# Foglio Informativo

Prestipay - Set Informativo CL25236

**DATI E QUALIFICA DEL SOGGETTO CHE ENTRA IN RAPPORTO CON IL CLIENTE**

(Banca incaricata dell'offerta)

Banca Centro Emilia
Via Statale, 39 - 44042 Corporeno (FE)
Tel. 051.972711 - Fax 051.972246
Email: email@bancacentroemilia.it - PEC segreteria@postacer.bancacentroemilia.it
Sito internet: www.bancacentroemilia.it
Registro delle Imprese della CCIAA di Ferrara n. 01402600389
Iscritta all'Albo della Banca d'Italia n. 5352 - cod. ABI 08509.2
Iscritta all'Albo delle società cooperative n. A112765
Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Cassa Centrale Banca – Credito Cooperativo Italiano S.p.A.
Aderente al Fondo di Garanzia dei Depositanti del Credito Cooperativo e al Fondo di Garanzia degli Obbligazionisti del Credito Cooperativo

**ONERI AGGIUNTIVI E COSTI DERIVANTI DALL'OFFERTA**

La commercializzazione del prodotto da parte della Banca non comporta l'addebito di alcun onere e/o costo aggiuntivo.

**LUOGO OVE AVVIENE L'OFFERTA**

L'offerta del prodotto avviene nei locali della Banca.

MetLife

## Set informativo

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

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

### Contratto di assicurazione Creditor Protection Insurance

**Convenzione assicurativa n. CL/26/236 stipulata da Prestipay Spa con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia e MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia**

**I documenti che compongono il Set informativo sono i seguenti:**

- **DIP Vita - Documento informativo precontrattuale vita**
- **DIP Danni - Documento informativo precontrattuale danni**
- **DIP aggiuntivo Multirischi - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo multirischi**
- **Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario e dell'Informativa Privacy**
- **Facsimile del Modulo di adesione al Programma Assicurativo**

### Informazione importante

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

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

**MetLife Europe d.a.c**. è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 415123. Amministratori: Carmina Dragomir (cittadina romena), Deirdre Flannery (cittadina irlandese), Nuria Garcia (cittadina spagnola), Nick Hayter (cittadino inglese), Merilee Matchett (cittadina australiana), Cyrille Roux (cittadino francese), Tony O'Riordan (cittadino irlandese).
**Sede secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c.**, Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Direzione generale, Via Olona n. 2, 20123 Milano, Codice fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Roma n. 12083481007, REA n. 1348910, abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. I.00110 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicurative.

**MetLife Europe Insurance d.a.c.** è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 472350. Amministratori: Carmina Dragomir (cittadina romena), Deirdre Flannery (cittadina irlandese), Nuria Garcia (cittadina spagnola), Nick Hayter (cittadino inglese), Merilee Matchett (cittadina australiana), Cyrille Roux (cittadino francese), Tony O'Riordan (cittadino irlandese).
**Sede secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe Insurance d.a.c.,** Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Direzione Generale, Via Olona n. 2, 20123 Milano, Codice fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Roma n. 12083681002, REA n. 1348921, abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. I.00109 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicurative.

# Assicurazione Creditor Protection Insurance

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

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

**Prodotto: CL/26/236**

**Questo documento è stato realizzato in data 01/04/2026 ed è l'ultimo disponibile**

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

## Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza **connessa al finanziamento** - nota sul mercato come Creditor Protection Insurance (CPI) o Payment Protection Insurance (PPI) - che rimane in vigore per tutta la durata del medesimo. Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la polizza cessa, salvo diversa richiesta dell'assicurato. La polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il finanziamento.
La polizza è offerta da Prestipay S.p.A., in qualità di contraente della convenzione collettiva n. CL/26/236, ai propri clienti che hanno sottoscritto un finanziamento e ha lo scopo di proteggere l'assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona e limitare la capacità di rimborso del finanziamento.

## Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

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

✓ **Decesso** per qualsiasi causa

Somma assicurata: il capitale iniziale del finanziamento, fino a € 75.000,00.
L'impresa paga la somma assicurata se l'assicurato muore per qualsiasi causa.

## Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

✗ non soddisfano i requisiti di assicurabilità indicati nella sezione *"A chi è rivolto questo prodotto?"* contenuta nel DIP aggiuntivo Multirischi;
✗ sono portatrici di invalidità/inabilità permanente superiore al 33% riconosciuta da INPS, INAIL o altro ente pubblico preposto;
✗ sono inserite nelle liste sanzionatorie internazionali o a contrasto del finanziamento del terrorismo o hanno legami con soggetti inseriti in queste liste;
✗ hanno legami con Paesi sotto embargo o considerati a rischio dalla normativa antiriciclaggio o di contrasto dell'evasione fiscale internazionale.

## Ci sono limiti di copertura?

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

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

! È inoltre escluso il suicidio dell'assicurato accaduto nel primo anno successivo alla data di adesione alla polizza.

## Dove vale la copertura?

✓ La garanzia è valida senza limiti territoriali.

## Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
- In caso di decesso dell'assicurato, il beneficiario ha il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto all'Impresa, per il tramite dell'Istituto di credito presso cui è stata acquistata la polizza, presentando la seguente documentazione:
  - Certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza
  - Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento, in caso di decesso a seguito di Infortunio
  - Certificato di morte *(solo per finanziamenti con capitale iniziale superiore a € 30.000,00)*
  - Cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia, in caso di decesso a seguito di malattia *(solo per finanziamenti con capitale iniziale superiore a € 30.000,00)*

  Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:
  - Verbale redatto dalle autorità intervenute
  - Certificato autoptico
  - Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico
- Hai il dovere di comunicare all'Impresa ed aggiornare ogni dato, informazione e/o documento (compreso ogni elemento relativo al reddito, al patrimonio e all'origine dei fondi) utile o richiesto dall'Impresa per effettuare la valutazione di assenza di rischi di riciclaggio e/o di finanziamento di terrorismo prevista dalle disposizioni vigenti.

## Quando e come devo pagare?

Il premio è unico ed è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'assicurato, al suo stato di salute ed alle attività professionali svolte. Il premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima all'Impresa in via anticipata ed in un'unica soluzione.

## Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa può essere abbinata a finanziamenti con durata fino a 110 mesi.

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

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

La copertura assicurativa inizia alle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento superiore a 184 giorni, alle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, a condizione che il premio sia pagato.
La copertura assicurativa rimane in vigore per tutta la durata del piano di rimborso del finanziamento, fino ad un massimo di 110 mesi.

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

In caso di ripensamento, hai diritto di recedere dal contratto (comprensivo sia della garanzia vita che delle garanzie danni) mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera, da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** indirizzata all'Impresa presso la Contraente Prestipay S.p.A. Via Verzegnis, 15 - 33100 Udine, pec: servizio.clienti@pec.prestipay.it, **entro 60 giorni** dalla data di decorrenza della polizza. In questo caso hai diritto di ottenere - entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso - il rimborso del premio al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale la polizza ha avuto effetto oppure, a tua scelta, la riduzione proporzionale dell'importo della rata del finanziamento o la riduzione della durata dello stesso.

