

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Wecare Vita +

Contratto di assicurazione Vita di durata pluriennale a capitale costante e premio annuo costante con garanzia per caso morte stipulato a distanza con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia.

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) **Nota informativa**
- b) **Condizioni di assicurazione, comprensive dell'informativa sul trattamento dei dati personali**
- c) **Glossario**
- d) **Certificato di assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima che questi sia vincolato dal Contratto di assicurazione a distanza.

Prima dell'adesione leggere attentamente la Nota informativa.

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, offre gratuitamente ai propri clienti assicurati con la polizza "*Wecare Vita +*" la garanzia "*Momenti Felici*".

Mod. WVPWLGFN Ed. 01/2017

Prima di far sottoscrivere una proposta o, qualora non prevista, un contratto di assicurazione, gli intermediari consegnano al contraente una copia della presente informativa

COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI AI SENSI DEL REG. ISVAP 5/2006 ART. 49 – ALL. 7A

Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento ISVAP n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a. prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, consegnano al contraente copia del documento (Allegato n. 7B del citato regolamento ISVAP) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
- b. prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano al contraente - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione e ad ogni altro elemento utile a fornire un'informativa completa e corretta;
- c. sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;
- d. informano il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;
- e. consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- f. possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
 1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto



INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO

Ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare/trasmettere al contraente il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

PARTE I - Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con il contraente

A. Dati dell'intermediario

Denominazione sociale BANCA POPOLARE DI MILANO S.p.A.	Iscrizione RUI D000070762Data 12/02/2007	Sezione: D
Sede legale Milano, Piazza F. Meda 4	Sito internet www.bpm.it www.webank.it	Telefono +390277001
Indirizzo e-mail servizioclientibpm@bpmgroup.it	Indirizzo di Posta Elettronica Certificata assicurazioni@pec.bpm.it	

B. Denominazione sociale dell'impresa di cui sono offerti i prodotti

MetLife Europe d.a.c.

C. Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta

IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni- Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma

GLI ESTREMI IDENTIFICATIVI E DI ISCRIZIONE DELL'INTERMEDIARIO POSSONO ESSERE VERIFICATI CONSULTANDO IL REGISTRO UNICO DEGLI INTERMEDIARI ASSICURATIVI E RIASSICURATIVI SUL SITO INTERNET DELL'IVASS (www.ivass.it).

PARTE II - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

- a) Banca Popolare di Milano S.p.A. , non detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di MetLife Europe d.a.c;
- b) né MetLife Europe d.a.c né alcuna altra impresa di assicurazione o impresa controllante un'impresa di assicurazione sono detentrici di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto dell'intermediario;
- c) con riguardo al contratto proposto, si informa che l'intermediario propone i contratti di MetLife Europe d.a.c, in virtù di un accordo di intermediazione assicurativa senza vincolo di esclusiva . Per completezza di informazione, si specifica che Banca Popolare di Milano S.p.A. ha in essere contratti di intermediazione anche con altre imprese di assicurazione, il cui elenco è disponibile alla pagina <https://www.webank.it/webankpub/wbresp/t1/assicurazioni.do> e/o <http://www.bpm.it/it-com/privati-e-famiglie/assicurazioni/in-primopiano.html>

PARTE III - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

E' facoltà del contraente, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare reclamo per iscritto:

- **all'impresa preponente**, se l'oggetto del reclamo è relativo al comportamento dell'impresa stessa, con le seguenti modalità e, indifferentemente, a uno dei seguenti recapiti:
MetLife Europe d.a.c.
Ufficio Reclami
Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma
Pec: reclami@metlife.it
Fax 06.49216300
Email: reclami@metlife.it

- **all'intermediario**, se l'oggetto del reclamo è relativo al comportamento dell'intermediario stesso o dei suoi dipendenti o collaboratori, con le seguenti modalità e indifferentemente a uno dei seguenti recapiti:
lettera raccomandata A/R indirizzata a:

Banca Popolare di Milano S.p.A.
Ufficio Reclami
Piazza Filippo Meda n. 4, 20121 MILANO
Pec: bpm.gestionereclami@pec.bpm.it
Fax: 02.77002799
E-mail: reclami@bpm.it

Qualora il contraente non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro il termine massimo di 45 giorni, lo stesso potrà rivolgersi all'IVASS

- Servizio Tutela del Consumatore (se il reclamo è relativo al comportamento dell'Impresa) ovvero
- Servizio Vigilanza Intermediari (se il reclamo è relativo al comportamento dell'Intermediario)

Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma, utilizzando il modulo a tal fine predisposto dall'Istituto reperibile sul sito dello stesso ed allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'intermediario o dall'impresa preponente.

La presentazione del reclamo all'IVASS può avvenire anche via PEC o tramite fax rispettivamente all'indirizzo o al numero indicati sul sito internet dell'Istituto. In caso di invio tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati al messaggio PEC siano in formato PDF.

