

New Protection

Proteggi il valore di chi vale



MetLife[®]



New Protection

Contratto di assicurazione di durata annuale con tacito rinnovo per il caso di morte o per il caso di morte e di invalidità totale e permanente, a premio annuo variabile.

MetLife®

New Protection

Contratto di assicurazione di durata annuale con tacito rinnovo per il caso di morte o per il caso di morte e di invalidità totale e permanente, a premio annuo variabile.

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- **Nota Informativa**
- **Condizioni di Assicurazione**
- **Glossario**
- **Fac-simile Proposta di Assicurazione**
- **Fac-simile Certificato di Assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Mod. NPRFN09 Ed. 07/2016

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

Nota Informativa

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DI DURATA ANNUALE CON TACITO RINNOVO PER IL CASO DI MORTE O PER IL CASO DI MORTE E DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE, A PREMIO ANNUO VARIABILE

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 della sottoscrizione del contratto.

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, SCONTI E SUL REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

A. Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. INFORMAZIONI GENERALI

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

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

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

MetLife Europe d.a.c. è iscritta nell'elenco delle imprese di assicurazioni ammesse da IVASS ad operare in Italia in regime di stabilimento (numero di iscrizione I.00110) ed è 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

Il contratto qui descritto è una assicurazione temporanea in caso di morte, o in caso di morte ed invalidità totale e permanente a premio annuo variabile, differenziata in base allo stato di fumatore o non fumatore dell'assicurato.

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

La prestazione assicurativa consiste nel pagamento da parte della Compagnia al Beneficiario indicato in Polizza del capitale assicurato in caso di:

- **Morte** (garanzia principale);
- **o di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato** (garanzia complementare),

prima della scadenza contrattuale.

Il capitale assicurabile è ricompreso tra un minimo di € 50.000 ed un massimo di € 500.000. Oltre il limite di € 500.000 la Compagnia valuterà la possibilità di assumere o meno il contratto.

Si rinvia agli **Artt. 1 e seguenti** delle condizioni di assicurazione e delle condizioni di assicurazione complementare per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto non deve essere inferiore a 18 anni e superiore a 64 anni nel caso sia prevista anche la garanzia di invalidità totale e permanente e a 75 anni nel caso sia prevista soltanto la garanzia morte. L'età dell'Assicurato alla scadenza del contratto non deve essere superiore ai 80 anni per la garanzia decesso e 65 se è stata sottoscritta anche la garanzia complementare invalidità totale e permanente. L'età dell'Assicurato è calcolata ad anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore o uguale a sei mesi e computando come anno intero quella superiore a sei mesi.

Raggiunto detto limite in corso di contratto, l'assicurazione si considera valida sino alla prima scadenza naturale, alla quale termina automaticamente senza possibilità di rinnovo. Si rinvia all'Art. 3 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

La Polizza ha durata annuale con tacito rinnovo. Il Contraente può recedere dal contratto con lettera raccomandata A.R. spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale. In mancanza di recesso il contratto è tacitamente prorogato per un anno e così successivamente, fino al raggiungimento dell'età massima assicurabile.

In caso di comunicazione di recesso regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla data di scadenza prevista del contratto.

La totalità del Premio versato dal Contraente viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità e di invalidità totale e permanente) e pertanto alla scadenza del contratto i premi rimarranno totalmente acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

3.1 GARANZIA PRINCIPALE: PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Compagnia liquida il capitale assicurato ai Beneficiari designati in Polizza dal Contraente.

L'assicurato può scegliere che il capitale sia costante ogni anno oppure decrescente annualmente di una quota pari al capitale inizialmente assicurato rapportato al numero degli anni di validità del contratto.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza, la Polizza si intenderà estinta, e i premi versati resteranno acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

Si informa il Contraente che la garanzia è prestata in seguito all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato in base a quanto previsto nella Proposta di Assicurazione.

Si invita il Contraente a leggere con attenzione le raccomandazioni e avvertenze contenute nel modulo di proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.

E' tuttavia possibile per l'Assicurato, previo assenso della Compagnia, non sottoporsi a visita medica ed in questo caso la garanzia assicurativa rimane priva di efficacia per un periodo di sei mesi, denominato "periodo di carenza", che decorre dalla data di entrata in vigore della copertura assicurativa.

Il "periodo di carenza" non si applica qualora la morte avvenga per conseguenza diretta di infortunio avvenuto dopo la data di entrata in vigore del contratto, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Il "periodo di carenza", ovvero il periodo durante il quale la garanzia del contratto di assicurazione non è efficace, viene esteso a cinque anni dalla data di entrata in vigore qualora la morte sia dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata.

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, ma abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, detto "periodo di carenza" viene esteso a sette anni.

Il periodo di carenza sopra descritto è applicabile nelle sole ipotesi in cui il termine di durata contrattuale si sia automaticamente protratto per un periodo superiore alla carenza medesima.

Si rinvia all'Art. 9 delle condizioni di assicurazione per il dettaglio delle esclusioni della garanzia.

3.2 GARANZIA COMPLEMENTARE: PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DELL'ASSICURATO

Qualora all'Assicurato venga riconosciuta una Invalidità Totale e Permanente durante il rapporto contrattuale, la Compagnia liquida all'Assicurato o ai Beneficiari un importo pari al capitale assicurato per il caso di Invalidità Totale e Permanente. La garanzia complementare Invalidità Totale e Permanente è prestata in seguito all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato in base a quanto previsto nelle Proposte di Assicurazione.

Anche per la garanzia complementare l'assicurato può scegliere che il capitale sia costante ogni anno oppure decrescente annualmente di una quota pari al capitale inizialmente assicurato rapportato al numero degli anni di validità del contratto.

È tuttavia possibile per l'Assicurato, previo assenso della Compagnia, non sottoporsi a visita medica ed in questo caso la garanzia assicurativa rimane priva di efficacia per un periodo di sei mesi, denominato "periodo di carenza", che decorre dalla data di entrata in vigore della copertura assicurativa.

Il "periodo di carenza" viene esteso a cinque anni dalla data di entrata in vigore qualora l'Invalidità Totale e Permanente sia dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata.

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, ma abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, detto "periodo di carenza" viene esteso a sette anni.

Il periodo di carenza descritto è applicabile nelle sole ipotesi in cui il termine di durata contrattuale si sia automaticamente protratto per un periodo superiore alla carenza medesima.

Si rinvia all'Art. 5 delle condizioni di assicurazione complementare per il dettaglio delle esclusioni della garanzia.

4. PREMI

A fronte delle prestazioni garantite il Contraente si impegna a versare, secondo le modalità successivamente previste e sempre che l'Assicurato sia in vita, per la durata contrattuale e per gli eventuali rinnovi, il premio annuo previsto in polizza.

Presupposto per la corretta determinazione del premio è l'accertamento dello stato di salute dell'Assicurando e delle sue abitudini di vita (professione, sport, etc.). A tal fine, e salvo casi particolari, la presente polizza prevede per entrambe le garanzie (principale

e complementare) il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato in base a quanto previsto nella Proposta di Assicurazione.