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

## Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

# Assicurazione Creditor Protection Insurance

**Documento informativo relativo al prodotto assicurativo**
**(DIP Danni)**

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

**Prodotto:**
**CL/26/236**

**Questo documento è stato realizzato in data 01/04/2026 ed è l'ultimo disponibile**

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

## Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza **connessa al finanziamento** - nota sul mercato come Creditor Protection Insurance (CPI) o Payment Protection Insurance (PPI) - che rimane in vigore per tutta la durata del medesimo. Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la polizza cessa, salvo diversa richiesta dell'Assicurato. La polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il finanziamento.
La polizza è offerta da Prestipay S.p.A., in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. CL/26/236, ai propri clienti che hanno sottoscritto un finanziamento e ha lo scopo di proteggere l'Assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona e limitare la capacità di rimborso del finanziamento.

## Che cosa è assicurato?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

**PACCHETTO A – riservato ai lavoratori dipendenti privati**

- ✓ **Invalidità Permanente Totale** pari o superiore al 60% da infortunio o malattia
  Somma assicurata: il capitale iniziale del finanziamento, fino a € 75.000,00. La compagnia paga la somma assicurata se l'assicurato ha un infortunio o una malattia che causa un'invalidità permanente totale pari o superiore al 60%.
- ✓ **Perdita Involontaria di Impiego** a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo
  Somma assicurata: la media delle 6 rate mensili del finanziamento precedenti la data del sinistro.
  La compagnia paga la somma assicurata per ogni rata mensile del finanziamento che scade nel periodo di inattività lavorativa dopo la franchigia, in sostituzione delle rate previste dal piano di rimborso del finanziamento, se l'assicurato perde il lavoro a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo (legge n. 604/1966 art. 3).
  La somma assicurata viene pagata fino a € 3.000 al mese per 12 mensilità.
- ✓ **Ricovero Ospedaliero** da infortunio o malattia
  Somma assicurata: la media delle 6 rate mensili del finanziamento precedenti la data del sinistro.
  La compagnia paga la somma assicurata ogni 30 giorni, a partire dal 4° giorno di ricovero ospedaliero, per l'intero periodo di degenza, se l'assicurato ha un infortunio o una malattia che causa un ricovero ospedaliero.
  La somma assicurata viene pagata fino a € 3.000 al mese per 6 mensilità consecutive per sinistro e 12 mensilità complessive per contratto.
- ✓ **Momenti Felici**
  Somma assicurata: € 500,00 per evento. La compagnia paga la somma assicurata in caso di matrimonio, nascita di un figlio o adozione di un minore da parte dell'assicurato, fino a 2 eventi.

**PACCHETTO B – riservato ai lavoratori dipendenti privati che non possono aderire al pacchetto A, dipendenti pubblici, autonomi, domestici e non lavoratori**

- ✓ **Invalidità Permanente Totale** pari o superiore al 60% da infortunio o malattia
  Somma assicurata: il capitale iniziale del finanziamento, fino a € 75.000,00. La compagnia paga la somma assicurata se l'assicurato ha un infortunio o una malattia che causa un'invalidità permanente totale pari o superiore al 60%.
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale** da infortunio o malattia
  Somma assicurata: la media delle 6 rate mensili del finanziamento precedenti la data del sinistro.
  La compagnia paga la somma assicurata per ogni rata mensile del finanziamento che scade nel periodo di inabilità temporanea totale dopo la franchigia, in sostituzione delle rate previste dal piano di rimborso del finanziamento, se l'assicurato ha un infortunio o una malattia che causa un'inabilità temporanea totale.
  La somma assicurata viene pagata fino a € 3.000 al mese per 12 mensilità.
- ✓ **Ricovero Ospedaliero** da infortunio o malattia
  Somma assicurata: la media delle 6 rate mensili del finanziamento precedenti la data del sinistro.
  La compagnia paga la somma assicurata ogni 30 giorni, a partire dal 4° giorno di ricovero ospedaliero, per l'intero periodo di degenza, se l'assicurato ha un infortunio o una malattia che causa un ricovero ospedaliero.
  La somma assicurata viene pagata fino a € 3.000,00 al mese per 6 mensilità consecutive per sinistro e 12 mensilità complessive per contratto.
- ✓ **Momenti Felici**
  Somma assicurata: € 500,00 per evento. La compagnia paga la somma assicurata in caso di matrimonio, nascita di un figlio o adozione di un minore da parte dell'assicurato, fino a 2 eventi.

## Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ non soddisfano i requisiti di assicurabilità indicati nella sezione *"A chi è rivolto questo prodotto?"* contenuta nel DIP aggiuntivo Multirischi;
- ✗ sono portatrici di invalidità/inabilità permanente superiore al 33% riconosciuta da INPS, INAIL o altro ente pubblico preposto;
- ✗ sono inserite nelle liste sanzionatorie internazionali o a contrasto del finanziamento del terrorismo o hanno legami con soggetti inseriti in queste liste;
- ✗ hanno legami con Paesi sotto embargo o considerati a rischio dalla normativa antiriciclaggio o di contrasto dell'evasione fiscale internazionale.

## Ci sono limiti di copertura?

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

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

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

- ! un periodo di franchigia assoluta di 30 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di inabilità temporanea totale.
- ! le dimissioni e le risoluzioni consensuali del contratto di lavoro;

**Per la garanzia Ricovero Ospedaliero** è inoltre previsto:

- un periodo di franchigia assoluta di 3 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di ricovero.

Sono inoltre esclusi:

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

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

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

Sono inoltre esclusi:

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

**Per la garanzia Momenti Felici** è previsto:

- un periodo di carenza di 365 giorni consecutivi a partire dalla data di inizio della polizza.

Non sono inoltre garantiti:

- i matrimoni successivi al primo celebrati nel periodo di vigenza della polizza.

