

Set informativo

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

MetLife Europe Insurance d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Contratto di assicurazione Creditor Protection Insurance

Convenzione assicurativa n. CL/25/802 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia e MetLife Europe Insurance 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

Informazione importante

- La polizza assicurativa è **connessa al finanziamento** erogato dalla banca e rimane in vigore per tutta la durata del medesimo. Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata 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.

MetLife Europe Insurance 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. 472350. 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 Insurance 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. 12083681002, REA n. 1348921, abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. I.00109 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/25/802

Questo documento è stato realizzato in data 09/02/2026 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 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 dalla banca, in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. CL/25/802, 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?

Per tutti i pacchetti, la polizza prevede la seguente garanzia:

- ✓ **Decesso** per qualsiasi causa
Somma assicurata: il doppio del capitale residuo del finanziamento alla data del sinistro, fino a € 150.000,00.
L'impresa paga la somma assicurata se l'assicurato muore per qualsiasi causa.
- ✓ **Malattia Grave**
Somma assicurata: il doppio del capitale residuo del finanziamento alla data del sinistro, fino a € 150.000,00.
L'impresa paga la somma assicurata se all'assicurato viene diagnosticata per la prima volta una malattia grave nel periodo di validità della polizza.



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ La polizza non può essere abbinata a finanziamenti con scadenza della prima rata oltre 184 giorni dalla data di erogazione del finanziamento.
- 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;
 - ✗ a seguito o per effetto della normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o delle misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale, siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" o siano sottoposte a divieti e/o misure restrittive.



Ci sono limiti di copertura?

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

- ! 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.

Per la garanzia Decesso, è inoltre escluso il suicidio dell'assicurato accaduto nel primo anno successivo alla data di adesione alla polizza.

Per la garanzia Malattia Grave, è previsto un periodo di carenza di 90 giorni 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 sinistro, hai il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto all' Impresa presso il Broker, presentando la seguente documentazione distinta per garanzia:

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 all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:

- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Certificato autoptico
- Accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico

Malattia Grave

- Cartella clinica relativa alla prima diagnosi della malattia grave

- 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 fino a 84 mesi.

Le modalità di perfezionamento del contratto variano in base all'importo da assicurare e sono le seguenti:

- Importo fino a € 30.000,00: il contratto si perfeziona con la sottoscrizione, anche mediante firma elettronica digitale, del modulo di adesione alla polizza;
- Importo superiore a € 30.000,00 e fino a € 75.000,00: il contratto si perfeziona con la sottoscrizione, anche mediante firma elettronica digitale, del modulo di adesione alla polizza solo se hai compilato il questionario anamnestico con risposta negativa a tutte le domande. Diversamente non sarà possibile perfezionare il contratto.

La copertura assicurativa inizia alle 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 184 giorni, alle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, a condizione che il premio sia pagato.

La copertura assicurativa rimane in vigore per tutta la durata del piano di rimborso del finanziamento, fino ad un massimo di 84 mesi.



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** indirizzata all'Impresa presso il Broker scrivendo a Brokersonline April, casella postale 178, 26100 Cremona, oppure all'indirizzo e-mail supportodb@brokeronline.it, **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, delle spese di emissione della polizza 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.

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, delle spese di emissione della polizza e della porzione di premio relativa al periodo per il quale la polizza ha avuto effetto.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

☐ SÌ ☒ NO

Assicurazione Creditor Protection Insurance

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
(DIP Danni)



Compagnie:

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

Prodotto:

CL/25/802

Questo documento è stato realizzato in data 09/02/2026 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 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 dalla banca, in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. CL/25/802, 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:

PACCHETTO A – riservato ai lavoratori dipendenti privati

- ✓ **Invalidità Permanente Totale** di grado pari o superiore al 60% da infortunio o malattia
Somma assicurata: il doppio del capitale residuo del finanziamento alla data del sinistro, fino a € 150.000,00.
La compagnia paga la somma assicurata se l'assicurato ha un infortunio o una malattia che causa un'invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60%.
- ✓ **Perdita Involontaria di Impiego** a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo
Somma assicurata: le rate mensili del finanziamento che hanno scadenza nel periodo di inattività lavorativa, fino a € 3.000,00 al mese per 12 mensilità.
La compagnia paga la somma assicurata se l'assicurato perde il lavoro a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo (legge n. 604/1966 art. 3).

PACCHETTO B – riservato ai lavoratori dipendenti privati che non sono in possesso dei requisiti per acquistare il Pacchetto A, dipendenti pubblici, autonomi, domestici e non lavoratori

- ✓ **Invalidità Permanente Totale** di grado pari o superiore al 60% da infortunio o malattia
Somma assicurata: il doppio del capitale residuo del finanziamento alla data del sinistro, fino a € 150.000,00.
La compagnia paga la somma assicurata se l'assicurato ha un infortunio o una malattia che causa un'invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60%.
- ✓ **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 € 3.000,00 al mese per 12 mensilità.
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 € 3.000,00 al mese per 6 mensilità consecutive o 12 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?

- ✗ La polizza non può essere abbinata a finanziamenti con scadenza della prima rata oltre 184 giorni dalla data di erogazione del finanziamento.

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;
- ✗ a seguito o per effetto della normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o delle misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale, siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" o siano sottoposte a divieti e/o misure restrittive.



Ci sono limiti di copertura?

Per 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;
- ! gravidanza, puerperio e patologie correlate.

Per la garanzia **Inabilità Temporanea Totale** è inoltre previsto:

- ! un periodo di franchigia assoluta di 30 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.

Per la garanzia **Perdita Involontaria di Impiego** è previsto:

- ! un periodo di carenza di 30 giorni consecutivi a partire dalla data di inizio della polizza;
- ! un periodo di franchigia assoluta di 30 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di interruzione del lavoro.