A prescindere da tale preventivo accertamento, è di fondamentale importanza che le **dichiarazioni rese siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime contestazioni della Compagnia che possano anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere, in tutto o in parte, il pagamento della prestazione.**

In particolare, il Premio annuo è determinato in base:

- alle garanzie prescelte (morte o morte e invalidità totale e permanente);
- all'importo del capitale assicurato;
- all'età assicurativa dell'Assicurato (calcolata secondo la modalità indicata nell'**Art. 3** delle condizioni di assicurazione)
- alla data di decorrenza o di ricorrenza annuale di Polizza;
- allo stato di salute dell'Assicurato alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione;
- all'attività professionale ed extra-professionale dell'Assicurato;
- alle attività sportive dell'Assicurato;
- alle abitudini di vita dell'Assicurato (stato di fumatore/non fumatore).

I premi corrisposti possono essere pagati annualmente in una unica soluzione oppure in rate semestrali o mensili in caso di frazionamento del premio. I costi relativi al frazionamento del premio sono indicati al punto 6.1.1 della nota informativa.

I premi corrisposti annualmente in una unica soluzione o con frazionamento semestrale possono essere pagati con le seguenti modalità:

- bonifico bancario sul conto corrente intestato a MetLife Europe d.a.c. - Banca Popolare Commercio & Industria - IBAN IT28W0504803201000000004362
- procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente (procedura RID). Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento, fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito. In caso di scelta della procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario (RID) e di successiva chiusura del conto corrente o revoca dell'autorizzazione, sarà necessario fornire le nuove coordinate bancarie.

I premi corrisposti con frazionamento mensile possono essere pagati soltanto con la procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente (procedura RID).

Nel caso in cui il contratto sia collocato da intermediari abilitati all'incasso, il premio sarà loro versato direttamente, nel rispetto ed entro i limiti fissati dalle vigenti disposizioni di legge.

Si rinvia all'**Art. 13** delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

5. MODALITÀ DI CALCOLO E DI ASSEGNAZIONE DELLA PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

Il Contratto non prevede l'esistenza di meccanismi di partecipazione agli utili.

c. Informazioni sui costi, sconti e sul regime fiscale

6 COSTI

6.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SUL CONTRAENTE

6.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

I costi vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio.

Il costo complessivo per emissione, gestione e acquisizione del contratto è indicato nella tabella che segue ed è in funzione anche dell'ammontare del capitale assicurato:

CAPITALE	COSTI
Per Capitali sino a 150.000 €	in misura massima pari al 26,0% del premio a cui va aggiunto lo 0,04% del capitale
Per Capitali superiori o uguali a 150.000 € e sino a 750.000 €	in misura massima pari al 21,0% del premio a cui va aggiunto lo 0,03% del capitale
Per Capitali superiori o uguali a 750.000 €	in misura massima pari al 19,0% del premio a cui va aggiunto lo 0,025% del capitale

Il 14% dei costi riportati nella tabella è corrisposto all'intermediario a titolo di remunerazione dell'attività di distribuzione del prodotto assicurativo.

Qualora il contratto venga collocato senza intermediazione, non viene corrisposto alcun importo a titolo di remunerazione.

Non sono previsti costi per spese di emissione polizza.

Qualora il Contraente scelga il pagamento del premio in rate semestrali o mensili, su ogni rata verranno applicati degli interessi di frazionamento nella misura del 4%.

6.1.2 COSTI PER RISCATTO

Non sono previsti, in quanto questo contratto non prevede la possibilità di riscatto.

6.1.3 COSTI PER L'EROGAZIONE DELLA RENDITA

Non sono previsti, in quanto questo contratto non prevede l'erogazione in rendita.

6.2 COSTI APPLICATI IN FUNZIONE DELLE MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

Non sono previsti, in quanto questo contratto non prevede partecipazione ad utili.

7. SCONTI

Il presente contratto non prevede sconti di premio.

8. REGIME FISCALE

8.1 REGIME FISCALE DEI PREMI

I premi corrisposti in esecuzione di contratti di assicurazione sulla vita sono esenti dall'imposta delle assicurazioni.

Inoltre si segnala al Contraente che:

- soltanto se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo il rischio di morte, a condizione che Assicurato sia lo stesso Contraente o persona fiscalmente a suo carico, i premi danno diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato dal Contraente, ai fini del calcolo dell'IRE, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge, purché il contratto abbia ad oggetto il rischio morte e/o il rischio di invalidità permanente non inferiore al 5%, a prescindere dalla causa; il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana, a condizione però che l'impresa di assicurazione non abbia facoltà di recedere dal contratto;
- l'importo annuo complessivo sul quale calcolare la detrazione non può superare € 1.291,14. Concorrono alla formazione di tale importo anche i premi delle assicurazioni vita o infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001, che conservano il diritto alla detrazione di imposta.

8.2 REGIME FISCALE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Le somme assicurate percepite nell'esercizio di attività d'impresa concorrono a formare il reddito d'impresa restando assoggettate all'ordinaria tassazione: in questi casi non si applica l'imposta sostitutiva ma quella a titolo di acconto, ai sensi dell'Art.3, comma 113, della L. 28 dicembre 1995, n. 549. Negli altri casi le somme corrisposte in caso di morte sono esenti dall'IRE.

8.3 ONERI FISCALI

Gli eventuali oneri fiscali relativi al contratto sono a carico del Contraente o dei beneficiari ed aventi diritto.

8.4 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

Ai sensi dell'Art. 1920 del Codice Civile il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito di decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

8.5 IMPIGNORABILITÀ ED INSEQUESTRABILITÀ.

Ai sensi dell'art. 1923 del Cod. Civ., le somme dovute dalla Compagnia a titolo di prestazione assicurata in caso di morte dell'Assicurato non possono essere sottoposte a sequestro o pignoramento.

Ai sensi dell'art. 1923 del Cod. Civ., le somme dovute dalla Compagnia a titolo di prestazione assicurata in caso di morte dell'Assicurato non possono essere sottoposte a sequestro o pignoramento.

D. Altre informazioni sul contratto

9.1 MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Qualora l'assicurando sia eleggibile mediante adesione tramite Dichiarazione di Buona Salute (processo FAST), il contratto si conclude al momento dell'adesione. In questo caso il Contraente riceverà il Certificato di Assicurazione che dovrà sottoscrivere e restituire alla Compagnia per finalità esclusivamente probatorie. Il contratto si intenderà comunque concluso anche qualora il Contraente non restituisca il documento debitamente firmato.

Qualora l'assicurando non sia eleggibile all'adesione tramite DBS (processo tradizionale), il contratto si conclude nel momento in cui il Contraente riceve la lettera di conferma inviata tramite raccomandata A.R. o e-mail, da parte della Compagnia, successivamente al ricevimento di tutta la documentazione originale richiesta al Contraente.

9.2 DECORRENZA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

In caso di adesione tramite Dichiarazione di Buona Salute (processo FAST) la copertura assicurativa entra in vigore dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente ha aderito così come riportato nel Certificato di Assicurazione, a condizione che il premio corrispondente risulti pagato.

Nel caso in cui il Contraente debba fornire ulteriore documentazione firmata alla Compagnia (processo tradizionale), la copertura assicurativa entra in vigore nel momento in cui il Contraente riceve la Lettera di Conferma, a condizione che il premio corrispondente risulti pagato.