## Dove vale la copertura?

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

## Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
- In caso di sinistro, hai il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto alla Compagnia, per il tramite dell'Istituto di credito presso cui è stata acquistata la polizza, presentando i seguenti documenti distinti per garanzia:
  - **Invalidità permanente totale pari o superiore al 60% a seguito di infortunio o malattia**
    - Accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico
    - Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento, in caso di invalidità a seguito di infortunio
    - Cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia, in caso di invalidità a seguito di malattia (solo per finanziamenti con Capitale *iniziale superiore a € 30.000,00)*

    Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:
    - Verbale redatto dalle autorità intervenute
  - **Perdita involontaria d'impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo**
    - Lettera di licenziamento
    - Ultime due buste paga
    - Certificazione attestante il totale delle ore lavorative effettuate settimanalmente
    - Scheda anagrafico-professionale o modello C/2 storico rilasciato dal centro per l'impiego attestante il periodo di disoccupazione
  - **Inabilità Temporanea Totale a seguito di infortunio o malattia**
    - Certificazione medica attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale
    - Certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale, in caso di inabilità a seguito di Infortunio sul lavoro
    - Dichiarazione del datore di lavoro attestante l'inizio e la fine dell'inabilità lavorativa, per i lavoratori dipendenti
    - Certificato della Camera di Commercio relativo all'attività lavorativa, per i lavoratori autonomi (solo per finanziamenti con Capitale iniziale superiore a € 30.000,00)

    Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:
    - Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
    - Cartella clinica relativa al ricovero
    - Verbale redatto dalle autorità intervenute
    - Eventuale ulteriore documentazione medico-ospedaliera attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale
  - **Ricovero Ospedaliero a seguito di infortunio o malattia**
    - Cartella clinica relativa al ricovero
  - **Momenti Felici**
    - In caso di matrimonio civile, certificato di matrimonio
    - In caso di nascita di un figlio, certificato di nascita con indicazione di maternità e paternità
    - In caso di adozione di minore, attestazione del tribunale di completato processo di adozione
- Hai il dovere di comunicare alla Compagnia ed aggiornare ogni dato, informazione e/o documento (compreso ogni elemento relativo al reddito, al patrimonio e all'origine dei fondi) utile o richiesto dalla Compagnia per effettuare la valutazione di assenza di rischi di riciclaggio e/o di finanziamento di terrorismo prevista dalle disposizioni vigenti.

## Quando e come devo pagare?

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

## Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa inizia alle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento superiore a 184 giorni, alle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, a condizione che il premio sia pagato. La copertura assicurativa rimane in vigore per tutta la durata del piano di rimborso del finanziamento, fino ad un massimo di 110 mesi.

## Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento, hai diritto di recedere dal contratto (comprensivo sia della garanzia vita che delle garanzie danni) mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera, da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** indirizzata alla Compagnia presso la Contraente Prestipay S.p.A. Via Verzegnis, 15 - 33100 Udine, pec: servizio.clienti@pec.prestipay.it, **entro 60 giorni** dalla data di decorrenza della polizza. In questo caso hai diritto di ottenere - entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso - il rimborso del premio al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale la polizza ha avuto effetto oppure, a tua scelta, la riduzione proporzionale dell'importo della rata del finanziamento o la riduzione della durata dello stesso. A partire dall'inizio del quinto anno, hai inoltre diritto di recedere senza alcun onere e con effetto a decorrere dall'inizio dell'annualità successiva a quella in cui viene esercitato il recesso. In questo caso avrai diritto alla restituzione del premio al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale la polizza ha avuto effetto.

# Assicurazione Creditor Protection Insurance

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

MetLife

**Prodotto: CL/26/236**

**Questo documento è stato realizzato in data 01/04/2026 ed è l'ultimo disponibile**

## Scopo

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

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

## Società

**MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia**, iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero I.00110, con Sede in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma | tel. 06.492161 | sito internet: www.metlife.it | pec: mel-italia@legalmail.it.

MetLife Europe d.a.c. è una società di capitali del gruppo Metropolitan Life Insurance Inc. (MetLife) costituita in Irlanda ed iscritta al Registro delle Imprese Irlandese (numero di iscrizione 415123) avente Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. MetLife Europe d.a.c. è autorizzata dalla Central Bank of Ireland (numero di riferimento C42062) ad esercitare l'attività assicurativa nei rami vita I, III, IV e V e nei rami danni 1 e 2, così come definiti dal d.lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private). Il contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma, tel. 06.492161, fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa.
MetLife Europe d.a.c. è iscritta nell'elenco delle imprese di assicurazioni ammesse da IVASS ad operare in Italia in regime di stabilimento (numero di iscrizione I.00110) ed è soggetta alla vigilanza dalla Central Bank of Ireland.

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. al 31 dicembre 2024 è pari a € 926.834.000 e comprende capitale sociale emesso pari a € 4.379.000, rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000, suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1 ciascuna, di cui 4.379.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 922.455.000. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c. è pari al 161%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 673.000.000 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 1.085.000.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 303.000.000. Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito http://www.metlife.eu/financial-reports/.

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

MetLife Europe Insurance d.a.c. è una società di capitali costituita in Irlanda ed iscritta al registro delle imprese istituito presso l'ufficio del Registro delle Imprese Irlandese, con numero di iscrizione 472350, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. MetLife Europe Insurance d.a.c. è autorizzata dalla Central Bank of Ireland (numero di riferimento C89732) ad esercitare l'attività assicurativa nei rami danni 1, 2, 8, 9, 14, 16 e 18 così come definiti dal D.lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private). Il contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe Insurance d.a.c. iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083681002) ed avente Sede in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma, tel. 06.492161, fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa.
MetLife Europe Insurance d.a.c. è iscritta nell'elenco delle imprese di assicurazioni ammesse da IVASS ad operare in Italia in regime di stabilimento (numero di iscrizione I.00109) ed è soggetta alla vigilanza dalla Central Bank of Ireland.

Il patrimonio netto di MetLife Europe Insurance d.a.c. al 31 dicembre 2024 è pari a € 39.019.000 e comprende capitale sociale emesso pari a € 2.048.000, rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000, suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1 ciascuna, di cui 2.048.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 36.970.000. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe Insurance d.a.c. è pari al 264%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 16.275.000 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 42.938.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 4.069.000,00. Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito http://www.metlife.eu/financial-reports/.

Al contratto si applica la legge italiana.

## Prodotto

### Che cosa è assicurato?

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

### Che cosa NON è assicurato?

| | |
|---|---|
| **Rischi esclusi** | Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e nel DIP Danni. |

### Ci sono limiti di copertura?

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

## A chi è rivolto questo prodotto?

| PACCHETTO A | PACCHETTO B |
|---|---|
| Il Pacchetto A è riservato ai **lavoratori dipendenti privati:**<br>▪ con contratto a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana;<br>▪ che abbiano maturato un'anzianità di almeno 12 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro;<br>▪ che non lavorino presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado.<br>Sono assicurabili le persone che:<br>▪ al momento dell'adesione alla polizza:<br>- siano residenti in Italia;<br>- siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;<br>- abbiano sottoscritto un finanziamento con la contraente;<br>- abbiano un'età compresa tra 18 e 75 anni;<br>▪ al termine della polizza, non abbiano ancora compiuto 76 anni. | Il Pacchetto B è riservato a:<br>▪ **lavoratori dipendenti privati che non hanno i requisiti per aderire al Pacchetto A;**<br>▪ **lavoratori dipendenti pubblici;**<br>▪ **lavoratori autonomi;**<br>▪ **lavoratori domestici;**<br>▪ **non lavoratori.**<br>Sono assicurabili le persone che:<br>▪ al momento dell'adesione alla polizza:<br>- siano residenti in Italia;<br>- siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;<br>- abbiano sottoscritto un finanziamento con la contraente;<br>- abbiano un'età compresa tra 18 e 75 anni;<br>▪ al termine della polizza, non abbiano ancora compiuto 76 anni. |