Sono inoltre esclusi:

- ! i licenziamenti notificati prima della data di adesione alla polizza o durante il periodo di carenza;
- ! i licenziamenti dovuti a motivi disciplinari o professionali;
- ! i licenziamenti tra coniugi, parenti entro il 3° grado e affini entro il 2° grado;
- ! i licenziamenti per giusta causa e giustificato motivo soggettivo;
- ! le cessazioni - anticipate o alla loro scadenza - dei contratti di lavoro a tempo determinato, stagionali, temporanei o ad interim;

- ! il raggiungimento dell'età di quiescenza o dell'età necessaria per l'erogazione della pensione anticipata (ex pensione di anzianità) oppure in caso di applicazione del regime di prepensionamento;
- ! le dimissioni e le risoluzioni consensuali del contratto di lavoro;
- ! le situazioni di disoccupazione, riduzione o sospensione dell'attività lavorativa che diano luogo all'indennizzo da parte della cassa integrazione guadagni ordinaria, edilizia o straordinaria o da parte di qualunque altro fondo di assistenza nei confronti del lavoratore secondo quanto previsto dalla normativa vigente applicabile.



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 presso il Broker, presentando la seguente documentazione distinta per garanzia:

Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 60% da infortunio o malattia

- Accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico
- In caso di invalidità a seguito di malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia
- In caso di invalidità 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

Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo

- Lettera di licenziamento
- Ultime 2 buste paga
- Certificazione attestante il totale delle ore lavorative effettuate settimanalmente
- Scheda anagrafico-professionale o modello C/2 storico rilasciato dal centro per l'impiego attestante il periodo di disoccupazione

Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia

- Certificazione medica attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale
- In caso di inabilità a seguito di infortunio sul lavoro, certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale
- Per i lavoratori dipendenti, dichiarazione del datore di lavoro attestante l'inizio e la fine dell'inabilità lavorativa
- Per i lavoratori autonomi, certificato della Camera di Commercio relativo all'attività lavorativa

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

- Cartella clinica relativa al ricovero
- Verbale di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Verbale redatto dalle autorità intervenute

Ricovero Ospedaliero da infortunio o malattia

- Cartella clinica relativa al ricovero dalla quale risulti il periodo di degenza

- 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 inizia alle 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 184 giorni, alle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, a condizione che il premio sia pagato.

La copertura assicurativa rimane in vigore per tutta la durata del piano di rimborso del finanziamento, fino ad un massimo di 84 mesi.



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** indirizzata alla Compagnia presso il Broker scrivendo a Brokeronline April, casella postale 178, 26100 Cremona, oppure all'indirizzo e-mail supportodb@brokeronline.it, **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, delle spese di emissione della polizza 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. 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, delle spese di emissione della polizza 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/25/802

Questo documento è stato realizzato in data 09/02/2026 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/>.

MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero I.00109, con Sede in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma | tel. 06.492161 | sito internet: www.metlife.it | pec: mel-italia@legalmail.it.

MetLife Europe Insurance d.a.c. è una società di capitali costituita in Irlanda ed iscritta al registro delle imprese istituito presso l'ufficio del Registro delle Imprese Irlandese, con numero di iscrizione 472350, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. MetLife Europe Insurance d.a.c. è autorizzata dalla Central Bank of Ireland (numero di riferimento C89732) ad esercitare l'attività assicurativa nei rami danni 1, 2, 8, 9, 14, 16 e 18 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 Insurance d.a.c. iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083681002) 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 Insurance 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.00109) ed è soggetta alla vigilanza dalla Central Bank of Ireland.

Il patrimonio netto di MetLife Europe Insurance d.a.c. al 31 dicembre 2024 è pari a € 39.019.000 e comprende capitale sociale emesso pari a € 2.048.000, rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000, suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1 ciascuna, di cui 2.048.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 36.970.000. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe Insurance d.a.c. è pari al 264%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 16.275.000 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 42.938.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 4.069.000,00. 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?

PACCHETTO A

Il Pacchetto A è riservato ai **lavoratori dipendenti del settore privato** con contratto a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana e anzianità di 6 mesi consecutivi presso lo stesso datore di lavoro. È esclusa l'attività professionale svolta presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado.

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 75 anni;
- al termine della polizza, non abbiano ancora compiuto 78 anni.

PACCHETTO B

Il Pacchetto B è riservato a:

- **lavoratori dipendenti del settore privato che non sono in possesso dei requisiti per acquistare il Pacchetto A;**
- **lavoratori dipendenti del settore pubblico;**
- **lavoratori autonomi;**
- **lavoratori domestici;**
- **non lavoratori.**

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 75 anni;
- al termine della polizza, non abbiano ancora compiuto 78 anni.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Costo complessivo per emissione, gestione e acquisizione del contratto:	78,65% del premio netto imposte - include il costo di intermediazione pari al 44,65% del premio netto imposte
Spese di emissione del contratto	€ 15,00

Altri costi (costi PPI)

Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento	€ 40,00 (include il costo di intermediazione pari a € 22,00)
Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di cessazione della garanzia Perdita Involontaria di Impiego	€ 20,00 (include il costo di intermediazione pari a € 11,00)

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	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: 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 all'Impresa 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.
All'IVASS	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 . 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.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro assicurativo	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.
Mediazione	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.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per risolvere le liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Alla polizza si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR). I premi per le garanzie del ramo vita (Decesso e Malattia Grave) non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni. I premi per le garanzie del ramo danni (Invalidità Permanente Totale, Perdita Involontaria di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero) sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'ammontare dei premi. I premi delle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente superiore al 5%, derivante da qualsiasi causa, saranno detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'assicurato nella misura e per gli importi previsti dalla normativa vigente.
---	---

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	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 → Comunicazioni ai clienti → Comunicazioni</i> oppure utilizzando il seguente link www.metlife.it/assistenza-clienti/avvisi/comunicazioni.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	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.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	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.