9.3 ENTRATA IN VIGORE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le coperture assicurative entrano in vigore, a condizione che il Contraente abbia pagato la prima rata di premio:

- alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso (se la data di decorrenza è anteriore o uguale a quella di conclusione);
- ovvero**
- alle ore 24 del giorno di decorrenza indicata sulla Lettera di Conferma, qualora questa sia successiva a quella di conclusione.

Se il versamento della prima rata di premio è effettuato dopo tali date, le coperture assicurative entrano in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento.

Si rinvia all'Art. 7 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

10. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

Oltre che in caso di sua scadenza naturale, il presente contratto si risolve/cessa automaticamente al verificarsi di uno dei seguenti eventi:

- esercizio del diritto di ripensamento/ recesso;
- interruzione del pagamento dei premi (trascorsi 12 mesi dalla scadenza della prima annualità di Premio - o rata di Premio - non pagata);
- in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale;
- in caso di liquidazione del capitale assicurato per la garanzia Invalidità Totale e Permanente (qualora questa garanzia sia compresa in Polizza);
- alla scadenza contrattuale;
- alla scadenza dell'annualità di Polizza successiva al compimento del 80° anno di età dell'Assicurato, o del 65° qualora sia prevista la garanzia Invalidità Totale e Permanente;
- ogni altra causa idonea a provocare lo scioglimento del contratto.

Qualora si verifichi il sinistro durante la prima annualità assicurativa ed il premio non sia corrisposto per intero, per poter procedere alla liquidazione, la parte di premio residua dovrà essere versata dagli eredi legittimi e/o testamentari se Beneficiari della polizza, prima della liquidazione stessa.

11. RISCATTO, RIDUZIONE E PRESTITO

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del contratto, e non prevede la concessione di prestiti.

12. SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI E RIATTIVAZIONE

Il premio del primo anno, anche se frazionato, è dovuto per intero.

A partire dal secondo anno, in caso di tacito rinnovo, è facoltà del Contraente interrompere il pagamento dei premi.

Il mancato pagamento dell'annualità di premio - o rata di premio - determina, trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza del medesimo, la sospensione delle garanzie assicurative.

Il Contraente ha la facoltà di chiedere la riattivazione del contratto entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pa-

gata, pagando tutte le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali.

Se sono trascorsi più di sei mesi dalla prima rata di premio non pagata, la riattivazione del contratto può avvenire solo dietro espressa richiesta del Contraente e accettazione scritta della Compagnia. In questo caso la Compagnia può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere in merito alla riattivazione tenendo conto del loro esito.

In caso di riattivazione, il contratto riacquista efficacia, per l'intero suo valore, dalle ore 24,00 del giorno del pagamento dell'importo dovuto. Si rinvia all'Art. 14 delle condizioni di assicurazione per maggiori dettagli.

Trascorsi 12 mesi dalla scadenza della prima annualità di premio - o rata di premio - non pagata, non è più possibile riattivare il contratto; questo si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia.

In caso di mancata riattivazione la Compagnia si riserva il diritto di ottenere il pagamento della quota parte di premio relativa ai primi trenta giorni di proroga della copertura.

13. MODALITÀ DI REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare la proposta contrattuale ai sensi dell'art. 176 del D.lgs. 209/2005 (recante il Codice delle Assicurazioni Private) fino al momento della conclusione del contratto. La revoca deve essere esercitata secondo le modalità previste dall'Art.20 delle condizioni di assicurazione.

Qualora la dichiarazione di revoca della proposta contrattuale pervenga tempestivamente alla Compagnia impedendo la conclusione del contratto, la Compagnia è obbligata a rimborsare l'intero ammontare della somma eventualmente corrisposta a titolo di premio in anticipo rispetto alla conclusione del contratto, entro il termine a suo favore di trenta giorni dalla data di ricevimento della dichiarazione di revoca della proposta contrattuale.

14. MODALITÀ DI ESERCIZIO DEL DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro il termine di decadenza di trenta giorni dal momento in cui è informato della conclusione del contratto, secondo le modalità previste dall'Art.20 delle condizioni di assicurazione.

In caso di esercizio del diritto di recesso, la Compagnia, entro il termine di 30 giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire al Contraente il premio **al netto delle eventuali spese accessorie e della quota parte di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.**

Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifichi un sinistro ed il Beneficiario dichiararsi per iscritto alla Compagnia di voler profittare della garanzia assicurativa, tale diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso del Contraente.

15. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI E TERMINI DI PRESCRIZIONE

Per la liquidazione delle prestazioni assicurate è necessario fornire alla Compagnia:

- la documentazione indicata all'Art.19 "Pagamento delle prestazioni" delle condizioni di assicurazione, in caso di decesso;
- la documentazione indicata all'Art. 7 "Criteri di Indennizzabilità / Pagamento del Capitale Assicurato" delle condizioni di assicurazione complementare, in caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia.

Decorsi 30 giorni dal ricevimento dell'ultimo dei documenti necessari, la Compagnia corrisponderà agli aventi diritto, se dovuto, il pagamento delle somme previste in polizza, attraverso bonifici bancari sulle coordinate che verranno comunicate dal beneficiario.

A partire dalla scadenza del predetto termine, la Compagnia sarà unicamente tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori al saggio legale secondo la legge italiana, con esclusione della risarcibilità dell'eventuale maggior danno.

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile Il comma, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Qualora i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti, entro il suddetto termine di prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

16. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana. Le Parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione per la redazione del contratto, in tal caso sulla legislazione scelta prevalgono le norme imperative di diritto italiano.

17. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO E VALUTA DI RIFERIMENTO

Il contratto e ogni documento ad esso allegato sono redatti in lingua italiana. Le Parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa lingua per la redazione del contratto.

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

18. 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 dell'Assicuratore, 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.

L'Assicuratore 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 l'Assicuratore 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 dall'Assicuratore. 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.

19. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

La Compagnia si impegna a trasmettere entro 60 giorni dalla chiusura di ogni anno solare l'estratto conto annuale della posizione assicurativa. La comunicazione ai contraenti delle variazioni contenute nel Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative avverrà tramite la pubblicazione degli aggiornamenti sul sito internet della Compagnia, così come previsto dalla normativa vigente.

20. COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA COMPAGNIA

Si richiama l'attenzione del Contraente sulle disposizioni di cui all'art. 1926 del Codice Civile in merito alle comunicazioni da rendere alla Compagnia in caso di eventuali modifiche di professione o dello stato di fumatore / non fumatore, intervenute in corso di contratto, tali da comportare una variazione del rischio assicurato.

Si rimanda agli **Artt. 23 - 24 - 25** delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

21. CONFLITTO DI INTERESSI

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, che commercializza il presente contratto è società appartenente al gruppo MetLife Inc.

Il presente contratto non presenta situazioni di conflitto di interessi.

La società in ogni caso si impegna a non recare pregiudizio ai Contraenti e ad ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

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.

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 innovazioni normative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai contraenti e/o assicurati, senza obbligo di effettuare alcuna altra comunicazione.

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

Il Rappresentante Legale
Maurizio Taglietti



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

Condizioni di Assicurazione

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Compagnia liquida il capitale assicurato ai Beneficiari designati in polizza dal Contraente.

L'assicurato può scegliere che il capitale sia costante ogni anno oppure decrescente annualmente di una quota pari al capitale inizialmente assicurato rapportato al numero degli anni di validità del contratto.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza, il contratto si intenderà estinto, e i premi versati resteranno acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

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.