## Quali costi devo sostenere?

| **Costi gravanti sul premio** | |
|---|---|
| Costo complessivo per emissione, gestione e acquisizione del contratto: | 72,00% del premio netto imposte - include il costo di intermediazione pari al 46,00% del premio netto imposte |
| **Altri costi (costi PPI)** | |
| Spese amministrative per il rimborso del premio:<br>▪ € 40,00, in caso di estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento;<br>▪ € 20,00, in caso di cessazione della garanzia Perdita Involontaria di Impiego. | |

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

| | |
|---|---|
| **All'Impresa assicuratrice** | Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a mezzo posta, telefax o e-mail alla funzione Ufficio Reclami dell'Impresa, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati:<br>**METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI**<br>Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma \| Tel. 06.492161 \| Fax 06.49216300 \| Indirizzo e-mail: reclami@metlife.it<br>Il reclamante potrà presentare reclamo all'Impresa anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti".<br>Il reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie. |
| **All'IVASS** | In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.<br>In ogni caso, resta salva la facoltà di proporre il reclamo nei confronti dell'Autorità di Vigilanza dello Stato membro di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c. e MetLife Europe Insurance d.a.c. al seguente indirizzo: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland oppure Irish Financial Services Ombudsman, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Tel: +353 1 6620899, Fax: +353 1 6620890. |
| **PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:** | |
| **Arbitro assicurativo** | Presentando ricorso all'Arbitro assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Per le controversie relative ai contratti assicurativi, prima di ricorrere all'Autorità giudiziaria è obbligatorio presentare ricorso all'Arbitro assicurativo o effettuare il tentativo di Mediazione. |
| **Mediazione** | Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Per le controversie relative ai contratti assicurativi, prima di ricorrere all'Autorità giudiziaria è obbligatorio effettuare il tentativo di Mediazione o presentare ricorso all'Arbitro assicurativo. |
| **Negoziazione assistita** | Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. |
| **Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie** | Per 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). |

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

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

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

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Polizza Creditor Protection Insurance - Convenzione assicurativa n. CL/26/236 stipulata da Prestipay Spa con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia e MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia**

**Questo documento è stato realizzato in data 01/04/2026 ed è l'ultimo disponibile**

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

## INDICE


GLOSSARIO ..... 2
SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI ..... 3
Art. 1 – Caratteristiche del prodotto ..... 3
Art. 2 – Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo ..... 3
2.1 – Formalità di assunzione del rischio e modalità di perfezionamento del Contratto ..... 3
2.2 – Decorrenza e durata del Programma Assicurativo ..... 4
2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo ..... 4
2.4 – Estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento ..... 4
2.5 – Recesso ..... 5
Art. 3 – Premio assicurativo ..... 6
3.1 – Premio ..... 6
3.2 – Modalità di pagamento del Premio ..... 6
Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti ..... 6
4.1 – Dichiarazioni richieste per la valutazione del rischio ..... 6
4.2 – Dichiarazioni richieste dalla Normativa antiriciclaggio ..... 6
Art. 5 – Legge applicabile ..... 6
Art. 6 – Prescrizione ..... 6
Art. 7 – Foro competente / Arbitro Assicurativo / Procedimento di mediazione ..... 6
Art. 8 – Valuta ..... 6
SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO ..... 7
Art. 9 – Programma Assicurativo ..... 7
Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie ..... 7
Art. 11 – Persone assicurabili ..... 7
Art. 12 – Limitazioni valide per tutte le garanzie ..... 7
SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO – PACCHETTO A ..... 8
Art. 13 – Decesso per qualsiasi causa ..... 8
13.1 – Oggetto della garanzia ..... 8
13.2 – Esclusioni ..... 8
13.3 – Prestazione massima ..... 8
Art. 14 – Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia ..... 8
14.1 – Oggetto della garanzia ..... 8
14.2 – Esclusioni ..... 8
14.3 – Prestazione massima ..... 8
Art. 15 – Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo ..... 9
15.1 – Oggetto della garanzia ..... 9
15.2 – Esclusioni ..... 9
15.3 – Prestazione massima ..... 9
15.4 – Carenza ..... 9
15.5 – Franchigia ..... 10
15.6 – Variazione della condizione lavorativa ..... 10
Art. 16 – Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia ..... 10
16.1 – Oggetto della garanzia ..... 10
16.2 – Esclusioni ..... 11
16.3 – Prestazione massima ..... 11
16.4 – Franchigia ..... 11
Art. 17 – Momenti Felici ..... 11
17.1 – Oggetto della garanzia ..... 11
17.2 – Esclusioni ..... 11
17.3 – Carenza ..... 12
SEZIONE IV – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO – PACCHETTO B ..... 12
Art. 18 – Decesso per qualsiasi causa ..... 12
18.1 – Oggetto della garanzia ..... 12
18.2 – Esclusioni ..... 12
18.3– Prestazione massima ..... 12
Art. 19 – Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia ..... 12
19.1 – Oggetto della garanzia ..... 12
19.2 – Esclusioni ..... 12
19.3 – Prestazione massima ..... 12
Art. 20 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia ..... 13

20.1 – Oggetto della garanzia ..... 13
20.2 – Esclusioni ..... 13
20.3 – Prestazione massima ..... 13
20.4 – Franchigia ..... 13
Art. 21 – Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia ..... 13
21.1 – Oggetto della garanzia ..... 13
21.2 – Esclusioni ..... 14
21.3 – Prestazione massima ..... 14
21.4 – Franchigia ..... 14
Art. 22 – Momenti Felici ..... 14
22.1 – Oggetto della garanzia ..... 14
22.2 – Esclusioni ..... 15
22.3 – Carenza ..... 15
SEZIONE V – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO ..... 15
Art. 23 – Denuncia di Sinistro ..... 15
Art. 24 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro ..... 15
Art. 25 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro ..... 16
SEZIONE VI – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI ..... 16
Art. 26 – Richiesta di Informazioni ..... 16
Art. 27 – Reclami ..... 16
27.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni ..... 16
27.2 – Reclami all'Intermediario ..... 16
27.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza ..... 16
INFORMATIVA PRIVACY ..... 17

# GLOSSARIO

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

**Agente (o Agenzia):** Assicura Agenzia S.r.l. con sede legale in Via Verzegnis, 15 - 33100 Udine, iscritta alla Sezione A del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. A000200008, in data 05/09/2007.

