tale modalità.

* **Data (gg/mm/aa)**

Firma (leggibile)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiaro di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Rappresentanza Generale di **MetLife Europe d.a.c.** 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, nella sezione dedicata alla privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei miei dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati, **acconsento al trattamento di categorie particolari di dati personali** per l'emissione e gestione del contratto.

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

ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

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

1. aderire al Programma Assicurativo di persona o a distanza, anche mediante Firma elettronica avanzata;
2. essere a conoscenza che la Polizza è **connessa al finanziamento** e che rimane in vigore per tutta la durata del medesimo; di conseguenza, in caso di estinzione anticipata totale del finanziamento, la Polizza cessa, salvo mia diversa richiesta;
3. essere a conoscenza che la Polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il finanziamento;
4. essere a conoscenza che in caso di decesso i beneficiari sono i soggetti designati dall'Assicurato nel presente modulo oppure, in caso di mancata designazione, gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in assenza di testamento, i suoi eredi legittimi;
5. prendere atto che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia in corso di contratto potranno essere effettuate via e-mail, attraverso il sito internet www.metlife.it o, se disponibile, nella mia area riservata, come da scelta effettuata da Prexta S.p.A. nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco (art. 4 Regolamento Ivass n. 41/2018).

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

Dichiaro di approvare specificamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 c.c. i seguenti articoli delle Condizioni di assicurazione: Art. 2.2 – Decorrenza e durata del Programma Assicurativo; Art. 2.4 – Estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento; Art. 2.5 – Recesso; Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie; Art. 11 – Persone assicurabili; Art. 12 – Esclusioni valide per tutte le garanzie; Artt. 13.2, 14.2, 15.2 e 16.2 – Esclusioni; Artt. 13.3, 14.3, 15.3 e 16.3 – Prestazione massima; Artt. 15.4 e 16.4 – Franchigia; Art. 17 – Denuncia di Sinistro; Art. 18 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro.

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

Dichiaro di non essere portatore di invalidità/inabilità permanente superiore al 33% riconosciuta da INPS, INAIL o altro ente pubblico preposto.

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

DESIGNAZIONE DI BENEFICIARIO PER LA GARANZIA DECESSO – FACOLTATIVA

Beneficiario/i nominativo/i come sotto identificato/i:

▪ **Beneficiario n. 1**

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Cod. Fisc.:
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:
Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):		

▪ **Beneficiario n. 2**

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Cod. Fisc.:
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:
Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):		

In caso di mancata designazione del beneficiario, l'Indennizzo sarà corrisposto agli eredi testamentari dell'Assicurato o, in assenza di testamento, ai suoi eredi legittimi.

AVVERTENZE

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

Il sottoscritto:

- dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prima dell'evento
(barrando questa casella la Compagnia contatterà i beneficiari solo in caso di decesso dell'Assicurato)
- identifica, per esigenze di riservatezza, un Referente terzo in caso di decesso dell'Assicurato:

▪ **Referente terzo**

Nome e Cognome:	Cod. Fisc.:
Telefono:	E-mail:

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

ASSUNZIONE DEL RISCHIO – IMPORTO DA ASSICURARE SUPERIORE A € 75.000,00 E FINO A € 100.000,00

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.



Ai sensi della legge n. 193/2023 (di seguito "Legge"), a decorrere dal 02/01/2024, le persone guarite da una patologia oncologica hanno il diritto di non fornire informazioni, né subire indagini, in merito alla propria pregressa condizione patologica, se sono trascorsi più di 10 anni dalla conclusione del trattamento attivo, in assenza di recidive o ricadute. Questo periodo è ridotto a 5 anni se la patologia oncologica è insorta prima dei 21 anni di età. L'Impresa assicuratrice (di seguito "MetLife") non potrà più richiedere tali informazioni per valutare il rischio e determinare le condizioni contrattuali, né utilizzarle qualora l'Assicurato le abbia riportate per errore nel questionario, oppure siano già nella sua disponibilità o in quella dell'intermediario assicurativo. MetLife, inoltre, non potrà richiedere l'effettuazione di visite mediche di controllo o di accertamenti sanitari per verificare la sussistenza di patologie oncologiche pregresse.