ART. 2 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA

Gli obblighi della Compagnia risultano esclusivamente dalla Polizza e dalle Appendici rilasciate dalla Compagnia stessa.

ART. 3 - LIMITI DI ETÀ DELL'ASSICURATO

L'età dell'Assicurato è calcolata ad anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore o uguale a sei mesi e computando come anno intero quella superiore a sei mesi.

L'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto non deve essere inferiore a 18 anni e superiore a 75 anni. L'età dell'Assicurato alla scadenza del contratto non deve essere superiore ai 80 anni.

Raggiunto detto limite in corso di contratto, l'assicurazione si considera valida sino alla prima scadenza naturale, alla quale termina automaticamente senza possibilità di rinnovo.

ART. 4 - DURATA DEL CONTRATTO

Per durata del contratto si intende l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto.

Il presente contratto ha durata annuale con tacito rinnovo. **Il Contraente può recedere dal contratto con lettera raccomandata A.R. spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.** In mancanza di recesso il contratto è **tacitamente prorogato** per un anno e così successivamente, fino al raggiungimento dell'età massima assicurabile.

In caso di comunicazione di recesso regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto.

Il contratto si estingue solo nei seguenti casi:

- in caso di esercizio del diritto di recesso;
- interruzione del pagamento dei premi (trascorsi 12 mesi dalla scadenza della prima annualità di premio - o rata di premio - non pagata);
- in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale;
- in caso di liquidazione del capitale assicurato per invalidità permanente totale, qualora sia prevista;
- alla scadenza del contratto;
- alla scadenza dell'annualità di Polizza successiva al compimento del 80° anno di età dell'Assicurato;
- ogni altra causa idonea a provocare lo scioglimento del contratto.

ART. 5 - MODALITÀ DI CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Qualora l'assicurando sia eleggibile mediante adesione tramite Dichiarazione di Buona Salute (processo FAST), il contratto si conclude al momento dell'adesione. In questo caso il Contraente riceverà il Certificato di Assicurazione che dovrà sottoscrivere e restituire alla Compagnia per finalità esclusivamente probatorie. Il contratto si intenderà comunque concluso anche qualora il Contraente non restituisca il documento debitamente firmato.

Qualora l'assicurando non sia eleggibile all'adesione tramite DBS (processo tradizionale), il contratto si conclude nel momento in cui il Contraente riceve la lettera di conferma inviata tramite raccomandata A.R. o e-mail, da parte della Compagnia, successivamente al ricevimento di tutta la documentazione originale richiesta al Contraente.

ART. 6 - DECORRENZA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

In caso di adesione tramite Dichiarazione di Buona Salute (processo FAST) la copertura assicurativa entra in vigore dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente ha aderito così come riportato nel Certificato di Assicurazione, a condizione che il premio corrispondente risulti pagato.

Nel caso in cui il Contraente debba fornire ulteriore documentazione firmata alla Compagnia (processo tradizionale), la copertura assicurativa entra in vigore nel momento in cui il Contraente riceve la Lettera di Conferma, a condizione che il premio corrispondente risulti pagato.

ART. 7 - ENTRATA IN VIGORE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le coperture assicurative, a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di Premio, entrano in vigore:

- alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso (se la data di decorrenza è anteriore o uguale a quella di conclusione); ovvero
- alle ore 24 del giorno di decorrenza, indicata sulla Lettera di Conferma, qualora questa sia successiva a quella di conclusione.

Se il versamento della prima rata di Premio è effettuato dopo tali date le coperture assicurative entrano in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento.

ART. 8 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione, devono essere esatte, complete e veritiere (artt. 1892 e 1893 del Cod. Civ.). In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso, o non l'avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa ha il diritto:

a) quando esiste dolo o colpa grave, di:

- **impugnare** il contratto entro tre mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza della dichiarazione o della reticenza;
- **rifiutare**, in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1892 Cod. Civ. comma 3, il pagamento della prestazione;

b) quando non esiste dolo o colpa grave, di:

- **ridurre**, in caso di sinistro, le somme assicurate in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose;
- **recedere** dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

L'inesatta indicazione della data di nascita o delle abitudini al fumo dell'Assicurato comportano la rettifica dei premi, con obbligo di corrispondere la differenza per i premi già acquisiti, o, nel caso il sinistro si sia già verificato, la rettifica delle prestazioni in misura proporzionale al premio che si sarebbe dovuto pagare se le indicazioni fossero state fornite correttamente.

ART. 9 - RISCHIO DI MORTE - ESCLUSIONI

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, tenendo conto degli eventuali cambiamenti di professione dell'Assicurato, comunicati alla Compagnia, con l'esclusione di:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- in caso di uso di droghe (se non prescritte) o di alcolismo cronico o acuto dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa direttamente o indirettamente ad atti terroristici;
- partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzata al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causato da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note all'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta di Assicurazione;
- infezione da HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita o stati assimilabili se la diagnosi avviene entro 5 anni dalla conclusione del contratto;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
- malattie e/o conseguenze di invalidità preesistente riconosciuta;
- l'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, immersione con autorespiratore, speleologia, motonautica, paracadutismo e sport aerei in genere;
- svolgimento del Contraente-Assicurato di una delle seguenti professioni: 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.

In questi casi la Compagnia paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

ART. 10 - LIVELLO DELLE PRESTAZIONI

Il capitale assicurato per la garanzia principale in caso di Morte è indicato in Polizza.

ART. 11 - GARANZIA DI RINNOVO

In occasione dei successivi taciti rinnovi la Compagnia si obbliga a:

- non modificare i premi indicati nella Lettera di Conferma in corso di durata di Polizza;
- non disdire la Polizza.

ART. 12 - PERIODO DI CARENZA DELLA GARANZIA

L'immediata copertura assicurativa è subordinata alla condizione che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia. Qualora la visita medica non sia prevista tra gli accertamenti sanitari richiesti e l'Assicurato sottoscriva solamente la Dichiarazione di Buona Salute o il Questionario Anamnestico, la copertura assicurativa rimane sospesa per un periodo di sei mesi, denominato "periodo di carenza", che decorre dalla data di entrata in vigore delle coperture assicurative (Art. 7). Tale periodo di carenza non si applica se l'Assicurato sceglie di sottoporsi comunque a visita medica.

Inoltre il periodo di carenza non si applica qualora la morte avvenga per conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, meningite cerebro-spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, leptospirosi ittero-emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica o shock anafilattico;
- b) di infortunio avvenuto dopo la data di entrata in vigore del contratto, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Il "periodo di carenza" viene esteso a cinque anni dalla data di entrata in vigore del contratto qualora la morte sia dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata.

Nel caso in cui l'Assicurato, pur essendosi sottoposto a visita medica, abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, detto "periodo di carenza" viene esteso a sette anni.

Il periodo di carenza descritto è applicabile nelle sole ipotesi in cui il termine di durata contrattuale si sia automaticamente protratto per un periodo superiore alla carenza medesima.

Durante il "periodo di carenza" la Compagnia pagherà soltanto una prestazione pari alla somma dei versamenti di premio effettuati.

ART. 13 - VERSAMENTO DEI PREMI

I premi corrisposti possono essere pagati annualmente in una unica soluzione oppure in rate semestrali o mensili in caso di frazionamento del premio.