Il cliente potrà, inoltre, rivolgersi ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, dettagliati nella documentazione pre-contrattuale e contrattuale di polizza. Le informazioni in merito alle procedure di reclamo e ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie sono, inoltre, reperibili al seguente link: <http://www.bancobpm.it/it-ist/reclami/> e nelle agenzie della Banca oltre che nella documentazione pre-contrattuale e contrattuale di polizza.

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

A) NOTA INFORMATIVA

Data di aggiornamento: 01/01/2017

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima che questi sia vincolato dal Contratto di assicurazione a distanza.

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

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

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

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

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il Contratto ha una durata minima pari a 5 anni ed una durata massima pari a 30 anni.

Il Contratto prevede la seguente prestazione assicurativa:

- **Decesso per qualsiasi causa.**

Si rinvia agli artt. 2 e 7 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione assicurativa.

Si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti periodi di sospensione o limitazione della copertura assicurativa e si rinvia agli artt. 2, 3, 4, 6, 7, 8 e 11 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Si richiama l'attenzione sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel Certificato di assicurazione relative alla compilazione del questionario sanitario.

4. Premi

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

La totalità del Premio viene utilizzata dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, i premi rimarranno totalmente acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso. Il Premio è annuo ed è pari all'importo indicato nel Certificato di assicurazione.

Il Premio viene corrisposto direttamente alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del Contraente aperto presso Banca Popolare di Milano S.p.A. tramite il Servizio Webank.

La Compagnia consente il frazionamento del Premio su base mensile, senza oneri aggiuntivi a carico del Contraente, a **condizione che la rata abbia un importo minimo di € 8,00.**

Si rinvia all'art. 11 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, REGIME FISCALE

5. Costi gravanti sul Premio

Costo complessivo per emissione, gestione e acquisizione del Contratto	Fino ad un massimo del 26,00% del Premio annuo a cui va aggiunto un costo percentuale da applicare sul Capitale assicurato pari allo 0,010%.
Spese accessorie	€ 24,00 all'anno, ripartiti sulle singole rate di Premio in caso di frazionamento del Premio.
Costo per visita medica	Non prevista.

Tutti i costi sono dettagliati nel preventivo di polizza e, se non diversamente indicato, si intendono inclusi nell'importo del Premio.

6. Regime fiscale

Al presente Contratto si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR).

I premi versati sono esenti da imposta sulle assicurazioni.

I premi delle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte, derivante da qualsiasi causa, saranno detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente nella misura e per gli importi previsti dalla normativa vigente.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

7. Modalità di perfezionamento del Contratto

Per le modalità di perfezionamento del Contratto e la decorrenza delle coperture assicurative si rinvia all'art. 4 delle Condizioni di assicurazione.

8. Risoluzione del Contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento anche di una sola rata di Premio determina, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, la risoluzione del Contratto ed i premi versati resteranno acquisiti dalla Compagnia. Il Contratto può tuttavia essere riattivato, entro un anno dalla data di scadenza della prima rata di Premio non pagata, a patto che il Contraente versi tutte le rate di Premio mancanti, oltre agli interessi legali. Resta inteso che, ove siano trascorsi più di 6 mesi dalla data di scadenza della prima rata di Premio non pagata, la riattivazione avverrà solo dietro espressa domanda scritta del Contraente ed accettazione da parte della Compagnia che, ai fini della riattivazione, avrà la facoltà di richiedere nuovi accertamenti sanitari. Per effetto dell'intervenuta riattivazione, la copertura assicurativa riacquista validità dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto, senza efficacia retroattiva. Pertanto, eventuali sinistri che si dovessero verificare durante il periodo di sospensione del Contratto non saranno indennizzati dalla Compagnia.

9. Diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto, entro 60 giorni dalla data di perfezionamento dello stesso, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Compagnia, oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde della Compagnia 800.478.300. In tal caso la Compagnia rimborserà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto delle spese accessorie e della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

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

In caso di Sinistro, la Compagnia provvederà alla liquidazione della prestazione assicurata entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa, indicata all'art. 12 delle Condizioni di assicurazione.

I diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952, comma 2, del Codice Civile. Decorso detto termine senza che gli aventi diritto facciano alcuna richiesta, il diritto alle prestazioni assicurate non potrà più essere esercitato e le somme maturate e non riscosse saranno devolute al fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti, ai sensi della Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

11. Legge applicabile al Contratto

Il presente Contratto è disciplinato dalla legge italiana.

12. Lingua in cui è redatto il Contratto

Il Contratto e ogni documento ad esso allegato sono redatti in lingua italiana.

13. Reclami

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14. Comunicazioni del Contraente alla Compagnia

Si richiama l'attenzione sulle disposizioni di cui all'art. 1926 del Codice civile in merito alle comunicazioni da rendere alla Compagnia in caso di modifiche relative alla professione o allo stato di fumatore/non fumatore eventualmente intervenute in corso di Contratto. Si rinvia agli artt. 9 e 10 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

15. Conflitto di interessi

Il presente Contratto non presenta situazioni di conflitto di interessi.

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

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



B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data di aggiornamento: **01/01/2017**

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto che coincide con il Contraente.