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

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

**Beneficiario:**

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

**Capitale finanziato:** l'importo del finanziamento comprensivo del Premio.

**Capitale iniziale:** l'importo del finanziamento al netto del Premio.

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

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

**Compagnia:**

- per le garanzie Decesso, Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma - Tel. 06.492161 - Fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare la Compagnia;
- per le garanzie Perdita Involontaria di Impiego e Momenti Felici, MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma - Tel. 06.492161 - Fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare la Compagnia.

**Contraente:** Prestipay S.p.A. con sede legale in Via Verzegnis, 15 - 33100 Udine, iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000650943, in data 03/03/2020.

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

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

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

**Esclusioni:** i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

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

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

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

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

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

**Istituto di credito:** soggetto iscritto alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, che è incaricato della distribuzione della Polizza.

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

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

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

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

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

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

**Opzione Cambio Piano:** opzione che permette all'Assicurato di modificare l'importo della rata e la durata residua del finanziamento; l'opzione può essere esercitata una volta per annualità assicurativa, calcolata a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

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

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

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

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

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

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

# SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

## Art. 1 – Caratteristiche del prodotto

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

La Polizza è offerta da Prestipay S.p.A., in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. CL/26/236, ai propri clienti che hanno sottoscritto un finanziamento e ha lo scopo di proteggere l'Assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona e limitare la capacità di rimborso del finanziamento.

La Polizza è abbinata ai finanziamenti erogati dalla Contraente con **durata fino a 110 mesi** e **Capitale iniziale fino a € 75.000,00.**

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

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

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

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

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

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

In caso di sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo con Firma digitale, l'Assicurato potrà scegliere la modalità di invio (formato cartaceo o elettronico) della documentazione contrattuale/precontrattuale e sarà informato circa la possibilità di cambiare la modalità prescelta senza alcun costo a suo carico. Resta inteso che l'Assicurato potrà richiedere un duplicato informatico o cartaceo dei documenti sottoscritti, per tutto il periodo in cui la Compagnia è tenuta per legge a conservarli.

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

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

## 2.2 – Decorrenza e durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento superiore a 184 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, **a condizione che il Premio sia pagato**.
Il Programma Assicurativo rimane in vigore per tutta la durata del piano di rimborso del finanziamento stabilita in fase di sottoscrizione del finanziamento stesso, **fino ad un massimo di 110 mesi**.
In caso di rinegoziazione del piano di rimborso del finanziamento, con attivazione dell'**Opzione Cambio Piano**, le garanzie vengono prestate sulla base del nuovo piano di rimborso del finanziamento, a condizione che:

- la durata del nuovo piano di rimborso del finanziamento non superi **110 mesi**;
- al termine del nuovo piano di rimborso del finanziamento, l'Assicurato non abbia ancora compiuto **76 anni**.

In tutti gli altri casi di rinegoziazione, le garanzie vengono prestate sulla base del piano di rimborso originario del finanziamento.

## 2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

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

Nei casi a), b) non è dovuta alcuna restituzione di Premio. Nei casi c), d) la Compagnia procederà alla restituzione del Premio nei termini specificati rispettivamente agli artt. 2.4 e 2.5.

La Compagnia può sospendere o chiudere la Polizza:

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

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

### A) Estinzione anticipata totale o trasferimento

In caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento, **il Programma Assicurativo cessa alla data di scadenza della rata più vicina alla richiesta di estinzione o trasferimento del finanziamento**, come indicato nella lettera di conteggio estintivo trasmessa dalla Contraente, **a prescindere dalla data in cui l'Assicurato versa l'importo dovuto alla Contraente**.
In tal caso la Compagnia, per il tramite della Contraente, restituirà all'Assicurato la porzione di Premio, pagata e non goduta, relativa al periodo intercorrente tra la data di cessazione del Programma Assicurativo e la scadenza del piano di rimborso originario del finanziamento, ivi comprese le commissioni, **al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio (pari a € 40,00)**.

**Esempio**
Se la data di scadenza della rata è il 15 del mese e l'Assicurato chiede di estinguere il finanziamento il 20/04, il Programma Assicurativo cessa in data 15/04; viceversa, se l'Assicurato chiede di estinguere il finanziamento il 10/05, il Programma Assicurativo cessa in data 15/05.

| Scadenza rata | Data richiesta estinzione anticipata totale | Data cessazione Programma Assicurativo |
|---|---|---|
| 15 del mese | 20 aprile | 15 aprile (la rata più vicina è la precedente) |
| 15 del mese | 10 maggio | 15 maggio (la rata più vicina è la successiva) |

La porzione di Premio da restituire è calcolata in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza del Programma Assicurativo. Resta inteso che qualora la porzione di Premio da restituire sia inferiore o pari all'importo delle spese amministrative sopra indicate, la Compagnia non procederà ad alcun rimborso.
L'Assicurato, in alternativa alla restituzione del Premio, può richiedere che le garanzie restino attive con riferimento al piano di rimborso originario del finanziamento, mediante apposita comunicazione da consegnare alla Compagnia, per il tramite dell'Istituto di credito dove è stata acquistata la Polizza, contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento.

**Formula di calcolo per il rimborso del Premio:**

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

Dove:
PR = premio rimborsato
P = Premio netto imposte
U = data termine Programma Assicurativo
E = data di cessazione del Programma Assicurativo
I = data inizio Programma Assicurativo

**Esempio**
Premio netto imposte: € 1.000,00

| | |
|---|---|
| Data inizio Programma Assicurativo: | 04/02/2023 |
| Data termine Programma Assicurativo: | 05/02/2027 |
| Data di cessazione del Programma Assicurativo: | 27/04/2024 |
| Spese amministrative: | € 40,00 |
| Premio rimborsato: | € 653,57 |

$$653{,}57 = \frac{1000 * 1014}{1462} - 40$$

### B) Estinzione anticipata parziale

In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento la Compagnia, per il tramite della Contraente, restituirà all'Assicurato la porzione di Premio, pagata e non goduta, ivi comprese le commissioni, **al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio (pari a € 40,00)** sulla base della formula di seguito indicata.
Il rimborso del Premio viene effettuato **con riferimento alla data di scadenza della rata più vicina alla richiesta di estinzione anticipata del finanziamento**, come indicato nella lettera di conteggio estintivo trasmessa dalla Contraente, **a prescindere dalla data in cui l'Assicurato versa alla Contraente l'importo dovuto per l'estinzione anticipata**.
L'Assicurato, in alternativa, può richiedere che le garanzie restino attive con riferimento al piano di rimborso del finanziamento in vigore al momento dell'estinzione per le garanzie Perdita Involontaria di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, mediante apposita comunicazione da consegnare alla Compagnia, per il tramite dell'Istituto di credito dove è stata acquistata la Polizza, contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata parziale del finanziamento. Resta inteso che qualora la porzione di Premio da restituire sia inferiore o pari alla somma delle spese amministrative e del premio lordo (PL), la Compagnia non procederà ad alcun rimborso e le garanzie rimarranno attive con riferimento al piano di rimborso del finanziamento in vigore al momento dell'estinzione.