I premi corrisposti annualmente in una unica soluzione possono essere pagati con la seguente modalità:

- bonifico bancario sul conto corrente intestato a MetLife Europe d.a.c. - Banca Popolare Commercio & Industria - IBAN IT28W050480320100000004362;
- procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente (procedura RID). Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento, fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito. In caso di scelta della procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario (RID) e di successiva chiusura del conto corrente o revoca dell'autorizzazione, sarà necessario fornire le nuove coordinate bancarie.

I premi corrisposti con frazionamento semestrale possono essere pagati, utilizzando entrambe le modalità previste per il pagamento dei premi da corrispondersi annualmente.

I premi corrisposti con frazionamento mensile possono essere pagati soltanto con la procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente (procedura RID), seguendo le relative modalità, previste per il pagamento dei premi da corrispondersi annualmente.

Nel caso in cui il contratto sia collocato da intermediari abilitati all'incasso, il premio sarà loro versato direttamente, nel rispetto ed entro i limiti fissati dalle vigenti disposizioni di legge.

Qualora si verifichi il sinistro durante la prima annualità assicurativa ed il premio non sia corrisposto per intero, per poter procedere alla liquidazione, la parte di premio residua dovrà essere versata dagli eredi legittimi e/o testamentari se Beneficiari della polizza, prima della liquidazione stessa.

ART. 14 - SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI E RIATTIVAZIONE

Il premio del primo anno, anche se frazionato, è dovuto per intero.

A partire dal secondo anno, in caso di tacito rinnovo, è facoltà del Contraente interrompere il pagamento dei premi.

Il mancato pagamento dell'annualità di premio - o rata di premio - determina, trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza del medesimo, la sospensione delle garanzie assicurative.

Il Contraente ha la facoltà di chiedere la **riattivazione** del contratto entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, pagando tutte le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali.

Se sono trascorsi più di sei mesi dalla prima rata di premio non versata, la riattivazione del contratto può avvenire solo dietro espressa richiesta del Contraente e accettazione scritta della Compagnia. In questo caso la Compagnia può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere in merito alla riattivazione tenendo conto del loro esito.

In caso di riattivazione, il contratto riacquista efficacia, per l'intero suo valore, dalle ore 24,00 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Trascorsi 12 mesi dalla scadenza della prima annualità di premio - o rata di premio - non pagata, non è più possibile riattivare il contratto; questo si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia.

In caso di mancata riattivazione, la Compagnia si riserva il diritto di ottenere il pagamento della quota parte di premio relativa ai primi trenta giorni di proroga della copertura.

ART. 15 - RISCATTO, RIDUZIONE E PRESTITO

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del contratto e non prevede la concessione di prestiti.

ART. 16 - CESSIONE, PEGNO O VINCOLO

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può dare in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di Polizza o su Appendice.

ART. 17 - BENEFICIARIO

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione comunicandola per iscritto alla Compagnia o per testamento.

La designazione dei Beneficiari non può tuttavia essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo che si sia verificato l'evento che fa sorgere l'obbligo in capo alla Compagnia di eseguire la prestazione assicurata;
- il Beneficiario abbia comunicato per iscritto al Contraente di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di recesso, pegno e vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari. Il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'Assicurazione (art. 1920 del Codice Civile). In particolare, le somme corrispostegli a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

ART. 18 - VALIDITÀ TERRITORIALE E RESIDENZA DELL'ASSICURATO

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Si precisa che per sottoscrivere il presente contratto l'Assicurato deve essere residente nel territorio della Repubblica Italiana.

ART. 19 - PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

Per tutti i pagamenti da parte della Compagnia debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i seguenti documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto:

- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Compagnia;
- 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;
- documentazione necessaria ad individuare gli aventi diritto.

In caso di presenza tra gli aventi diritto di minori od incapaci, originale del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione della somma spettante ai minori od incapaci, indicando anche le modalità per il reinvestimento di tale somma, con esonero per la Compagnia da ogni responsabilità.

Nel caso in cui l'Assicurato deceduto coincida con il Contraente

Originale dell'atto di notorietà redatto in Tribunale o presso un Notaio, da cui risulti se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento. In presenza di testamento, occorre allegarne una copia autentica all'atto di notorietà, che deve inoltre contenere la dichiarazione che il testamento allegato è l'unico od ultimo valido e non impugnato. Se il testamento non modifica la designazione beneficiaria attribuita in Polizza, e la stessa riporta "gli eredi testamentari", nell'atto di notorietà occorre fornire indicazione delle complete generalità e del codice fiscale di ciascuno; in caso contrario (ossia in caso di designazione beneficiaria attribuita in Polizza o attraverso il testamento diversa dagli "eredi testamentari") come pure in assenza di testamento, l'atto di notorietà deve declinare, per ciascun beneficiario, le complete generalità e il codice fiscale.

Nel caso di designazione beneficiaria agli eredi legittimi, tra i quali vi sia una vedova, la predetta documentazione deve comprendere una dichiarazione della medesima di non trovarsi in stato di gravidanza.

Nel caso in cui l'Assicurato deceduto non sia anche Contraente

Dichiarazione del Contraente riportante le complete generalità ed il codice fiscale degli aventi diritto, corredata di copia di un documento di identità per ciascuno di essi.

La Compagnia, informata del decesso, potrà inoltre richiedere, in presenza di particolari esigenze istruttorie, ulteriore documentazione ed indicare l'importo liquidabile da comunicare eventualmente al Giudice Tutelare. La Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione, previa consegna dell'originale di Polizza e delle eventuali Appendici. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.

In aggiunta ai documenti sopra specificati, la Compagnia potrà richiedere, ove ritenuta necessaria ai fini di una corretta istruzione della pratica, ogni ulteriore documentazione anche di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario ritenuta utile.

ART. 20 - DIRITTO DI RECESSO E REVOCA

Il Contraente, previa richiesta scritta alla Compagnia, può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto conferma dell'accettazione della Proposta di Assicurazione da parte della Compagnia stessa.

Quest'ultima, nei 30 giorni successivi al ricevimento della richiesta, provvederà alla restituzione delle somme eventualmente pagate dal Contraente, al netto delle eventuali spese accessorie e della quota parte di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

Il Contraente può revocare la proposta contrattuale ai sensi dell'art. 176 del D.lgs. 209/2005 (recante il Codice delle Assicurazioni Private) fino al momento della conclusione del contratto.

Qualora la dichiarazione di revoca della proposta contrattuale pervenga tempestivamente alla Compagnia impedendo la conclusione del contratto, la Compagnia è obbligata a rimborsare l'intero ammontare della somma eventualmente corrispostale a titolo di premio in anticipo rispetto alla conclusione del contratto, entro il termine a suo favore di trenta giorni dalla data di ricevimento della dichiarazione di revoca della proposta contrattuale.

ART. 21 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

ART. 22 - DEFINIZIONE DI NON-FUMATORE E DI FUMATORE

L'Assicurato è definito non-fumatore se dichiara di non aver mai fumato nel corso dei ventiquattro mesi precedenti e di non aver dovuto smettere di fumare su consiglio medico. È definito fumatore se non rilascia la dichiarazione di cui sopra.