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/25/802 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia e MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Questo documento è stato realizzato in data 09/02/2026 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 – Formalità di assunzione del rischio e modalità di perfezionamento del Contratto	3
2.2 – Decorrenza e durata del Programma Assicurativo	3
2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo	4
2.4 – Estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento	4
2.5 – Recesso	5
Art. 3 – Premio assicurativo	6
3.1 – Premio	6
3.2 – Modalità di pagamento del Premio	6
Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti	6
4.1 – Dichiarazioni richieste per la valutazione del rischio	6
4.2 – Dichiarazioni richieste dalla Normativa antiriciclaggio	6
Art. 5 – Legge applicabile	6
Art. 6 – Prescrizione	6
Art. 7 – Foro competente / Arbitro Assicurativo / Procedimento di mediazione	6
Art. 8 – Valuta	7
SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO	7
Art. 9 – Programma Assicurativo	7
Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie	7
Art. 11 – Persone assicurabili	7
Art. 12 – Limitazioni valide per tutte le garanzie	8
SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO – PACCHETTO A	8
Art. 13 – Decesso per qualsiasi causa	8
13.1 – Oggetto della garanzia	8
13.2 – Esclusioni	8
13.3 – Prestazione massima	8
Art. 14 – Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia	8
14.1 – Oggetto della garanzia	8
14.2 – Esclusioni	8
14.3 – Prestazione massima	9
Art. 15 – Malattia Grave	9
15.1 – Oggetto della garanzia	9
15.2 – Esclusioni	9
15.3 – Prestazione massima	9
15.4 – Carenza	9
Art. 16 – Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo	9
16.1 – Oggetto della garanzia	9
16.2 – Esclusioni	9
16.3 – Prestazione massima	10
16.4 – Carenza	10
16.5 – Franchigia	10
16.6 – Variazione della condizione lavorativa	10
SEZIONE IV – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO – PACCHETTO B	11
Art. 17 – Decesso per qualsiasi causa	11
17.1 – Oggetto della garanzia	11
17.2 – Esclusioni	11
17.3 – Prestazione massima	11
Art. 18 – Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia	11
18.1 – Oggetto della garanzia	11
18.2 – Esclusioni	12
18.3 – Prestazione massima	12
Art. 19 – Malattia Grave	12
19.1 – Oggetto della garanzia	12
19.2 – Esclusioni	12
19.3 – Prestazione massima	12
19.4 – Carenza	12

Art. 20 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia	12
20.1 – Oggetto della garanzia	12
20.2 – Esclusioni	13
20.3 – Prestazione massima	13
20.4 – Franchigia	13
Art. 21 – Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia	13
21.1 – Oggetto della garanzia	13
21.2 – Esclusioni	13
21.3 – Prestazione massima	14
21.4 – Franchigia	14
SEZIONE V – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	14
Art. 22 – Denuncia di Sinistro	14
Art. 23 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro	14
Art. 24 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro	15
SEZIONE VI – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI	15
Art. 25 – Richiesta di Informazioni	15
Art. 26 – Reclami	15
26.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni	15
26.2 – Reclami all'Intermediario	15
26.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza	15
INFORMATIVA PRIVACY	16

GLOSSARIO

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

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, anche con Firma elettronica digitale, e sostiene il pagamento del Premio.

Beneficiario:

- 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.
- per le garanzie Invalidità Permanente Totale, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita Involontaria di Impiego, l'Assicurato.

Broker: April Italia S.r.l. con Sede Legale in Via Cappuccio, 13 - 20123 Milano, iscritto alla Sezione B del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. B000141525, in data 16/04/2007.

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

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

Compagnia:

- per le garanzie Decesso, Malattia Grave, Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, 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;
- per la garanzia Perdita Involontaria di Impiego, MetLife Europe Insurance 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.

Contraente: Deutsche Bank S.p.A. con Sede Legale e Direzione Generale in Piazza del Calendario, 3 - 20126 Milano, iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000027178, in data 01/02/2007.

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

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 digitale: un particolare tipo di firma elettronica qualificata basata su un sistema di chiavi crittografiche, una pubblica e una privata, correlate tra loro, che consente al titolare di firma elettronica tramite la chiave privata e a un soggetto terzo tramite la chiave pubblica, rispettivamente, di rendere manifesta e di verificare la provenienza e l'integrità di un documento informatico o di un insieme di documenti informatici (CAD, D.lgs. n. 82/2005, articolo 1, lettera s).

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.

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

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

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

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

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

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

Premio puro: il Premio al netto delle imposte, delle spese di emissione del Contratto 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.

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 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 dalla banca, in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. CL/25/802, 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 fino ad un massimo di 84 mesi e capitale iniziale fino a € 75.000,00**.

La Polizza non può essere abbinata a finanziamenti con scadenza della prima rata **oltre 184 giorni** dalla data di erogazione del finanziamento.

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

Le formalità di assunzione del rischio e le modalità di perfezionamento del Contratto variano in base all'importo da assicurare e sono le seguenti. Nell'importo da assicurare non va computato l'importo del Premio.

- **Importo fino a € 30.000,00:** il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato.
- **Importo superiore a € 30.000,00 e fino a € 75.000,00:** si richiede la compilazione e sottoscrizione del **Questionario anamnestico** riportato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo. Nel caso in cui l'Assicurato abbia compilato il Questionario anamnestico con risposta negativa a tutte le domande, il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato. In caso di risposta affermativa, anche ad una soltanto delle domande poste nel Questionario anamnestico, non sarà possibile perfezionare il Contratto.

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

In caso di sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo con firma autografa, l'Assicurato riceverà la documentazione contrattuale e precontrattuale in formato cartaceo. In caso di sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo con Firma elettronica digitale, l'Assicurato riceverà la documentazione contrattuale e precontrattuale in formato elettronico via e-mail, con facoltà di chiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo direttamente alla Contraente. Resta inteso che l'Assicurato potrà richiedere un duplicato informatico o cartaceo dei documenti sottoscritti, per tutto il periodo in cui la Compagnia è tenuta per legge a conservarli.

 Anche se non espressamente previsto dalle formalità di assunzione del rischio, è riconosciuta all'Assicurato la possibilità di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

2.2 – 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 184 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, **a condizione che il Premio sia pagato**.

Il Programma Assicurativo rimane in vigore per tutta la durata del piano di rimborso del finanziamento stabilita in fase di sottoscrizione del finanziamento stesso, fino ad un massimo di **84 mesi**.

Nel caso in cui l'Assicurato, nel corso della durata del finanziamento, abbia attivato l'opzione **Salto Rata** - fino ad un massimo di una rata all'anno e 3 rate complessive - la Durata del Programma Assicurativo viene estesa e copre l'allungamento del piano di rimborso del finanziamento, entro il limite massimo di **84 mesi** che non potrà in ogni caso essere superato.

In tutti gli altri casi di rinegoziazione del piano di rimborso del finanziamento, la copertura viene prestata sulla base del piano di rimborso originario.