Capitale assicurato: l'importo dovuto dalla Compagnia in caso di Sinistro indennizzabile a termini di polizza.

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

Certificato di assicurazione (o di polizza): il documento che prova l'assicurazione.

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

Contraente: la persona fisica, titolare di conto corrente aperto presso Banca Popolare di Milano S.p.A. tramite il Servizio Webank, che aderisce al Programma Assicurativo e corrisponde il Premio.

Contratto: il contratto di assicurazione concluso dal Contraente con la Compagnia mediante Home banking o Telefonia vocale, in conformità con quanto previsto dall'art. 121 del Codice delle Assicurazioni Private e dai Regolamenti IVASS n. 5/2006 e n. 34/2010.

Decorrenza del Contratto: la data a partire dalla quale il Contratto acquista efficacia.

Durata del Contratto: il periodo di efficacia del Contratto.

Esclusioni: i rischi non coperti dal Contratto, elencati all'interno delle Condizioni di assicurazione.

Età: corrisponde all'età assicurativa, ovvero all'età dell'Assicurato determinata in anni interi, cioè pari al numero di anni compiuti maggiorato di uno, qualora, alla data di adesione al Programma Assicurativo, l'ultimo compleanno sia trascorso da più di 6 mesi (esempio: se l'Assicurato ha compiuto 30 anni il 1° febbraio 2015, la sua età assicurativa al 1° settembre 2015 sarà 31 anni).

Home banking: servizio bancario dell'Intermediario attraverso il quale è possibile concludere il Contratto direttamente dal proprio terminale mediante collegamento telematico.

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

Intermediario: Banca Popolare di Milano S.p.A. con Sede Legale in Piazza Meda n. 4, 20121 Milano (MI), iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000070762, in data 12/02/2007.

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.

Premio: la somma che il Contraente si è impegnato a corrispondere alla Compagnia, alle scadenze pattuite, per la copertura assicurativa offerta.

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

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

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

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

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

Telefonia vocale: tecnica di comunicazione a distanza attraverso la quale è possibile concludere il Contratto.

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è assunta dalla Compagnia in base alle dichiarazioni del Contraente.

ART. 2 – GARANZIE

La copertura assicurativa offerta dalla Compagnia prevede la garanzia Decesso per qualsiasi causa. La garanzia è valida senza limiti territoriali.

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

3.1 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche a condizione che:

- a) al momento dell'adesione al Contratto:
 - i. siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana e siano muniti di Codice Fiscale;
 - ii. abbiano compiuto 18 anni di età;
 - iii. abbiano un'Età non superiore a 65 anni;
- b) al termine del periodo di Durata del Contratto, abbiano un'Età non superiore a 70 anni.

3.2 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone fisiche che:

- svolgono una delle seguenti attività lavorative: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere; palombari/sommozzatori; speleologi; paracadutisti; piloti commerciali privati (non di linea); addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico; collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili;
- fumano o hanno fumato più di 20 sigarette al giorno nei 2 anni precedenti l'adesione al Programma Assicurativo.

Qualora, in corso di Contratto, dovesse sopraggiungere una delle condizioni di inassicurabilità, la copertura assicurativa si intenderà cessata dalla medesima data ed eventuali Sinistri che dovessero verificarsi successivamente non saranno indennizzati dalla Compagnia. Resta inteso che la Compagnia restituirà al Contraente il Premio già pagato, al netto delle spese accessorie e della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

3.3 – Formalità di assunzione del rischio

Si richiede all'Assicurato la compilazione del questionario sanitario.

3.4 – Dichiarazioni inesatte e reticenze

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia, possono pregiudicare il rimborso, totale o parziale, delle prestazioni assicurate, nonché comportare la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

ART. 4 – PERFEZIONAMENTO, DECORRENZA E DURATA DEL CONTRATTO

Il Contratto si perfeziona al momento dell'adesione tramite Home banking o Telefonia vocale al Programma Assicurativo da parte del Contraente, anche nel caso in cui quest'ultimo non dovesse sottoscrivere e rinviare alla Compagnia il Certificato di assicurazione ricevuto.

Il Contraente, al momento dell'adesione, potrà scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione contrattuale e precontrattuale in formato cartaceo o elettronico e sarà informato circa la possibilità di cambiare, anche in corso di Contratto, la modalità di invio della documentazione senza alcun costo a suo carico.

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 della data di adesione tramite Home banking o Telefonia vocale al Programma Assicurativo e rimane in vigore per il periodo di Durata del Contratto prescelto dal Contraente, **con un minimo di 5 anni ed un massimo di 30 anni, a condizione che il Premio corrispondente risulti pagato.** Ove il pagamento del Premio fosse successivo alla data di adesione al Programma Assicurativo, la copertura assicurativa resterà sospesa e decorrerà dalle ore 24.00 della data di effettivo pagamento.