ART. 23 - MODIFICA DELLO STATO DI NON-FUMATORE O DI FUMATORE

Nel caso di modifica dello stato di non-fumatore o di fumatore dell'Assicurato, intervenuta nel corso della durata del contratto, il Contraente e l'Assicurato sono tenuti a darne informazione alla Compagnia, a mezzo lettera raccomandata A.R. entro 30 giorni.

ART. 24 - PASSAGGIO DI STATO DA NON-FUMATORE A FUMATORE

La Compagnia, ricevuta la comunicazione di cui al precedente Art. 23 che l'Assicurato, dichiaratosi non fumatore, ha iniziato o ricominciato a fumare, provvederà a ricalcolare il premio annuo dovuto per Assicurati fumatori in modo da garantire il capitale assicurato determinato in base all'età dell'Assicurato.

La Compagnia prenderà atto di tale passaggio di stato mediante appendice indicando il nuovo Premio che sarà dovuto a partire dalla successiva ricorrenza annuale.

In caso di mancata comunicazione, la Compagnia pagherà in caso di decesso, in luogo del capitale assicurato, un importo ridotto, che si ottiene moltiplicando il capitale assicurato per il rapporto tra il Premio di Polizza e il Premio dovuto se l'Assicurato si fosse dichiarato fumatore.

ART. 25 - PASSAGGIO DI STATO DA FUMATORE A NON-FUMATORE

La Compagnia, ricevuta la comunicazione di cui al precedente Art. 23 attestante che l'Assicurato ha smesso di fumare da almeno ventiquattro mesi, corredata da una certificazione rilasciata dal medico curante attestante che l'Assicurato non ha smesso di fumare su consiglio / richiesta medica, provvederà a ricalcolare il Premio annuo dovuto per Assicurati non-fumatori per garantire il capitale assicurato determinato in base all'età dell'Assicurato. La Compagnia prenderà atto di tale passaggio di stato mediante Appendice indicando il nuovo Premio che sarà dovuto a partire dalla successiva ricorrenza annuale.

ART. 26 - ARBITRATO

In caso di controversie sull'indennizzabilità del sinistro, o sulla misura dell'indennità, le Parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle Condizioni Contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore, violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Rimane comunque salva per le Parti la possibilità di adire la competente autorità giudiziaria.

ART. 27 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI / PROVA DEL CONTRATTO

Tutte le comunicazioni previste dal contratto e dalla Legge, perché siano valide, devono essere fatte con lettera Raccomandata A.R. alla Direzione della Compagnia o direttamente all'intermediario, che ha distribuito la polizza, qualora egli sia abilitato a riceverle in base agli accordi esistenti con la Compagnia.

I rapporti contrattuali sono determinati esclusivamente dalla Polizza e dalle sue Appendici.

Per tutto quanto non è regolato dal contratto valgono le vigenti disposizioni di Legge.

ART. 28 RISCONTRO A RICHIESTE DI INFORMAZIONI

La Compagnia fornisce riscontro per iscritto ad ogni richiesta di informazioni presentata dal Contraente o dagli aventi diritto in merito al rapporto assicurativo entro 20 giorni dalla ricezione della richiesta.

Le richieste devono essere inoltrate per iscritto alla Compagnia:

MetLife Europe d.a.c. - Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Andrea Vesalio n. 6 - 00161 ROMA
Tel. 06.492161 - Fax 06.49216300

oppure

attraverso il sito web all'indirizzo www.metlife.it cliccando su **Assistenza Clienti**.

Al fine di ottemperare al meglio alle procedure interne di riscontro, il Contraente o gli aventi diritto dovranno inserire sul plico la seguente indicazione: "Oggetto: Richiesta di informazioni".

ART. 29 MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

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 innovazioni normative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai contraenti e/o assicurati, senza obbligo di effettuare alcuna altra comunicazione.

ART. 30 - 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 dell'Assicuratore, 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.**

L'Assicuratore 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 ritiene soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali l'Assicuratore 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 dall'Assicuratore
- 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. 31 PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile II comma, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Qualora i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti, entro il suddetto termine di prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

ART. 32 - LEGGE APPLICABILE E LINGUA DEL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana.

ART. 33- CONFLITTO D'INTERESSI

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, che commercializza il presente contratto, è società appartenente al gruppo MetLife Inc..

Il presente contratto non presenta situazioni di conflitto di interessi.

La Compagnia in ogni caso si impegna a non recare pregiudizio ai contraenti e ad ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

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

Condizioni di Assicurazione Complementare per il caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia

Questa garanzia è attiva solo se espressamente richiamata in polizza.

ART. 1 - DEFINIZIONE DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

Per Invalidità Totale e Permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, quale che fosse la professione esercitata e sempre che il grado di invalidità risulti superiore al 66%. In ogni caso l'invalidità deve essere causata da una malattia organica o lesione fisica oggettivamente accertabile e indipendente dalla volontà dell'Assicurato.

ART. 2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza un'Invalidità Totale e Permanente di grado superiore al 66% (come definita nel precedente Art.1), riconosciuta in corso di validità del contratto, la Compagnia effettua il pagamento all'Assicurato di un'indennità sotto forma di capitale.

L'assicurato può scegliere che il capitale sia costante ogni anno oppure decrescente annualmente di una quota pari al capitale inizialmente assicurato rapportato al numero degli anni di validità del contratto.

Eseguito il pagamento del capitale la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

ART. 3 - LIMITI DI ETÀ DELL'ASSICURATO

L'età dell'Assicurato è calcolata ad anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore o uguale a sei mesi e computando come anno intero quella superiore a sei mesi.

L'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto non deve essere inferiore a 18 anni e superiore a 64 anni. L'età dell'Assicurato alla scadenza del contratto non deve essere superiore ai 65 anni.

Raggiunto detto limite in corso di contratto, l'assicurazione si considera valida sino alla prima scadenza naturale, alla quale termina automaticamente senza possibilità di rinnovo.

ART. 4 - LIVELLO DELLE PRESTAZIONI

Il capitale assicurato per il caso di Invalidità Totale e Permanente è indicato in Polizza.

Il capitale assicurato della garanzia complementare per il caso di Invalidità Totale e Permanente può essere uguale o inferiore al capitale assicurato per la garanzia principale per il caso di Morte.

ART. 5 - DELIMITAZIONE DELLA GARANZIA / ESCLUSIONI

Ferma restando l'applicazione del periodo di carenza e le esclusioni della garanzia principale per il caso di Morte (Artt. 9 e 12 delle condizioni di assicurazione), da considerarsi applicabili anche alla presente garanzia complementare, è inoltre esclusa dalla copertura l'invalidità che sia causata o concausata da condizioni fisiche o patologiche preesistenti alla conclusione del contratto, nonché è esclusa l'invalidità causata da:

- infortuni e malattie correlati all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- trattamenti estetici (ad eccezione di quelli resi necessari da infortunio dell'Assicurato), cure dimagranti e dietetiche;
- volontario rifiuto di osservare le prescrizioni mediche;
- malattie del sistema nervoso, disturbi mentali, disturbi comportamentali, disturbi della personalità, disturbi dell'umore compresi anche gli stati paranoidi, le forme maniacodepressive e la schizofrenia;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o stato di incapacità di intendere o volere da esso procurato;
- malattie tropicali;
- uso e guida di mezzi subacquei;
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, a competizioni agonistiche e relative prove;
- pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob;
- partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- guerra (anche non dichiarata), insurrezioni o atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc);
- connessione con l'uso o la produzione di esplosivi;
- svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore, lavoro nel sottosuolo, attività subacquee, vigili del fuoco, attività a contatto con sostanze nocive e tossiche.