2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato;
- b) al pagamento della prestazione assicurata relativa alle garanzie Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 60% e Malattia Grave;
- 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.
- e) in caso di perdita dei requisiti di assicurabilità indicati all'art. 11, punto 1, lett. a), b).

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.

Nel caso e) la Polizza cessa alla data in cui l'Assicurato perde i requisiti di assicurabilità e la Compagnia restituirà al medesimo il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte, delle spese di emissione del Contratto e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

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

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, per il tramite del Broker, 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 Contraente, contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento.

 Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere a Brokeronline April, casella postale 178, 26100 Cremona, inviare una e-mail all'indirizzo supportodb@brokeronline.it o telefonare al numero 02.82.81.66.66 dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00.

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

I = data inizio Programma Assicurativo

DR = capitale residuo alla data di estinzione anticipata totale

DI = capitale iniziale

Esempio

Premio:	€ 1.000,00
Premio puro:	€ 300,00
Caricamenti:	€ 700,00
Data inizio Programma Assicurativo:	04/02/2020
Data termine Programma Assicurativo:	05/02/2024

Data estinzione anticipata totale:	27/04/2021
Capitale residuo alla data di estinzione anticipata totale:	€ 7.224,00
Capitale iniziale:	€ 10.000,00
Spese amministrative:	€ 40,00
Premio rimborsato:	€ 595,81

$$595,81 = \frac{300 * 1.014 * 7.224}{1.462 * 10.000} + \frac{700 * 1.014}{1.462} - 40$$

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, per il tramite del Broker, 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.

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 Contraente, contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata parziale del finanziamento. 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.



Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere a Brokeronline April, casella postale 178, 26100 Cremona, inviare una e-mail all'indirizzo supportodb@brokeronline.it o telefonare al numero 02.82.81.66.66 dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00.

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 e alla durata del finanziamento residua alla data di estinzione anticipata parziale

Esempio

Premio:	€ 800,00
Premio puro:	€ 200,00
Caricamenti:	€ 600,00
Data inizio Programma Assicurativo:	12/03/2020
Data termine Programma Assicurativo:	15/03/2025
Data estinzione anticipata parziale:	25/06/2021
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** indirizzata alla Compagnia presso il Broker scrivendo a Brokeronline April, casella postale 178, 26100 Cremona, oppure all'indirizzo e-mail supportodb@brokeronline.it. **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, delle spese di emissione del Contratto 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.

Se la durata del Contratto 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, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato il Premio al netto delle imposte, delle spese di emissione del Contratto e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

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.



Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere a Brokeronline April, casella postale 178, 26100 Cremona, inviare una e-mail all'indirizzo supportodb@brokeronline.it o telefonare al numero 02.82.81.66.66 dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00.

Art. 3 – Premio assicurativo

3.1 – Premio

Il Premio è unico ed è calcolato moltiplicando il tasso di Premio, pari allo 0,11%, per il capitale iniziale e per la durata del finanziamento espressa in mesi (comprensiva dell'eventuale periodo di preammortamento). Al premio così calcolato dovranno essere aggiunte le spese di emissione del Contratto pari a € 15,00.

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

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

Art. 5 – 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 e Malattia Grave – 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, Perdita Involontaria di Impiego, 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 2 diversi pacchetti di garanzie, offerti all'Assicurato in base alla sua condizione lavorativa alla data di adesione al Programma Assicurativo.

CONDIZIONE LAVORATIVA AL MOMENTO DELL'ADESIONE ALLA POLIZZA

DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO con i seguenti requisiti:

- contratto di lavoro a **tempo indeterminato** soggetto alla legge italiana
- anzianità lavorativa di almeno **6 mesi consecutivi** presso lo stesso datore di lavoro
- che non lavora presso il **coniuge**, un **parente** entro il 3° grado o un **affine** entro il 2° grado

PACCHETTO A

Questo pacchetto prevede le garanzie:

- ✓ **Decesso** per qualsiasi causa
- ✓ **Invalidità Permanente Totale** di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia
- ✓ **Malattia Grave**
- ✓ **Perdita Involontaria di Impiego** a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo

! Se cambia la condizione lavorativa dell'Assicurato in corso di Contratto, la garanzia Perdita Involontaria di Impiego è automaticamente sostituita dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale del Pacchetto B. In alternativa l'Assicurato può chiedere il rimborso della frazione di Premio residua e non goduta relativa alla garanzia Perdita Involontaria di Impiego. Per i dettagli si rimanda all'art. 15.6.

DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO senza i requisiti previsti per il Pacchetto A

oppure

DIPENDENTE DEL SETTORE PUBBLICO

oppure

LAVORATORE AUTONOMO

oppure

LAVORATORE DOMESTICO

oppure

NON LAVORATORE

PACCHETTO B

Questo pacchetto prevede le garanzie:

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

! Se cambia la condizione lavorativa dell'Assicurato in corso di Contratto, l'Assicurato continuerà ad usufruire di tutte le garanzie previste dal Pacchetto B.

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:

1. al momento dell'adesione al Programma Assicurativo:
 - a) siano residenti in Italia;
 - b) siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
 - c) abbiano sottoscritto un contratto di finanziamento con la Contraente;
 - d) abbiano un'età compresa tra **18 e 75 anni**;
2. al termine del piano di rimborso del finanziamento, non abbiano ancora compiuto **78 anni**.

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

Non sono assicurabili le persone fisiche che siano portatrici di invalidità/inabilità permanente superiore al 33% riconosciuta da INPS, INAIL o altro ente pubblico preposto.

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

Art. 12 – Limitazioni 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.

SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO – PACCHETTO A

Art. 13 – Decesso per qualsiasi causa

13.1 – Oggetto della garanzia

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

13.2 – Esclusioni

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.

È inoltre escluso il suicidio dell'Assicurato accaduto nel primo anno successivo 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 **€ 150.000,00**.

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

14.1 – Oggetto della garanzia



L'Invalidità Permanente Totale corrisponde ad un'invalidità di grado pari o superiore al 60% e deve essere riconosciuta con certificazione medica rilasciata dall'INPS o da altro Ente previdenziale pubblico. Per il calcolo del grado di invalidità permanente si conviene di adottare come riferimento la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche.