Il Contratto cessa in ogni caso:

- a) in caso vengano meno i requisiti di cui all'art. 3.1, lett. a) i;
- b) in caso di decesso dell'Assicurato;
- c) qualora, in corso di Contratto, dovesse sopraggiungere una delle condizioni di inassicurabilità di cui all'art. 3.2;
- d) in caso di esercizio del diritto di recesso da parte del Contraente.
- e) in caso di estinzione del rapporto di conto corrente aperto dal Contraente presso Banca Popolare di Milano S.p.A. tramite il Servizio Webank.

Nelle ipotesi a), c), d), e) la Compagnia restituirà al Contraente il Premio già pagato, al netto delle spese accessorie e della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Nell'ipotesi b) la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio.

ART. 5 – RECESSO

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto, **entro 60 giorni dalla data di perfezionamento dello stesso, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Compagnia, oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde della Compagnia 800.478.300.** In tal caso la Compagnia rimborserà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto delle spese accessorie e della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

ART. 6 – CAPITALE ASSICURATO

Il Capitale assicurato è indicato nel Certificato di assicurazione ed è compreso tra un minimo di € 50.000,00 ed un massimo di € 250.000,00 in funzione dell'Età del Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. Il Capitale assicurato si incrementa per multipli di € 50.000,00.

Età del Contraente	Capitale assicurato
Da 18 a 50 anni	Da 50.000,00 a 250.000,00
Da 51 a 60 anni	Da 50.000,00 a 200.000,00
Da 61 a 65 anni	Da 50.000,00 a 100.000,00

ART. 7 – PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di Decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato, verificatosi nel periodo di validità del Contratto, la Compagnia corrisponderà agli aventi diritto il Capitale assicurato indicato nel Certificato di assicurazione, **salvo i casi di esclusione specificati all'art. 8.**

ART. 8 – LIMITAZIONI / ESCLUSIONI

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

Carenza

Il Contratto prevede un periodo di Carenza di 6 mesi, a partire dalla decorrenza della copertura assicurativa. Il periodo di Carenza viene esteso a 5 anni per eventi correlati ad infezione da HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita o stati assimilabili. Qualora l'evento assicurato si verifichi durante il periodo di Carenza, la Compagnia corrisponderà una somma pari all'importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso.

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

- Infortunio;
- shock anafilattico;
- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la decorrenza della copertura assicurativa: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, tetano, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera,

brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica.

Esclusioni

È escluso dal Contratto il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del beneficiario;
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili (quali anche l'abuso di solventi) qualora il decesso sia conseguenza diretta del comportamento dell'Assicurato stesso;
- alcolismo acuto o cronico;
- stato di ubriachezza/ebbrezza, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal codice della strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
- dolo o colpa grave ascrivibile all'Assicurato il cui tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi/litro;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di stato, terrorismo;
- contaminazione nucleare, biologica o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno);
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- l'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di guida alpina abilitata; salti dal trampolino con sci o idrosci; sci acrobatico; immersione con autorespiratore; speleologia; motonautica; automobilismo; motociclismo; paracadutismo; sport aerei in genere; pugilato; lotta nelle sue varie forme; rugby; football americano;
- malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note all'Assicurato e non note alla Compagnia al momento dell'adesione al Programma Assicurativo;
- suicidio, se avviene entro i primi 2 anni dalla decorrenza della copertura assicurativa o entro il primo anno dalla sua riattivazione ai sensi dell'art. 11;

In questi casi, la Compagnia corrisponderà una somma pari all'importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso.

ART. 9 – STATO DI FUMATORE / NON FUMATORE

È considerato "fumatore" il soggetto che abbia fumato sigarette, sigari o pipa, anche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di adesione al Programma Assicurativo o che abbia smesso di fumare su consiglio medico. È considerato "non fumatore" il soggetto che non abbia fumato sigarette, sigari o pipa, anche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di adesione al Programma Assicurativo e che non abbia smesso di fumare su consiglio medico.

ART. 10 – AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia dei mutamenti che aggravano o diminuiscono il rischio e delle variazioni nella professione.

Gli aggravamenti di rischio non noti e non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Compagnia è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Di seguito si illustra un'ipotesi di circostanza rilevante che determina una modifica del rischio. Al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, il Contraente dichiara di non essere un fumatore. Successivamente, nel corso del Contratto, il Contraente inizia o ricomincia a fumare. Se il Contraente non comunica alla Compagnia questa modificazione del rischio, in caso di Sinistro la Compagnia ridurrà l'indennizzo in proporzione al maggiore Premio che avrebbe avuto diritto di esigere se avesse conosciuto tale circostanza.

ART. 11 – PREMIO ASSICURATIVO

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

La totalità del Premio viene utilizzata dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, i premi rimarranno totalmente acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso. Il Premio è annuo ed è pari all'importo indicato nel Certificato di assicurazione.

Il Premio viene corrisposto direttamente alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del Contraente aperto presso Banca Popolare di Milano S.p.A. tramite il Servizio Webank.

La Compagnia consente il frazionamento del Premio su base mensile, senza oneri aggiuntivi a carico del Contraente, a condizione che la rata abbia un importo minimo di € 8,00.