**Formula di calcolo per il rimborso del Premio:**

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

Dove:
PR = premio rimborsato
P = Premio puro
C = Caricamenti
U = data termine Programma Assicurativo
E = data di scadenza della rata più vicina alla richiesta di estinzione anticipata parziale
I = data inizio Programma Assicurativo
DR = capitale residuo alla data di scadenza della rata più vicina alla richiesta di estinzione anticipata parziale
DI = capitale iniziale
PL = premio lordo calcolato in base alla tariffa in vigore alla data di adesione applicata al capitale residuo alla data di scadenza della rata più vicina alla richiesta di estinzione anticipata parziale

| **Esempio** | |
|---|---|
| Premio: | € 800,00 |
| Premio puro: | € 200,00 |
| Caricamenti: | € 600,00 |
| Data inizio Programma Assicurativo: | 12/03/2020 |
| Data termine Programma Assicurativo: | 15/03/2025 |
| Data scadenza della rata più vicina alla richiesta di estinzione anticipata parziale: | 25/06/2021 |
| Capitale residuo alla data di scadenza della rata più vicina alla richiesta di estinzione anticipata parziale: | € 5.700,00 |
| Capitale iniziale: | € 8.000,00 |
| Spese amministrative: | € 40,00 |
| Premio lordo alla data di scadenza della rata più vicina alla richiesta di estinzione anticipata parziale: | € 500,00 |
| Premio rimborsato: | € 11,70 |

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

### 2.5 – Recesso

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Contratto **entro 60 giorni** dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo, mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera, da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** indirizzata alla Compagnia presso la Contraente **Prestipay S.p.A. Via Verzegnis, 15 - 33100 Udine, pec: servizio.clienti@pec.prestipay.it**. **Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione.** In questo caso, l'Assicurato ha diritto di ottenere - entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso - il rimborso del Premio al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto oppure, a sua scelta, la riduzione proporzionale dell'importo della rata del finanziamento o la riduzione della durata dello stesso.
**A partire dall'inizio del quinto anno**, spetterà inoltre all'Assicurato il diritto di recedere, senza alcun onere, con effetto a decorrere dall'inizio dell'annualità successiva a quella in cui viene esercitato il recesso. In questo caso le garanzie cessano e la Compagnia restituirà all'Assicurato il Premio al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto. Resta inteso che il Contratto dovrà rimanere in vita per almeno 5 anni e che il recesso potrà essere

esercitato a condizione che non si siano verificati sinistri che abbiano determinato la cessazione del Programma Assicurativo ai sensi dell'art. 2.3. Qualora successivamente al rimborso del Premio, sia liquidato un Sinistro che avrebbe determinato la cessazione del Programma Assicurativo prima dell'avvenuto recesso, la prestazione assicurativa sarà ridotta in ragione del premio già rimborsato all'Assicurato.

## Art. 3 – Premio assicurativo

### 3.1 – Premio

Il Premio è unico ed è calcolato moltiplicando il tasso di Premio, pari al 7,98%, per il Capitale iniziale del finanziamento.
Il Premio viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, rimarrà totalmente acquisito dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

### 3.2 – Modalità di pagamento del Premio

Il Premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.
**Ai sensi dell'art. 1901 c.c. in caso di mancato pagamento del Premio, il Programma Assicurativo resta sospeso e decorrerà dalle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato paga quanto è da lui dovuto.**

## Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

### 4.1 – Dichiarazioni richieste per la valutazione del rischio

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

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

### 4.2 – Dichiarazioni richieste dalla Normativa antiriciclaggio

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

## Art. 5 – Legge applicabile

Al Contratto si applica la legge italiana.

## Art. 6 – Prescrizione

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

- con riferimento alla garanzia classificata nel **Ramo Vita** – Decesso – in **10 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda;
- con riferimento alle garanzie classificate nel **Ramo Danni** – Invalidità Permanente Totale, Perdita Involontaria di Impiego, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Momenti Felici – in **2 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

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

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

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

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

## Art. 8 – Valuta

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

# SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO

## Art. 9 – Programma Assicurativo

La Polizza prevede 2 diversi pacchetti di garanzie, offerti all'Assicurato in base alla sua condizione lavorativa alla data di adesione al Programma Assicurativo.

**CONDIZIONE LAVORATIVA AL MOMENTO DELL'ADESIONE ALLA POLIZZA**

**DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO** con i seguenti requisiti:

- contratto di lavoro a **tempo indeterminato** soggetto alla legge italiana
- anzianità lavorativa di almeno **12 mesi consecutivi** presso lo stesso datore di lavoro
- non lavora presso il **coniuge**, un **parente** entro il 3° grado o un **affine** entro il 2° grado

**DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO** senza i requisiti previsti per il Pacchetto A
oppure
**DIPENDENTE DEL SETTORE PUBBLICO**
oppure
**LAVORATORE AUTONOMO**
oppure
**LAVORATORE DOMESTICO**
oppure
**NON LAVORATORE**

### PACCHETTO A

Questo pacchetto prevedere le garanzie:

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

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

### PACCHETTO B

Questo pacchetto prevedere le garanzie:

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

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

## Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie

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

## Art. 11 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche a condizione che:

- al momento dell'adesione al Programma Assicurativo:
  - siano residenti in Italia;
  - siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
  - abbiano sottoscritto un contratto di finanziamento con la Contraente;
  - abbiano un'età compresa tra **18 e 75 anni**;
- al termine del piano di rimborso del finanziamento, non abbiano ancora compiuto **76 anni**.

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

ⓘ Non sono assicurabili le persone fisiche che:

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

## Art. 12 – Limitazioni valide per tutte le garanzie

La Compagnia non offre nessuna garanzia e non paga nessun Indennizzo, se ciò può comportare l'applicazione di sanzioni/restrizioni o l'inosservanza di divieti in base a quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle sanzioni

economiche o commerciali, dalle leggi e dai regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito e degli Stati Uniti d'America o da altre leggi o regolamenti sulla repressione del terrorismo internazionale.

# SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO – PACCHETTO A

## Art. 13 – Decesso per qualsiasi causa

### 13.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, paga al Beneficiario una somma pari al capitale iniziale del finanziamento, comprensivo dell'eventuale maxirata finale, **eccetto arretrati ed interessi di mora**.