In caso di Invalidità Permanente Totale riconosciuta all'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia (IPT) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, paga al Beneficiario una somma pari al doppio del capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'IPT, **eccetto arretrati ed interessi di mora**.

Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato prima che la Compagnia abbia accertato la stabilizzazione dei postumi invalidanti ed il decesso non sia indennizzabile a termini di Polizza, gli eredi dell'Assicurato potranno comunque dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea a provare lo stato di IPT.

14.2 – Esclusioni

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;
- 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 **€ 150.000,00**.

Art. 15 – Malattia Grave

15.1 – Oggetto della garanzia



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

La Malattia Grave deve essere accertata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese dell'Unione Europea.

In caso di Malattia Grave diagnosticata per la prima volta all'Assicurato nel periodo di validità della Polizza la Compagnia, fermi i casi di esclusione, paga all'Assicurato una somma pari al doppio del capitale residuo del finanziamento alla data di prima diagnosi della malattia grave, a condizione che il Sinistro non si verifichi nel periodo di Carenza.

15.2 – Esclusioni

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.

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 **€ 150.000,00**.

15.4 – Carenza

La prestazione viene corrisposta a condizione che il Sinistro non si verifichi nel periodo di Carenza pari a **90 giorni consecutivi** calcolati a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

Art. 16 – Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo

16.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo dell'Assicurato - Legge n. 604/1966 art. 3 - (PIL) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, paga al Beneficiario una somma pari alle rate mensili del finanziamento, dovute dopo il periodo di Franchigia assoluta, che hanno scadenza nel periodo di inattività lavorativa documentato, **eccetto arretrati ed interessi di mora ed eventuale maxirata finale**.

La prestazione è corrisposta a condizione che:

- la PIL non sia avvenuta nel periodo di Carenza;
- la PIL abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta.



Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario che l'Assicurato, alla data di notifica del licenziamento:

- eserciti una professione di lavoro dipendente del settore privato con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana;
- non eserciti tale professione lavorativa presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado;
- abbia superato il periodo di prova;
- abbia perso il lavoro a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo - Legge n. 604/1966 art. 3;
- sia in possesso dei requisiti previsti dalla legge come disoccupato totale alla ricerca attiva di occupazione.

Nel caso in cui l'Assicurato, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato o riprenda ad esercitare un'attività remunerata di altra natura, l'Indennizzo non sarà più dovuto. In tal caso, qualora l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la garanzia verrà riattivata **fino a concorrenza della prestazione massima indicata all'art. 16.3, a condizione che:**

- sussistano i requisiti sopra indicati;
- sia nuovamente decorso il periodo di Franchigia assoluta calcolato a partire dalla data del nuovo licenziamento.

16.2 – Esclusioni

Sono esclusi dal Programma Assicurativo:

- i licenziamenti notificati prima della data di adesione al Programma Assicurativo e durante il periodo di Carenza;
- i licenziamenti dovuti a motivi disciplinari o professionali;
- i licenziamenti tra coniugi, parenti entro il 3° grado e affini entro il 2° grado;
- le dimissioni e le risoluzioni consensuali del contratto di lavoro;
- i licenziamenti per giusta causa e giustificato motivo soggettivo;
- le cessazioni, anticipate o alla loro scadenza, dei contratti di lavoro a tempo determinato, stagionali, temporanei o ad interim;
- il raggiungimento dell'età di quiescenza o dell'età necessaria per l'erogazione della pensione anticipata (ex pensione di anzianità) oppure in caso di applicazione del regime di prepensionamento;
- le situazioni di disoccupazione, riduzione o sospensione dell'attività lavorativa che diano luogo all'indennizzo da parte della cassa integrazione guadagni ordinaria, edilizia o straordinaria o da parte di qualunque altro fondo di assistenza nei confronti del lavoratore secondo quanto previsto dalla normativa vigente applicabile.

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 **€ 3.000,00 al mese per 12 mensilità**.

Nessuna nuova prestazione è dovuta se l'Assicurato raggiunge l'età di quiescenza o l'età necessaria per l'erogazione della pensione anticipata (ex pensione di anzianità) oppure in caso di applicazione del regime di prepensionamento.

In caso di sostituzione della garanzia Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo con la garanzia Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia, la **durata massima di indennizzo pari a 12 mensilità** si valuta complessivamente per le 2 garanzie come se fossero una sola.

16.4 – Carenza

La prestazione viene corrisposta a condizione che il Sinistro non si verifichi nel periodo di Carenza pari a **30 giorni consecutivi** calcolati a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

16.5 – Franchigia

La prestazione viene corrisposta a condizione che la PII abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta pari a **30 giorni consecutivi** calcolati a partire dal primo giorno di interruzione del lavoro.

Esempio

L'esempio è formulato con riferimento ad un finanziamento che preveda il pagamento di rate di rimborso mensili pari a € 100,00 e con riguardo ad un Sinistro che non si verifichi nel periodo di Carenza.

PERIODO DI INATTIVITÀ LAVORATIVA	SCADENZA DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO	INDENNIZZO
05/09/2025 - 29/09/2025	28 del mese	Nessuno il periodo di inattività lavorativa è inferiore alla franchigia
05/09/2025 - 30/10/2025	28 del mese	€ 100,00

16.6 – Variazione della condizione lavorativa

Qualora, in corso di Contratto, dovesse variare la condizione lavorativa dell'Assicurato (come da tabella che segue) la garanzia Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo (PII) cessa dalla medesima data e viene automaticamente sostituita dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia (ITT) senza alcun costo aggiuntivo. Si rinvia all'art. 18 per le caratteristiche della garanzia ITT.