Il mancato pagamento anche di una sola rata di Premio determina, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, la risoluzione del Contratto ed i premi versati resteranno acquisiti dalla Compagnia. Il Contratto può essere riattivato entro un anno dalla data di scadenza della prima rata di Premio non pagata, a patto che il Contraente versi tutte le rate di Premio mancanti, oltre agli interessi legali. Resta inteso che, ove siano trascorsi più di 6 mesi dalla data di scadenza della prima rata di Premio non pagata, la riattivazione avverrà solo dietro espressa domanda scritta del Contraente ed accettazione da parte della Compagnia che, ai fini della riattivazione, avrà la facoltà di richiedere nuovi accertamenti sanitari. Per effetto dell'intervenuta riattivazione, la copertura assicurativa riacquista validità dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto, senza efficacia retroattiva. Pertanto, eventuali sinistri che si dovessero verificare durante il periodo di sospensione del Contratto non saranno indennizzati dalla Compagnia.

ART. 12 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro, il denunciante deve fornire alla Compagnia la documentazione di seguito indicata:

- relazione medica sulle cause del decesso, redatta su apposito modulo fornito dalla Compagnia al denunciante in occasione del primo contatto;
- in caso di morte violenta (Infortunio, suicidio, ecc.) copia del verbale delle forze dell'ordine o certificato della procura o altro documento rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- copia dell'eventuale referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche;
- certificato di morte in originale;
- copia autentica del testamento ove esistente o, nell'ipotesi in cui il Contraente abbia indicato quale beneficiario gli eredi legittimi, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti se il Contraente abbia o meno eredi legittimi;
- in caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del giudice tutelare alla riscossione dell'indennizzo da parte del tutore;
- copia del documento di identità e del codice fiscale di ciascun beneficiario;
- autorizzazione al trattamento dei dati personali dell'Assicurato a fini assicurativi (D.lgs. n. 196/2003) redatto su apposito modulo.

Si considerano valide solo le denunce inviate alla Compagnia in forma scritta, a condizione che siano complete dei documenti sopraindicati. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, qualora ciò sia reso indispensabile per la corretta valutazione del Sinistro. La Compagnia si riserva il diritto di far effettuare in ogni momento ed a sue spese accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni allo stesso comunicate. In caso di indennizzo, la Compagnia si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto agli aventi diritto entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. **I diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952, comma 2, del Codice Civile. Decorso detto termine senza che gli aventi diritto facciano alcuna richiesta, il diritto alle prestazioni assicurate non potrà più essere esercitato e le somme maturate e non riscosse saranno devolute al fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti, ai sensi della Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.**

ART. 13 – RECLAMI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 14 – RICHIESTA DI INFORMAZIONI

Il Contraente ha il diritto di richiedere alla Compagnia informazioni in merito al rapporto assicurativo ed alle modalità di determinazione della prestazione assicurata. La richiesta può essere effettuata secondo le seguenti modalità:

- per iscritto scrivendo a **MetLife, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma;**
- attraverso il sito web www.metlife.it, cliccando su "Assistenza Clienti";
- per telefono al Numero Verde 800.478.300.

La Compagnia si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

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

ART. 15 – LEGGE APPLICABILE

Il presente Contratto è disciplinato dalla legge italiana.

ART. 16 – FORO COMPETENTE E ARBITRATO

Per le controversie relative al Contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del consumatore (Contraente, Assicurato o Beneficiario) previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ai sensi della Legge n. 98/2013, salvo eventuali modifiche successive.

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

ART. 17 – VALUTA

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

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

I. direttamente da lei;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La invitiamo, pertanto, a prestare alla Nostra Società, con la sottoscrizione dell'apposita sezione presente nella documentazione contrattuale a lei consegnata, il consenso al trattamento dei suoi dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte nonché al loro trasferimento verso paesi non appartenenti alla UE, ove l'esecuzione del contratto dovesse richiederlo.

La informiamo inoltre che se interessato, potrà altresì acconsentire all'utilizzo di alcuni suoi dati per l'invio di materiale pubblicitario/promozionale, di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale (finalità di c.d.

marketing diretto) sia attraverso modalità automatizzate di contatto (es. email, fax, sms) che attraverso modalità tradizionali (posta cartacea o telefonate tramite operatore) ai sensi dell'art. 130, commi 1 e 2 del D.lgs. 196/03. Il consenso eventualmente espresso si riferisce a entrambe tali modalità di comunicazione ma in ogni momento potrà precisare che il consenso va riferito ad uno solo di tali strumenti di contatto.

La prestazione del consenso per tali finalità è facoltativo ma utile per rimanere aggiornato su nuovi prodotti e servizi assicurativi.

Con il suo consenso espresso potremo inoltre utilizzare i suoi dati per analizzare le sue esigenze ed i suoi interessi e per farla partecipare a sondaggi e ricerche di mercato.

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

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

C) GLOSSARIO

Data di aggiornamento: **01/01/2017**

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

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

Anno assicurativo (o annualità assicurativa): periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice: documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti.