### 13.2 – Esclusioni

**Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:**

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

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

### 13.3– Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 75.000,00**.

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

### 14.1 – Oggetto della garanzia

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

In caso di Invalidità Permanente Totale riconosciuta all'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia (IPT) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, paga al Beneficiario una somma pari al capitale iniziale del finanziamento, comprensivo dell'eventuale maxirata finale, **eccetto arretrati ed interessi di mora**.
Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato prima che la Compagnia abbia accertato la stabilizzazione dei postumi invalidanti ed il decesso non sia indennizzabile a termini di Polizza, gli eredi dell'Assicurato potranno comunque dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea a provare lo stato di Invalidità Permanente Totale.

### 14.2 – Esclusioni

**Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:**

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

### 14.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 75.000,00**.

## Art. 15 – Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo

### 15.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Perdita Involontaria di Impiego dell'Assicurato a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo - Legge n. 604/1966 art. 3 - (PII) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, paga al Beneficiario una prestazione pari alla media delle 6 rate mensili del finanziamento precedenti la data del Sinistro, sulla base del piano di rimborso del finanziamento in vigore alla data del Sinistro. La prestazione viene corrisposta per ogni rata mensile del finanziamento, dovuta dopo il periodo di Franchigia assoluta, che ha scadenza nel periodo di inattività lavorativa documentato, in sostituzione delle rate previste dal piano di rimborso del finanziamento.

**Arretrati, interessi di mora ed eventuale maxirata finale non sono oggetto di rimborso.**

**La prestazione è corrisposta a condizione che:**

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

**Esempio**

Considerato:

- un finanziamento con rate di rimborso in scadenza il giorno 15 di ogni mese;
- una PII con durata dal 10 agosto al 30 dicembre,
- la Franchigia assoluta pari a 30 giorni consecutivi calcolati dal 10 agosto;
- una prestazione mensile pari a € 150 (che corrisponde alla media delle 6 rate del finanziamento precedenti la data del Sinistro);

la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 600 (equivalente a 4 prestazioni).

| SCADENZA RATA | 15 gen | 15 feb | 15 mar | 15 apr | 15 mag | 15 giu | 15 lug | 15 ago | 15 set | 15 ott | 15 nov | 15 dic |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IMPORTO RATA | € 200,00 | € 200,00 | € 200,00 | € 200,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 |

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato o riprenda ad esercitare un'attività remunerata di altra natura, l'Indennizzo non sarà più dovuto. In tal caso, qualora l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la garanzia verrà riattivata **fino a concorrenza della prestazione massima indicata all'art. 15.3, a condizione che:**

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

### 15.2 – Esclusioni

**Sono esclusi dal Programma Assicurativo:**

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

### 15.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 3.000,00 al mese per 12 mensilità.**

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

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

### 15.4 – Carenza

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

### 15.5 – Franchigia

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

**Esempio**
L'esempio è formulato con riferimento ad un finanziamento che preveda il pagamento di una prestazione mensile pari a € 100,00 e con riguardo ad un Sinistro che non si verifichi nel periodo di Carenza.

| PERIODO DI INATTIVITÀ LAVORATIVA | SCADENZA DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO | INDENNIZZO |
|---|---|---|
| 05/09/2024 - 30/09/2024 | 28 del mese | Nessuno<br>il periodo di inattività lavorativa è inferiore alla franchigia |
| 05/09/2024 - 05/12/2024 | 28 del mese | € 200,00 |

### 15.6 – Variazione della condizione lavorativa

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

| DA: | A: |
|---|---|
| **DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO** con i seguenti requisiti:<br>**a)** contratto di lavoro a **tempo indeterminato** soggetto alla legge italiana<br>**b)** anzianità lavorativa di almeno **12 mesi consecutivi** presso lo stesso datore di lavoro<br>**c)** non lavora presso il **coniuge**, un **parente** entro il 3° grado o un **affine** entro il 2° grado | **DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO** senza i requisiti a) o c)<br>oppure<br>**DIPENDENTE DEL SETTORE PUBBLICO**<br>oppure<br>**LAVORATORE AUTONOMO**<br>oppure<br>**LAVORATORE DOMESTICO**<br>oppure<br>**NON LAVORATORE** |

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

ⓘ La Compagnia non procederà alla sostituzione della garanzia / restituzione del Premio nel caso in cui abbia già liquidato un Sinistro relativo alla garanzia PII.
In caso di denuncia di un Sinistro relativo alla garanzia ITT, la Compagnia intenderà prevalente l'interesse dell'Assicurato a rimanere in copertura e non procederà pertanto alla restituzione del Premio.

**Formula di calcolo per il rimborso del Premio garanzia Perdita Involontaria di Impiego:**

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

Dove:
PR = Premio garanzia Perdita Involontaria di Impiego rimborsato
P = Premio netto imposte garanzia Perdita Involontaria di Impiego
U = data termine Programma Assicurativo
E = data cessazione garanzia Perdita Involontaria di Impiego
I = data inizio Programma Assicurativo

**Esempio**

| | |
|---|---|
| Premio netto imposte garanzia Perdita Involontaria di Impiego: | € 700,00 |
| Data termine Programma Assicurativo: | 21/06/2028 |
| Data cessazione garanzia Perdita Involontaria di Impiego: | 04/03/2025 |
| Data inizio Programma Assicurativo: | 13/07/2023 |
| Spese amministrative: | € 20,00 |
| Premio Rimborsato: | € 447,31 |

$$447{,}31 = \frac{700 * 1205}{1805} - 20{,}00$$

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

### 16.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato (RO) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, paga al Beneficiario una prestazione pari alla media delle 6 rate mensili del finanziamento precedenti la data del Sinistro, sulla

base del piano di rimborso del finanziamento in vigore alla data del Sinistro. La prestazione viene corrisposta ogni 30 giorni, a partire dal 4° giorno di RO, per l'intero periodo di degenza dell'Assicurato, fino a concorrenza della prestazione massima indicata all'art. 16.3. **Arretrati, interessi di mora e maxirata finale non sono oggetto di rimborso.**

**Esempio**
Considerato:
- un finanziamento con rate di rimborso in scadenza il giorno 15 di ogni mese;
- un RO con durata dal 10 agosto al 30 settembre;
- la Franchigia assoluta pari a 3 giorni consecutivi calcolati dal 10 agosto;
- una prestazione mensile pari a € 150 (che corrisponde alla media delle 6 rate del finanziamento i precedenti la data del Sinistro);

la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 300 (equivalente a 2 prestazioni).

| SCADENZA RATA | 15 gen | 15 feb | 15 mar | 15 apr | 15 mag | 15 giu | 15 lug | 15 ago | 15 set | 15 ott | 15 nov | 15 dic |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IMPORTO RATA | € 200,00 | € 200,00 | € 200,00 | € 200,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 |

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

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

### 16.3 – Prestazione massima
La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 3.000,00 al mese per 6 mensilità consecutive per Sinistro o 12 mensilità complessive per Contratto.**

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

**Esempio**
L'esempio è formulato con riferimento ad un finanziamento che preveda il pagamento di una prestazione mensile pari a € 100,00.