DA:

A:

DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO con i seguenti requisiti:

- contratto di lavoro a **tempo indeterminato** soggetto alla legge italiana
- anzianità lavorativa di almeno **6 mesi consecutivi** presso lo stesso datore di lavoro
- che non lavora presso il **coniuge**, un **parente** entro il 3° grado o un **affine** entro il 2° grado



DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO senza i requisiti a) o c)

oppure

DIPENDENTE DEL SETTORE PUBBLICO

oppure

LAVORATORE AUTONOMO

oppure

LAVORATORE DOMESTICO

oppure

NON LAVORATORE

In alternativa alla sostituzione della garanzia, l'Assicurato, previa comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R corredata della documentazione attestante la nuova condizione lavorativa, potrà chiedere il rimborso della porzione di Premio residua e non goduta relativa alla garanzia PII, **al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio pari a € 20,00**. La porzione di Premio da restituire sarà calcolata a partire dalla data di cessazione della garanzia PII, anche qualora la comunicazione alla Compagnia dovesse essere inviata in un momento successivo, purché sempre nel periodo di validità del Contratto.



La Compagnia non procederà alla sostituzione della garanzia / restituzione del Premio nel caso in cui abbia già liquidato un Sinistro relativo alla garanzia PII.

In caso di denuncia di un Sinistro relativo alla garanzia ITT, la Compagnia intenderà prevalente l'interesse dell'Assicurato a rimanere in copertura e non procederà pertanto alla restituzione del Premio.

Formula di calcolo per il rimborso del Premio garanzia PII:

$$PR = \frac{P * (U - E) * DR}{(U - I) * DI} + \frac{C * (U - E)}{(U - I)} - 20$$

Dove:

PR = Premio garanzia PII rimborsato
P = Premio puro garanzia PII
C = Caricamenti garanzia PII
U = data termine Programma Assicurativo
E = data cessazione garanzia PII
I = data inizio Programma Assicurativo
DR = capitale residuo alla data di estinzione
DI = capitale iniziale

Esempio

Premio garanzia PII:	€ 700,00
Premio puro garanzia PII:	€ 200,00
Caricamenti garanzia PII	€ 500,00
Data termine Programma Assicurativo:	21/06/2021
Data cessazione garanzia PII:	04/03/2018
Data inizio Programma Assicurativo:	13/07/2016
Capitale residuo alla data di estinzione:	€ 5.706,00
Capitale iniziale:	€ 8.000,00
Spese amministrative:	€ 20,00
Premio Rimborsato:	€ 409,26

$$409,26 = \frac{200 * 1.205 * 5.706}{1.804 * 8.000} + \frac{500 * 1.205}{1.804} - 20$$

SEZIONE IV – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO – PACCHETTO B

Art. 17 – Decesso per qualsiasi causa

17.1 – Oggetto della garanzia

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

17.2 – Esclusioni

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.

È inoltre escluso il suicidio dell'Assicurato accaduto nel primo anno successivo alla data di adesione al Programma Assicurativo.

17.3 – 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 **€ 150.000,00**.

Art. 18 – Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia

18.1 – Oggetto della garanzia



L'Invalidità Permanente Totale corrisponde ad un'invalidità di grado pari o superiore al 60% e deve essere riconosciuta con certificazione medica rilasciata dall'INPS o da altro Ente previdenziale pubblico. Per il calcolo del grado di invalidità permanente si conviene di adottare come riferimento la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche.

In caso di Invalidità Permanente Totale riconosciuta all'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia (IPT) la Compagnia, fermi i

casi di esclusione, paga al Beneficiario una somma pari al doppio del capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'IPT, **eccetto arretrati ed interessi di mora**.

Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato prima che la Compagnia abbia accertato la stabilizzazione dei postumi invalidanti ed il decesso non sia indennizzabile a termini di Polizza, gli eredi dell'Assicurato potranno comunque dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea a provare lo stato di IPT.

18.2 – Esclusioni

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;
- gravidanza, puerperio e patologie correlate.

18.3 – 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 **€ 150.000,00**.

Art. 19 – Malattia Grave

19.1 – Oggetto della garanzia



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

La Malattia Grave deve essere accertata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese dell'Unione Europea.

In caso di Malattia Grave diagnosticata per la prima volta all'Assicurato nel periodo di validità della Polizza la Compagnia, fermi i casi di esclusione, paga all'Assicurato una somma pari al doppio del capitale residuo del finanziamento alla data di prima diagnosi della malattia grave, **a condizione che il Sinistro non si verifichi nel periodo di Carenza**.

19.2 – Esclusioni

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.

19.3 – 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 **€ 150.000,00**.

19.4 – Carenza

La prestazione viene corrisposta a condizione che il Sinistro non si verifichi nel periodo di Carenza pari a **90 giorni consecutivi** calcolati a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

Art. 20 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

20.1 – Oggetto della garanzia



L'Inabilità Temporanea Totale corrisponde alla perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere:

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

In caso di Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato (ITT) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, paga 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 ed interessi di mora ed eventuale maxirata finale.**

La prestazione è corrisposta a condizione che:

- l'ITT sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;
- l'ITT abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta.

20.2 – Esclusioni

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;
- gravidanza, puerperio e patologie correlate.

20.3 – 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 **€ 3.000,00 al mese per 12 mensilità.**

In caso di sostituzione della garanzia Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo con la garanzia Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia, la **durata massima di Indennizzo pari a 12 mensilità** si valuta complessivamente per le 2 garanzie come se fossero una sola.

20.4 – Franchigia

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'ITT abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta pari a **30 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
12/09/2025 - 30/09/2025	15 del mese	Nessuno il periodo di inabilità è inferiore alla franchigia
12/09/2025 - 27/10/2025	15 del mese	€ 100,00

Art. 21 – Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia

21.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato (RO) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, paga 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 ed 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.

21.2 – Esclusioni

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;
- 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.

21.3 – 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 **€ 3.000,00 al mese per 6 mensilità consecutive per Sinistro o 12 mensilità complessive per Contratto**.

21.4 – 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 DEL FINANZIAMENTO	INDENNIZZO
14/09/2025 - 16/09/2025	15 del mese	Nessuno il periodo di ricovero è inferiore alla franchigia
14/09/2025 - 17/10/2025	15 del mese	€ 100,00

SEZIONE V – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Art. 22 – Denuncia di Sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia presso il Broker all'indirizzo **Brokeronline April, casella postale 178, 26100 Cremona**, oppure all'indirizzo e-mail supportodb@brokeronline.it. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dal Broker. Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere ai recapiti sopra indicati oppure telefonare al numero **02.82.81.66.66** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00.