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

Assicuratore, Compagnia, Impresa di assicurazione o Società: società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il contraente stipula il contratto di assicurazione.

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

Capitale in caso di decesso: in caso di decesso dell'assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al beneficiario.

Capitale in caso di invalidità permanente: indennità liquidabile sotto forma di capitale in caso di infortunio o di malattia dell'assicurato che abbia come conseguenza un'invalidità permanente così come definita nelle condizioni contrattuali.

Carenza: periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la società non corrisponde la prestazione assicurata.

Caricamenti: parte del premio versato dal contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della società.

Cessione, pegno e vincolo: condizioni secondo cui il contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la società, a seguito di comunicazione scritta del contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

Conclusione del contratto: momento in cui il contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della società. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il contraente riceve il contratto sottoscritto dalla società.

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

Condizioni generali: clausole di base previste dal contratto di assicurazione, che riguardano gli aspetti generali del contratto quali il pagamento del premio, la decorrenza, la durata. Possono essere integrate da condizioni particolari.

Condizioni particolari: insieme di clausole contrattuali con le quali si intendono ampliare o diminuire le clausole di base previste dalle condizioni generali.

Contraente: persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'assicurato o il beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla società.

Contratto (di assicurazione sulla vita): contratto con il quale la società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'assicurato.

Costi (o spese): oneri a carico del contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla società.

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

Decorrenza della garanzia: momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

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

Dichiarazioni precontrattuali: informazioni fornite dal contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del contraente sia stato o meno intenzionale o gravemente negligente.

Diritti (o interessi) di frazionamento: in caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.

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

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Età assicurativa: modalità di calcolo dell'età dell'assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

Fascicolo informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

- scheda sintetica (per le polizze con partecipazione agli utili, unit-linked e index-linked);
- nota informativa;
- condizioni di assicurazione, comprensive del regolamento del fondo interno per le polizze unit-linked o del regolamento della gestione separata per le polizze rivalutabili;
- glossario;
- modulo di proposta.

Franchigia: clausola che esclude dal risarcimento i danni inferiori ad un determinato ammontare, indicato in cifra fissa o percentuale.

Garanzia complementare (o accessoria): garanzia di puro rischio abbinata obbligatoriamente o facoltativamente alla garanzia principale.

Indennizzo: somma dovuta dalla società in caso di sinistro.

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

Intermediario: soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

Invalità permanente: perdita definitiva ed irrimediabile, totale o parziale, della capacità dell'assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo ovvero, se il contratto lo prevede, di svolgere la propria specifica attività lavorativa.

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

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

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

Massimale: somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro e per ciascun anno assicurativo, la società presta le garanzie.

Periodo di copertura (o di efficacia): periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

Polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Polizza caso morte (o in caso di decesso): contratto di assicurazione sulla vita con il quale la società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'assicurato. Può essere temporanea, se si prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'assicurato avvenga nel corso della durata del contratto, o a vita intera, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato in qualunque momento avvenga il decesso dell'assicurato.

Polizza collettiva: contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione stipulato da un contraente costituito da una persona giuridica, quale ad esempio il datore di lavoro o una determinato ente rappresentante una categoria professionale, nell'interesse di un gruppo di assicurati, quali ad esempio i dipendenti dell'azienda o gli appartenenti alla categoria professionale stessa.

Polizza di puro rischio: categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'assicurato quali il decesso, l'invalità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

Premio annuo: importo che il contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.

Premio complessivo (o lordo): importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

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

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

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

Premio rateizzato o frazionato: parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni mese o ogni trimestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al contraente, a fronte della quale la società può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.

Premio unico: importo che il contraente corrisponde in soluzione unica alla società al momento della conclusione del contratto.

Premio unico ricorrente: importo che il contraente si impegna a corrispondere per tutta la durata del pagamento dei premi, in cui ciascun premio concorre a definire, indipendentemente dagli altri, una quota di prestazione assicurata.

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

Prestazione assicurata: somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la società garantisce al beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Principio di adeguatezza: principio in base al quale la società è tenuta ad acquisire dal contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.

Proposta: documento o modulo sottoscritto dal contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario sanitario (o anamnestico): modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato che la società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Quietanza: documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della società in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla società (RID bancario), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

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

Revoca: diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

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

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

Riserva matematica: importo che deve essere accantonato dalla società per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Scoperto: parte dell'indennizzo, indicata in percentuale, che rimane a carico dell'assicurato.

Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

Sovrappremio: maggiorazione di premio richiesta dalla società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

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

D) CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Data di aggiornamento: 01/01/2017

Certificato di assicurazione **Wecare Vita +**

Polizza N.:

CONTRAENTE

Nome:		Cognome:		Sesso:	
Data di nascita:		Comune di nascita (o stato estero):			Prov:
Codice Fiscale:				<input type="checkbox"/> Fumatore ^(*) <input type="checkbox"/> Non fumatore	
Indirizzo:		Cap:	Comune:		Prov:
Telefono:		Cellulare:		E-mail:	

^(*)È considerato fumatore colui che abbia fumato sigarette, sigari o pipa, anche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di adesione o che abbia smesso di fumare su consiglio medico. Non sono assicurabili coloro che fumano o hanno fumato più di 20 sigarette al giorno nei 2 anni precedenti l'adesione.