Il Ministero della Salute, con decreto del 22 marzo 2024, ha previsto per una serie di patologie oncologiche **termini ridotti** rispetto a quelli indicati dalla Legge per il maturarsi dell'oblio oncologico. È possibile prendere visione dell'elenco delle patologie oncologiche che prevedono termini ridotti sul sito internet www.metlife.it nella sezione *Assistenza Clienti* → *Avvisi ai clienti* → *Comunicazioni* oppure utilizzando il seguente link www.metlife.it/assistenza-clienti/avvisi/comunicazioni. **Se nel questionario sono indicati termini diversi per queste patologie, l'Assicurato deve fare riferimento ai termini ridotti indicati nell'elenco prima di rispondere alle domande.**

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durante gli ultimi 3 anni ha interrotto la sua attività lavorativa per più di 1 mese per affezioni lombari o dorsali o per altri problemi di salute (salvo che per ragioni legate alla maternità anticipata, all'ordinario congedo di maternità o per fratture ossee dovute esclusivamente ad infortunio)? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durante gli ultimi 3 anni ha subito ricoveri per più di 3 giorni consecutivi o interventi chirurgici e/o è attualmente in attesa di ricovero (ad eccezione dei ricoveri o interventi per appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsilliti, deviazioni del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale, chirurgia estetica, asportazione chirurgica nevi di natura benigna, fimosi, idrocele, emorroidi, papilloma durante l'infanzia o l'adolescenza, varicocele, ovvero ricoveri o interventi chirurgici legati a fratture ossee dovute esclusivamente ad infortunio)? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si sottopone da oltre 1 mese ad una terapia medica (farmacologica e non) di durata continuativa (ad eccezione 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"> ▪ Durante gli ultimi 5 anni le è stata diagnosticata da un medico una delle seguenti patologie: tumore, epatite, cardiopatie ischemiche, ictus, diabete, infezioni da HIV? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Consapevole del fatto che, ai sensi degli artt. 1892 e seguenti c.c., eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto dell'Assicurato alla prestazione assicurativa, confermo la correttezza delle risposte sopra rese e delle dichiarazioni ivi contenute, nonché di non aver taciuto, ommesso 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 di risposta positiva anche ad una sola delle domande di cui al presente questionario, oppure in caso di rifiuto a fornire le risposte alle medesime domande, non sarà possibile procedere alla sottoscrizione del contratto di assicurazione.**

✖ **Data** (gg/mm/aa)

Firma (leggibile)

ALLEGATO PER LA DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI

Convenzione assicurativa n.:	Pratica n.:
Nome e Cognome dell'Aderente/Assicurato:	Cod. Fisc.:

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

Beneficiario n. 1

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Cod. Fisc.:
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:
Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):		

Beneficiario n. 2

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Cod. Fisc.:
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:
Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):		

Beneficiario n. 3

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Cod. Fisc.:
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:
Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):		

Beneficiario n. 4

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Cod. Fisc.:
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:
Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):		

AVVERTENZE

- In caso di mancata o errata compilazione dei dati relativi al beneficiario, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Aderente/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 dall'Aderente/Assicurato alla Compagnia.
- Se l'Aderente/Assicurato intende designare più di 4 beneficiari potrà utilizzare 2 o più allegati per la designazione dei beneficiari.

Il sottoscritto:

- dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prima dell'evento
(barrando questa casella la Compagnia contatterà i beneficiari solo in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato)
- identifica, per esigenze di riservatezza, un Referente terzo in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato:

Referente terzo

Nome e Cognome:	Cod. Fisc.:
Telefono:	E-mail:

✘ **Data** (gg/mm/aa)

Firma (leggibile)