ART. 6 - RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE

La suddetta assicurazione complementare si risolve:

- in caso di risoluzione dell'assicurazione principale (assicurazione in caso di Morte);
- in caso di liquidazione del capitale assicurato per la garanzia Invalidità Totale e Permanente;
- alla scadenza dell'annualità di Polizza successiva al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato.

ART. 7 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ / PAGAMENTO DEL CAPITALE ASSICURATO

Sono indennizzabili ai fini della presente garanzia complementare solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio o della malattia indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti alla conclusione del contratto.

La Compagnia liquida il capitale assicurato previsto per il caso di Invalidità Totale e Permanente secondo le percentuali previste dalla Tabella ANIA che segue.

Il pagamento avverrà dopo che il sinistro sarà stato notificato corredato dalla seguente documentazione:

- relazione medica sulle cause dell'Invalidità Totale e Permanente redatta su apposito modulo;
- certificazione di invalidità rilasciata dall'INPS o altro organo preposto;
- documentazione presentata unitamente alla domanda di invalidità (originali di cartelle cliniche, accertamenti diagnostici, valutazioni funzionali ecc.);
- conferma di cessazione del rapporto di lavoro;
- ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Compagnia che sia stata richiesta formalmente all'Assicurato;
- eventuale rapporto di visita medica completa dei vari accertamenti da parte di un medico fiduciario della Compagnia.

ART. 8 - RICHIAMO ALLE CONDIZIONI DELL'ASSICURAZIONE PRINCIPALE

Per quanto non previsto dalle presenti "Condizioni di Assicurazione Complementare per il caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia" valgono - in quanto applicabili - le Condizioni di Assicurazione in caso di Morte (assicurazione principale) e le vigenti disposizioni di Legge.

TABELLA ANIA - INVALIDITÀ PERMANENTE

Tipologia di sinistro	Percentuale di invalidità permanente	
	Destro (%)	Sinistro(%)
Perdita totale di un arto superiore	70	60
Perdita della mano o di un avambraccio	60	50
Perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60	60
Perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50	50
Perdita di un piede	40	40
Perdita del pollice	18	16
Perdita di una falange del pollice	9	8
Perdita dell'indice	14	12
Perdita del mignolo	12	10
Perdita del medio	8	6
Perdita dell'anulare	8	6
Perdita di una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Perdita di un alluce	5	5
Perdita di una falange dell'alluce	2,5	2,5
Perdita di un altro dito del piede	3	3
Perdita di una falange di altro dito del piede	1	1
Sordità completa di un orecchio	10	10
Sordità completa di ambedue gli orecchi	40	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	25	25
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100	
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra cervicale	12	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra dorsale	5	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo della 12a vertebra dorsale	10	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra lombare	10	
Esiti di frattura del sacro	3	
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2	
Perdita anatomica di un rene	15	
Perdita anatomica della milza	10	

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

Glossario

Agli effetti del presente fascicolo informativo si intendono per:

APPENDICE: Documento che forma parte integrante della Polizza e che viene emesso unitamente o in seguito a questa per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia ed il Contraente.

ASSICURATO: Persona fisica sulla quale viene stipulato il contratto, che può coincidere o meno con il Contraente. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

BENEFICIARIO: Persona fisica o giuridica designata in Polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato (solo per il caso di Invalidità Totale e Permanente), e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

CARENZA: Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avviene in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE: Il documento che prova l'assicurazione.

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

CONFLITTO DI INTERESSI: Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello del Contraente.

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 Compagnia.

COSTI 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.

DIRITTO PROPRIO (DEL BENEFICIARIO): Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

GARANZIA COMPLEMENTARE: Garanzia per il caso di Invalidità Totale e Permanente eventualmente abbinata alla garanzia principale.

GARANZIA PRINCIPALE: Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario per il caso di Morte dell'Assicurato.

IVASS (GIÀ ISVAP): 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.

LETTERA DI CONFERMA: Lettera con la quale la Compagnia comunica al Contraente l'accettazione della Proposta di Assicurazione.

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione costituito dalla Proposta di Assicurazione e dalla Lettera di Conferma.

PREMIO ANNUO: Importo che il contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE: Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, e dall'Assicurato con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

RISERVA MATEMATICA: Importo che deve essere accantonato dalla Compagnia per fare fronte agli impegni nei confronti degli Assicurati assunti contrattualmente. La Legge impone alle Compagnie particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.

SINISTRO: Verificarsi dell'evento assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D. LGS. N. 196/2003)

Gentile Cliente,

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

I. direttamente da lei;

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

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

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

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

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

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

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

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

Alcuni suoi dati potranno essere comunicati a: (i) soggetti facenti parte della nostra rete di vendita; (ii) società di Nostra fiducia, anche situate all'estero in Paesi appartenenti all'Unione Europea che svolgono per Nostro conto attività e servizi strettamente connessi alla vendita ed alla gestione di prodotti assicurativi e che utilizzeranno i suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento. In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); call center; legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia; società di amministrazione del portafoglio, studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza, nonché società di servizio cui siano eventualmente affidate: la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; la gestione dei servizi e dei sistemi informatici; l'archiviazione della documentazione relativa ai rapporti contrattuali; attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; (iii) enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge (es. obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ANIA, IVASS, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni. Taluni suoi dati potrebbero, inoltre, essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti necessario per esigenze connesse alla gestione delle obbligazioni contrattuali oltre che per l'elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri e per la condivisione di informazioni connesse alla gestione del contenzioso inerente la polizza stessa o eventuali sinistri. Inoltre, per le suddette finalità, i dati personali relativi al soggetto interessato potranno essere comunicati e trasferiti alle società facenti parte del gruppo MetLife o a loro fornitori, anche fuori dal territorio dell'Unione Europea ed, in particolare, negli Stati Uniti. Relativamente al trasferimento dei dati all'estero, il Titolare garantisce al soggetto interessato la tutela e la modalità di trattamento accordata dalla legge italiana anche nei paesi terzi ove i dati vengono trasferiti.

L'elenco completo ed aggiornato dei soggetti a cui i dati potrebbero essere comunicati è disponibile presso la sede della Nostra Società. La invitiamo, pertanto, a prestare alla Nostra Società, attraverso modalità tradizionali o automatizzate, il consenso al trattamento dei suoi dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte nonché al loro trasferimento verso paesi non appartenenti alla UE, ove l'esecuzione del contratto dovesse richiederlo.

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

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

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

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

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

Il presente Contratto viene stipulato con il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato.

Nel caso in cui il contratto venga stipulato senza l'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica si rinvia all'Art. 12 delle Condizioni di Assicurazione "Periodo di carenza della garanzia".

Nel caso di capitali assicurati superiori a Euro 500.000,00 la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere la compilazione di appositi Questionari Finanziari.

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio, la Compagnia si riserva la facoltà di:

- richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari, ovvero
- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di specifici rischi, ovvero
- rifiutare l'assunzione del rischio.

La Compagnia comunicherà al Contraente gli eventuali sovrappremi applicati o il rifiuto del rischio.