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Garanzia: Decesso per qualsiasi causa		Capitale assicurato: €	
Decorrenza dalle ore 24.00 del:		Durata in anni:	
Frazionamento Premio: <input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Mensile		Premio: €	Spese accessorie annuali (incluse nel Premio): € 24,00
MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, in virtù della convenzione collettiva n. CL/15/001, stipulata in qualità di contraente con MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, offre gratuitamente ai propri clienti assicurati con la polizza "Wecare Vita +" la garanzia "Momenti Felici".			

BENEFICIARIO

In caso di decesso, il Contraente designa i seguenti beneficiari: Eredi legittimi Contraente Altri^(*)

^(*)Specificare cognome, nome, data di nascita e percentuale di ripartizione.

Data	Firma (leggibile)
------	-------------------

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio viene corrisposto direttamente alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del Contraente aperto presso Banca Popolare di Milano S.p.A. tramite il Servizio Webank - IBAN _____

Mandato per addebito diretto Sepa (SDD)

Il Contraente, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza:

- MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia a richiedere a Banca Popolare di Milano S.p.A. l'addebito del proprio conto corrente;
- Banca Popolare di Milano S.p.A. a procedere all'addebito secondo le disposizioni impartite da MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia.

Il Contraente ha diritto di ottenere il rimborso dell'addebito in conto, secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con la propria banca. Il rimborso deve essere richiesto entro 8 settimane a partire dalla data di addebito.

Data	Firma (leggibile)
------	-------------------

AVVERTENZE

- | |
|---|
| <p>a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;</p> <p>b) il Contraente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario sanitario.</p> |
|---|

Il Contraente dichiara di aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale di cui all'art. 49 del Regolamento IVASS n. 5/2006 e dei seguenti documenti che compongono il Fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo: a) Nota informativa; b) Condizioni di assicurazione, comprensive dell'informativa sul trattamento dei dati personali; c) Glossario; d) Fac-simile Certificato di Assicurazione.

Data	Firma (leggibile)
------	-------------------

Il Contraente dichiara inoltre di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di assicurazione contenute nel Fascicolo informativo e di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli delle Condizioni di assicurazione: art. 3 - Persone assicurabili e formalità di ammissione al Programma Assicurativo; art. 4 - Perfezionamento, decorrenza e durata del Contratto; art. 5 - Recesso; art. 6 - Capitale assicurato; art. 7 - Prestazioni assicurate; art. 8 - Limitazioni / Esclusioni; art. 10 - Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione; art. 11 - Premio assicurativo; art. 16 - Foro competente e arbitrato.

Data	Firma (leggibile)
------	-------------------

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente, sotto la propria responsabilità, dichiara:

- che tutte le informazioni e le dichiarazioni rese nel presente certificato sono veritiere e che non è stata omessa o taciuta alcuna circostanza;
- che la differenza fra la sua altezza (in centimetri) e il suo peso in chilogrammi è compresa tra 80 e 120;
- di non svolgere una delle professioni a rischio indicate all'art. 3.2 delle Condizioni di assicurazione;
- di non fumare e di non aver fumato, nei 2 anni precedenti l'adesione alla copertura assicurativa, più di 20 sigarette al giorno;
- di aver aderito alla copertura assicurativa, offerta da MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, tramite:
 - Home banking Telefonia vocale;
- di aver richiesto l'attivazione immediata della copertura assicurativa in caso di adesione tramite Telefonia vocale;
- di aver prestato il consenso a conservare su supporto durevole l'adesione alla copertura assicurativa;
- di aver scelto per la trasmissione della documentazione contrattuale e precontrattuale la modalità via:
 - email posta;
- di essere informato che non potrà aderire a più di una polizza "Wecare Vita +";
- che i fondi da utilizzare per il pagamento dei premi hanno origine da:
 - reddito lavoro dipendente reddito lavoro autonomo patrimonio personale altro (specificare) _____;
 - di essere di non essere persona politicamente esposta;
- di aver fornito di non aver fornito all'Intermediario Banca Popolare di Milano S.p.A. le informazioni necessarie alla verifica sull'adeguatezza del Contratto prima dell'adesione;
- di prosciogliere dal segreto professionale chiunque sia in possesso di informazioni sanitarie che lo riguardano.