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, per il tramite del Broker, 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. 23 – 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 dall'INPS o altro ente pubblico

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

- Accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico
- In caso di invalidità a seguito di Malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia
- In caso di invalidità 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

Malattia Grave

- Cartella clinica relativa alla prima diagnosi della malattia grave

Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo

- Lettera di licenziamento
- Ultime 2 buste paga
- Certificazione attestante il totale delle ore lavorative effettuate settimanalmente
- Scheda anagrafico-professionale o modello C/2 storico rilasciato dal centro per l'impiego attestante il periodo di disoccupazione

Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

- Certificazione medica attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale
- In caso di inabilità a seguito di Infortunio sul lavoro, certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale
- Per i lavoratori dipendenti, dichiarazione del datore di lavoro attestante l'inizio e la fine dell'inabilità lavorativa

▪ Per i lavoratori autonomi, certificato della Camera di Commercio relativo all'attività lavorativa
Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:

- Cartella clinica relativa al ricovero
- Verbale di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Verbale redatto dalle autorità intervenute

Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia

- Cartella clinica relativa al ricovero dalla quale risulti il periodo di degenza

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. 24 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro

I criteri per la determinazione dell'Indennizzo sono indicati nelle Sezioni III e IV - 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 antiriciclaggio o di contrasto dell'evasione fiscale internazionale.

SEZIONE VI – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI

Art. 25 – 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. 26 – Reclami

26.1 – 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.

26.2 – 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.

26.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

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

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** e **MetLife Europe Insurance 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:

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

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

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

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

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

Quali sono i suoi diritti?

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

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

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

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

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

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

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

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

Diritti relativi al processo decisionale automatizzato, inclusa la profilazione. Utilizziamo tecnologie per costruire i profili della nostra clientela per offrire i prodotti coerenti alle esigenze assicurative oppure per accettare o respingere in maniera automatizzata richieste di adesione basate su fattori predeterminati (es. età, stato di salute, abitudine al fumo, capitale assicurato, etc.) e determinare il giusto premio da applicare o la durata della copertura. Ciò implica che dal profilo di rischio riscontrato, potrebbe essere considerato non eleggibile a determinate coperture. In altre circostanze, la sua copertura potrebbe essere interrotta (ad es. per il raggiungimento dei limiti di età o per mancato pagamento del premio entro i limiti consentiti). L'utilizzo di processi decisionali automatizzati per tali finalità è necessario ai fini della conclusione e della gestione dei nostri contratti di polizza, riduce gli errori e aumenta il livello di servizio. Se dovesse ritenere che la nostra tecnologia abbia commesso degli errori, può contattare il nostro Responsabile Privacy per richiedere una verifica scrivendo a info.privacy@metlife.it.

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 consorzi 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 FACOLTATIVO

Questo documento è stato realizzato in data 09/02/2026 ed è l'ultimo disponibile

Polizza Creditor Protection Insurance - Convenzione assicurativa n. CL/25/802 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con le Rappresentanze Generali per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. e MetLife Europe Insurance d.a.c. (la Compagnia)

DATI RELATIVI ALL'ADERENTE/ASSICURATO

Nome:		Cognome:	
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:	
Codice Fiscale:		Sesso: ☐ M ☐ F	
Indirizzo di Residenza:		Recapito Telefonico:	
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza):		Cap:	Comune:
Indirizzo Email:		Cap:	Comune:
Documento di Riconoscimento: ☐ Carta di Identità ☐ Passaporto ☐ Patente		Prov.:	
Data di Rilascio:		Prov.:	
Data di Scadenza:		Persona Politicamente Esposta: ☐ Sì ☐ No	
		Numero:	
		Comune (o Stato Estero) ed Ente di Rilascio:	

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE/ASSICURATO – AVVERTENZE

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Adereute/Assicurato per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
- Prima della sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo facoltativo, l'Adereute/Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso contenute con particolare attenzione, qualora previsto, al questionario anamnestico.
- Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Adereute/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 del 2023 e nei relativi decreti attuativi;
- Ai sensi dell'art. 22 della Legge n. 221/2012 e dell'art. 42 del Regolamento Ivass n. 41/2018 e successive modifiche e/o integrazioni, si segnala la possibilità per l'Adereute/Assicurato di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia.
- Per le polizze vita, qualora la Compagnia si trovi nell'impossibilità di effettuare, a seguito di eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, l'adeguata verifica dell'Adereute/Assicurato, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare il Contratto e valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF.

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il sottoscritto dichiara di:

- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle proprie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del contratto con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione, ai sensi dell'art. 58 del Regolamento Ivass n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni;
- aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo facoltativo, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni:
 - in formato cartaceo, in caso di sottoscrizione della Polizza con firma autografa;
 - in formato elettronico all'indirizzo e-mail fornito, in caso di sottoscrizione della Polizza con Firma elettronica digitale o tramite Sito internet, con facoltà di chiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo direttamente alla Contraente.

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Adereute/Assicurato (leggibile) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

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 Compagnia in qualità di Titolare del trattamento, come indicato nell'Informativa privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabile 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 Adereute/Assicurato (leggibile) _____

ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO FACOLTATIVO

Convenzione assicurativa n. CL/25/802 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con le Rappresentanze Generali per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. e MetLife Europe Insurance d.a.c. (la Compagnia)

Ambito lavorativo:
Settore lavorativo:
Categoria professionale:
Attività svolta dall'Adereute/Assicurato:
Data inizio attuale attività:

Il Programma Assicurativo prevede 2 pacchetti di garanzie proposti, in via alternativa, in base alla condizione lavorativa dell'Adereute/Assicurato al momento dell'adesione al medesimo.