Indipendentemente dall'età dell'Assicurato e dall'importo di capitale assicurato la Compagnia si riserva di valutare il rischio derivante dall'esercizio di attività professionali e sport amatoriali e/o professionali solo dietro compilazione degli appositi questionari specifici sulle attività svolte.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il Contratto viene assunto dalla Compagnia con modalità diverse a seconda dell'età dell'Assicurato alla data di decorrenza delle coperture assicurative e del Capitale assicurato.

Si rende noto che gli eventuali originali delle visite mediche e degli esami clinici forniti alla Compagnia, vengono da essa trattenuti a titolo definitivo poiché diventano parte integrante del contratto di Assicurazione.

Qui di seguito l'elenco degli accertamenti sanitari richiesti:

DICHIARAZIONI

Il Contraente DICHIARA di aver ricevuto dalla Compagnia l'originale della presente Proposta di Assicurazione e di aver ricevuto e preso conoscenza del Fascicolo Informativo Mod. NPREF08 Ed. 09/2013 contenente:

- Nota Informativa
- Condizioni di Assicurazione
- Glossario
- Fac-simile Proposta di Assicurazione
- Fac-simile Certificato di Assicurazione

Luogo	Data	Firma del Contraente
		X

Il Contraente: DICHIARA di essere consapevole che l'art. 1924 del Codice Civile lo obbliga al pagamento del premio relativo al primo anno di assicurazione.

L'Assicurato:

DICHIARA il proprio consenso alla conclusione del contratto; RICONOSCE che le notizie e i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Compagnia e che eventuali dichiarazioni che alterino la realtà dei fatti possono invalidare il contratto;

PROSCIOGLIE dal segreto professionale e legale i medici che possono o potranno averlo curato e/o visitato, nonché altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali la Compagnia, anche dopo l'eventuale sinistro, credesse di rivolgersi per informazioni.

Il Contraente e l'Assicurato con l'apposizione delle rispettive firme in calce, RICONOSCONO:

- che tutte le dichiarazioni ed informazioni rese nella presente Proposta di Assicurazione - anche se materialmente scritte da altri - sono verifere ed esatte e che non è stata tacita, omessa o alterata alcuna circostanza (art. 1892 - 1893 Codice Civile);
- che la decisione sull'accettazione della Proposta di Assicurazione presentata spetta unicamente alla Compagnia che, qualora fosse costretta ad applicare condizioni aggravate o restrittive oppure rinviare o rifiutare l'assicurazione proposta, non è tenuta ad indicarne i motivi; in ogni caso la Proposta di Assicurazione, con tutti i relativi allegati, rimane presso la Compagnia stessa e l'originale della documentazione medica viene restituito all'Assicurato;
- che la copertura assicurativa sarà operante dal giorno di decorrenza comunicata al Contraente (Assicurato) fermo restando che, qualora il pagamento della prima rata di premio sia effettuato in una data successiva, l'entrata in vigore delle coperture assicurative sarà quello della data di pagamento.

La Compagnia comunicherà il proprio obbligo, con le condizioni di accettazione del rischio, tramite la Lettera di Conferma.

Il Contraente, su richiesta scritta, può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui ha ricevuto la Lettera di Conferma.

La Compagnia, nei trenta giorni successivi al ricevimento della richiesta di recesso, provvederà alla restituzione del Premio, eventualmente pagato dal Contraente, al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

La presente Proposta di Assicurazione è annullabile su esplicita richiesta del Contraente.

Luogo	Data	Firma dell'Assicurato	Firma del Contraente
		X	X

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Il Contraente dichiara inoltre di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo Mod. NPREF08 Ed. 09/2013 e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - i seguenti articoli delle:

Condizioni di Assicurazione: Art. 3. Limiti di età dell'Assicurato; Art. 4. Durata del contratto; Art. 6. Decorrenza della copertura assicurativa; Art. 7. Entrata in vigore delle coperture assicurative; Art. 8. Dichiarazioni del Contraente/Assicurato; Art. 9. Rischio di morte - Esclusioni; Art. 12. Periodo di carenza della garanzia; Art. 14. Sospensione del pagamento dei premi e riattivazione; Art. 19. Pagamento delle prestazioni; Art. 22. Definizione di Non-Fumatore e di Fumatore; Art. 23. Modifica dello stato di Non-Fumatore o di Fumatore; Art. 24. Passaggio di stato da Non-Fumatore a Fumatore; Art. 25. Passaggio di stato da Fumatore a Non-Fumatore; Art. 26. Arbitrato; art. 27. Forma delle Comunicazioni / Prova del Contratto.

Condizioni di Assicurazione Complementare per il caso invalidità totale e Permanente da infortunio o Malattia: Art. 3. Limiti di età dell'Assicurato; Art. 5. Delimitazione della Garanzia / Esclusioni; Art. 6. Risoluzione dell'Assicurazione Complementare; Art. 7. Criteri di Indennizzabilità / Pagamento del Capitale Assicurato.

Luogo	Data	Firma del Contraente
		X

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gli Interessi (Contraente/Assicurato) avendo preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, contenuta nelle Condizioni di Assicurazione, ai sensi della normativa sulla privacy (d.lgs. 196/2003) acconsentono/iamo al trattamento dei propri dati personali anche sensibili da parte di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa.

Luogo	Data	Firma dell'Assicurato	Firma del Contraente
		X	X

Accanto inoltre all'utilizzo dei miei dati personali da parte di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, anche mediante i soggetti indicati nell'informativa, per la realizzazione di rilevazioni sulla qualità dei servizi resi e per iniziative di informazione e promozione su prodotti e servizi assicurativi anche per telefono, fax o e-mail.

SI NO

SI NO

Luogo	Data	Firma dell'Assicurato	Firma del Contraente
		X	X

ANNO	RICORRENZA ANNUALE DI POLIZZA	CAPITALE ASSICURATO CASO MORTE	CAPITALE ASSICURATO CASO INV. TOT. E PERM.	PREMIO ANNUO NETTO	PREMIO NETTO DI RATA	COSTI DI FRAZIONAMENTO	PREMIO LORDO DI RATA
29	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
30	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
31	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
32	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
33	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
34	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
35	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
36	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
37	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
38	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
39	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
40	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
41	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
42	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
43	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
44	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
45	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
46	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
47	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
48	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
49	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
50	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
51	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
52	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
53	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
54	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
55	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
56	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
57	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Luogo _____ Data _____ Firma del Contraente

TABELLA CAPITALE ASSICURATO PER CIASCUNA GARANZIA E RELATIVI PREMI (ESPRESI IN EURO) ALLA DATA DI DECORRENZA E ALLE SUCCESSIVE RICORRENZE ANNUALI DI POLIZZA IN CASO DI EVENTUALI TACITI RINNOVI.

ANNO	RICORRENZA ANNUALE DI POLIZZA	CAPITALE ASSICURATO CASO MORTE	CAPITALE ASSICURATO CASO INV. TOT. E PERM.	PREMIO ANNUO NETTO	PREMIO NETTO DI RATA	COSTI DI FRAZIONAMENTO	PREMIO LORDO DI RATA
1	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
18	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
20	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
21	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
22	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
26	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
27	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
28	gg/mm/aaaa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

I dati contenuti nel Modulo di Proposta di Assicurazione sono stati aggiornati in data 19.07.2016