Data	Firma (leggibile)
------	-------------------

QUESTIONARIO SANITARIO

Il Contraente, sotto la propria responsabilità, dichiara:	
1. Ha subito ricoveri o interventi chirurgici negli ultimi 5 anni e/o è attualmente in attesa di ricovero (salvo per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione del setto nasale, meniscectomia o rottura dei legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
2. Ha interrotto negli ultimi 5 anni la sua attività lavorativa per più di un mese, per problemi di salute?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
3. Ha mai ricevuto una diagnosi o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure per una delle seguenti malattie: cancro, tumori, neoplasie, leucemia, linfomi, infarto miocardico, angina pectoris, difetti valvolari, ipertensione non controllata, ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale, cardiopatia ischemica, diabete, obesità, epatite B o C o cirrosi epatica, insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi, disturbi alla vescica, trapianto d'organo, paralisi, paraplegia, epilessia, sclerosi multipla, malattia demielinizzante, altre malattie neurologiche, infezione da virus HIV o AIDS?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
4. Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari come ad esempio risonanza magnetica, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma, oppure è in attesa di effettuare visite mediche specialistiche o indagini diagnostiche particolari?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
5. È titolare di una pensione di inabilità o invalidità oppure ha fatto richiesta per ottenerla?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
6. Attualmente effettua una terapia medica (farmacologica o non) continuativa da oltre 30 giorni consecutivi (ad eccezione di farmaci per ipertensione e ipercolesterolemia)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Data	Firma (leggibile)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Contraente, dopo aver ricevuto copia e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali riportata nelle Condizioni di assicurazione, ai sensi della normativa sulla privacy (D.lgs. n. 196/2003) acconsente al trattamento dei dati personali, anche sensibili, secondo le modalità e per le finalità indicate nella suddetta informativa per scopi assicurativi, da parte di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia in qualità di Titolare, il quale potrà avvalersi dei soggetti, anche situati al di fuori dell'UE, indicati nella predetta informativa.

Data	Firma
------	-------

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



MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, in virtù della convenzione collettiva n. CL/15/001, stipulata in qualità di contraente con MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, offre gratuitamente ai propri clienti assicurati con la polizza "Wecare Vita +" la garanzia "Momenti Felici".

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RELATIVE ALLA GARANZIA "MOMENTI FELICI" CONVENZIONE COLLETTIVA N. CL/15/001

Per tutto quanto non espressamente richiamato nelle Condizioni di assicurazione di seguito riportate, troverà applicazione quanto disciplinato nel Fascicolo informativo relativo alla polizza "Wecare Vita +".

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

Assicurato: la persona fisica titolare della polizza "Wecare Vita +".

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

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

Contraente: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma.

Esclusioni: i rischi non coperti elencati all'interno delle Condizioni di assicurazione.

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

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

ART. 1 – GARANZIA

La copertura assicurativa offerta dalla Compagnia prevede la garanzia "Momenti Felici" dell'Assicurato. La garanzia è valida senza limiti territoriali.

ART. 2 – DURATA DELLA GARANZIA

La garanzia "Momenti Felici" acquista efficacia dalla data di decorrenza della polizza "Wecare Vita +" e rimane in vigore per il periodo di durata della polizza "Wecare Vita +", **fino ad un massimo di 10 anni**. Pertanto, nel caso in cui la durata della polizza "Wecare Vita +" fosse superiore a 10 anni, la garanzia "Momenti Felici" cesserà al termine dei primi 10 anni di durata della polizza "Wecare Vita +". Resta inteso che qualora la polizza "Wecare Vita +" dovesse cessare, per qualsiasi ragione, prima dello scadere dei 10 anni, cesserà anche la garanzia "Momenti Felici".

ART. 3 – PRESTAZIONE ASSICURATA

In caso di matrimonio civile, nascita di un figlio o adozione di minore da parte dell'Assicurato (cd. "Momenti Felici") la Compagnia corrisponde al medesimo una prestazione fissa pari a € 500,00 per ogni evento, **fino ad un massimo di 2 eventi per l'intero periodo di durata della garanzia**. Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario che intervengano nel periodo di vigenza della garanzia: la data del matrimonio civile ovvero, in caso di matrimonio civile celebrato all'estero, la trascrizione del matrimonio nei registri dello stato civile italiano; la data di nascita del figlio; la data della sentenza definitiva del tribunale italiano per i minorenni che pronuncia l'adozione ovvero, in caso di adozione pronunciata all'estero, la trascrizione del provvedimento di adozione nei registri dello stato civile italiano.

ART. 4 – LIMITAZIONI / ESCLUSIONI

La garanzia prevede un periodo di Carenza di un anno, a partire dalla data di decorrenza della polizza "Wecare Vita +". Sono esclusi dalla garanzia tutti gli eventi preesistenti alla data di perfezionamento della polizza "Wecare Vita +".

ART. 5 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve fornire alla Compagnia la documentazione di seguito indicata in originale:

- matrimonio civile: certificato di matrimonio;
- nascita di un figlio: certificato di nascita;
- adozione di minore: attestazione del tribunale di completato processo di adozione.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei documenti sopraindicati. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, qualora ciò sia reso indispensabile per la corretta valutazione del Sinistro. La Compagnia si riserva il diritto di far effettuare in ogni momento ed a sue spese accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni allo stesso comunicate. Ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile II comma, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

ART. 6 – RECLAMI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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