PACCHETTO A	Riservato a:
	✓ Lavoratori dipendenti del settore privato con contratto a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana e anzianità di 6 mesi consecutivi presso lo stesso datore di lavoro (è esclusa l'attività professionale svolta presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado)
PACCHETTO B	Garanzie:
	✓ Decesso per qualsiasi causa
	✓ Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia
	✓ Malattia Grave
	✓ Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo

PACCHETTO B	Riservato a: ✓ Lavoratori dipendenti del settore privato che non sono in possesso dei requisiti per acquistare il Pacchetto A ✓ Lavoratori dipendenti del settore pubblico ✓ Lavoratori autonomi ✓ Lavoratori domestici ✓ Non lavoratori Garanzie: ✓ <u>Decesso</u> per qualsiasi causa ✓ <u>Invalità Permanente Totale</u> di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia ✓ <u>Malattia Grave</u> ✓ <u>Inabilità Temporanea Totale</u> a seguito di Infortunio o Malattia ✓ <u>Ricovero Ospedaliero</u> a seguito di Infortunio o Malattia
--------------------	---

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

- essere a conoscenza che il Programma Assicurativo prevede 2 pacchetti di garanzie proposti, in via alternativa, in base alla condizione lavorativa dell'Aderente/Assicurato al momento dell'adesione al medesimo;
- aderire al Programma Assicurativo, anche mediante Firma elettronica digitale, di persona o tramite Sito internet, acquistando:
 - ✓ il **Pacchetto A** in caso di dipendente del settore privato con contratto a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana e anzianità di 6 mesi consecutivi presso lo stesso datore di lavoro, consapevole che è esclusa l'attività professionale svolta presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado; oppure in alternativa
 - ✓ il **Pacchetto B** in caso di dipendente del settore privato che non possiede i requisiti per acquistare il Pacchetto A, dipendente del settore pubblico, lavoratore autonomo, lavoratore domestico o non lavoratore;
- 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 del finanziamento, la Polizza cessa, salvo mia diversa richiesta;
- essere a conoscenza che la Polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il finanziamento;
- essere consapevole che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento superiore a 184 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, a condizione che il premio risulti pagato;
- essere a conoscenza che: a) in caso di attivazione dell'opzione Salto Rata, la Durata del Programma Assicurativo viene estesa e copre l'allungamento del piano di rimborso del finanziamento fino a una rata all'anno e tre rate complessive; b) l'estensione non potrà in ogni caso superare la durata massima di 84 mesi;
- essere a conoscenza che in tutti gli altri casi di rinegoziazione del piano di rimborso del finanziamento, la copertura viene prestata sulla base del piano di rimborso originario.
- essere a conoscenza del diritto di recedere senza alcuna penalità e senza dover indicare il motivo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della Polizza o, se la durata della Polizza supera i 5 anni, a partire dall'inizio del quinto anno, secondo quanto specificato nelle Condizioni di assicurazione;
- rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle Condizioni di assicurazione;
- in caso di lavoratore dipendente del settore privato che possiede i requisiti per acquistare il Pacchetto A, non aver ricevuto dal datore di lavoro una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale venga individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione;
- compilare e sottoscrivere il Questionario Anamnestico (solo se l'importo da assicurare è superiore a Euro 30.000,00 e fino a Euro 75.000,00);
- prendere atto che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia nel corso del rapporto contrattuale potranno essere effettuate in formato elettronico via email, attraverso il sito internet della Compagnia www.metlife.it o, se disponibile, nella mia area riservata, come da scelta effettuata da Deutsche Bank S.p.A. nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco, nel rispetto dell'art.120-quater del Codice delle Assicurazioni Private e dell'art. 4 del Regolamento Ivass n. 41/2018 e successive modifiche e/o integrazioni.

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Aderente/Assicurato (leggibile) _____

Il sottoscritto dichiara 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 Aderente/Assicurato (leggibile) _____

L'Aderente/Assicurato designa il seguente beneficiario in caso di decesso. In assenza di designazione del beneficiario, l'Indennizzo sarà corrisposto agli eredi testamentari dell'Aderente/Assicurato o, in assenza di testamento, ai suoi eredi legittimi, così come indicato nelle Condizioni di assicurazione.

▪ **Beneficiario n. 1**

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Quota %:
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: ☐ M ☐ F
Codice Fiscale:	Recapito Telefonico:	
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Indirizzo Email:		
Altri dati utili per l'identificazione del Beneficiario (es. grado di parentela, rapporto con l'Aderente/Assicurato, ecc.):		

▪ **Beneficiario n. 2**

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Quota %:
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: ☐ M ☐ F
Codice Fiscale:	Recapito Telefonico:	
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Indirizzo Email:		
Altri dati utili per l'identificazione del Beneficiario (es. grado di parentela, rapporto con l'Aderente/Assicurato, ecc.):		

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

AVVERTENZE:

- in caso di mancata 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 alla Compagnia per il tramite del Broker April Italia S.r.l. scrivendo all'indirizzo supportodb@brokeronline.it.

Per specifiche esigenze di riservatezza, il sottoscritto identifica inoltre un referente terzo, diverso dal beneficiario, a cui la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato (indicare i dati anagrafici e il codice fiscale utili per l'identificazione ed il contatto):

Le comunicazioni relative alla designazione e modifica del referente terzo devono essere inviate alla Compagnia per il tramite del Broker April Italia S.r.l. all'indirizzo sopra indicato.

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Aderente/Assicurato (leggibile) _____

INFORMATIVA RELATIVA AI COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

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

Importo del Premio Unico: _____ €

Importo delle Imposte: _____ €

Importo del Premio Unico retrocesso agli Intermediari per l'attività di distribuzione del prodotto assicurativo: _____ €

Spese di emissione: € 15,00.

Spese amministrative per il rimborso del Premio: € 40,00 in caso di estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento; € 20,00 in caso di cessazione della garanzia Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo.

Data (gg/mm/aa) _____

Firma Aderente/Assicurato (leggibile) _____

Attenzione! Compilare solo se l'importo da assicurare è superiore a Euro 30.000,00 e fino a Euro 75.000,00

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

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** → **Comunicazioni 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.**

- | | |
|---|---|
| ▪ 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)? | ☐ Sì ☐ No |
| ▪ 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)? | ☐ Sì ☐ No |
| ▪ 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)? | ☐ Sì ☐ No |
| ▪ 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? | ☐ Sì ☐ 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'Aderente/Assicurato alla prestazione assicurativa, confermo la correttezza delle risposte sopra rese e delle dichiarazioni ivi contenute, nonché di non aver taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza avente relazione con i dati e le notizie oggetto del questionario che precede - dati e notizie che riconosco quali elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia. **Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che, in caso di risposta positiva anche ad una sola delle domande di cui al presente questionario, ovvero 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 Aderente/Assicurato (leggibile) _____