| PERIODO DI RICOVERO OSPEDALIERO | INDENNIZZO |
|---|---|
| 14/09/2025 - 16/09/2025 | Nessuno<br>il periodo di ricovero è inferiore alla franchigia |
| 14/09/2025 - 15/10/2025 | € 100,00 |

## Art. 17 – Momenti Felici

### 17.1 – Oggetto della garanzia
In caso di **matrimonio civile**, **nascita di un figlio** o **adozione di minore** da parte dell'Assicurato, la Compagnia paga al medesimo una prestazione fissa pari a € 500,00 per ogni evento, **fino ad un massimo di 2 eventi**.
**La prestazione è corrisposta a condizione che il matrimonio civile, la nascita del figlio o l'adozione del minore non sia avvenuta durante il periodo di Carenza.**

ⓘ Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario che intervengano nel periodo di Durata del Programma Assicurativo:
- la data del matrimonio civile ovvero, in caso di matrimonio civile celebrato all'estero, la trascrizione del matrimonio nei registri dello stato civile italiano;
- la data di nascita del figlio;
- la data della sentenza definitiva del tribunale italiano per i minorenni che pronuncia l'adozione ovvero, in caso di adozione pronunciata all'estero, la trascrizione del provvedimento di adozione nei registri dello stato civile italiano.

### 17.2 – Esclusioni
**Non sono garantiti tutti gli eventi preesistenti alla data di decorrenza del Programma Assicurativo.**

**Con riferimento al matrimonio civile è garantito esclusivamente il primo matrimonio celebrato nel periodo di vigenza del Programma Assicurativo.**

### 17.3 – Carenza
La prestazione viene corrisposta a condizione che il Sinistro non si verifichi nel periodo di Carenza pari a **365 giorni consecutivi** calcolati a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

## SEZIONE IV – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO – PACCHETTO B

## Art. 18 – Decesso per qualsiasi causa

### 18.1 – Oggetto della garanzia
In caso di Decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, paga al Beneficiario una somma pari al capitale iniziale del finanziamento, comprensivo dell'eventuale maxirata finale, **eccetto arretrati ed interessi di mora**.

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

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

### 18.3– Prestazione massima
La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 75.000,00**.

## Art. 19 – Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia

### 19.1 – Oggetto della garanzia

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

In caso di Invalidità Permanente Totale riconosciuta all'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia (IPT) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, paga al Beneficiario una somma pari al capitale iniziale del finanziamento, comprensivo dell'eventuale maxirata finale, **eccetto arretrati ed interessi di mora**.
Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato prima che la Compagnia abbia accertato la stabilizzazione dei postumi invalidanti ed il decesso non sia indennizzabile a termini di Polizza, gli eredi dell'Assicurato potranno comunque dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea a provare lo stato di Invalidità Permanente Totale.

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

### 19.3 – Prestazione massima
La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 75.000,00**.

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

### 20.1 – Oggetto della garanzia

L'Inabilità Temporanea Totale corrisponde alla perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere:
- alla propria professione, in caso di lavoratore;
- ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti alla vita umana (nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi) in caso di non lavoratore.

In caso di Inabilità Temporanea Totale dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia (ITT) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, paga al Beneficiario una prestazione pari alla media delle 6 rate mensili del finanziamento precedenti la data del Sinistro, sulla base del piano di rimborso del finanziamento in vigore alla data del Sinistro. La prestazione viene corrisposta per ogni rata mensile del finanziamento, dovuta dopo il periodo di Franchigia assoluta, che ha scadenza nel periodo di ITT documentato, in sostituzione delle rate previste dal piano di rimborso del finanziamento.
**Arretrati, interessi di mora ed eventuale maxirata finale non sono oggetto di rimborso.**
**La prestazione è corrisposta a condizione che:**
- **l'ITT sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;**
- **l'ITT abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta.**

**Esempio**
Considerato:
- un finanziamento con rate di rimborso in scadenza il giorno 15 di ogni mese;
- una ITT con durata dal 10 agosto al 18 novembre;
- la Franchigia assoluta pari a 30 giorni consecutivi calcolati dal 10 agosto;
- una prestazione mensile pari a € 150 (che corrisponde alla media delle 6 rate del finanziamento precedenti la data del Sinistro);

la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 450 (equivalente a 3 prestazioni).

| SCADENZA RATA | 15 gen | 15 feb | 15 mar | 15 apr | 15 mag | 15 giu | 15 lug | 15 ago | 15 set | 15 ott | 15 nov | 15 dic |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IMPORTO RATA | € 200,00 | € 200,00 | € 200,00 | € 200,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 |

### 20.2 – Esclusioni

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

### 20.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 3.000,00 al mese per 12 mensilità.**
In caso di sostituzione della garanzia Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo con la garanzia Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia, la **durata massima di Indennizzo pari a 12 mensilità** si valuta complessivamente per le 2 garanzie come se fossero una sola.

### 20.4 – Franchigia

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'ITT abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta pari a **30 giorni consecutivi** calcolati a partire dal primo giorno di ITT.

**Esempio**
L'esempio è formulato con riferimento ad un finanziamento che preveda il pagamento di una prestazione mensile pari a € 100,00.

| PERIODO DI ITT | SCADENZA DELLA RATA | INDENNIZZO |
|---|---|---|
| 12/09/2024 - 10/10/2024 | 15 del mese | Nessuno<br>il periodo di inabilità è inferiore alla franchigia |
| 12/09/2024 - 17/11/2024 | 15 del mese | € 200,00 |

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

### 21.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato (RO) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, paga al Beneficiario una prestazione pari alla media delle 6 rate mensili del finanziamento precedenti la data del Sinistro, sulla

base del piano di rimborso del finanziamento in vigore alla data del Sinistro. La prestazione viene corrisposta ogni 30 giorni, a partire dal 4° giorno di RO, per l'intero periodo di degenza dell'Assicurato, fino a concorrenza della prestazione massima indicata all'art. 21.3. **Arretrati, interessi di mora e maxirata finale non sono oggetto di rimborso.**

**Esempio**
Considerato:
- un finanziamento con rate di rimborso in scadenza il giorno 15 di ogni mese;
- un RO con durata dal 10 agosto al 30 settembre;
- la Franchigia assoluta pari a 3 giorni consecutivi calcolati dal 10 agosto;
- una prestazione mensile pari a € 150 (che corrisponde alla media delle 6 rate del finanziamento i precedenti la data del Sinistro);

la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 300 (equivalente a 2 prestazioni).

| SCADENZA RATA | 15 gen | 15 feb | 15 mar | 15 apr | 15 mag | 15 giu | 15 lug | 15 ago | 15 set | 15 ott | 15 nov | 15 dic |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IMPORTO RATA | € 200,00 | € 200,00 | € 200,00 | € 200,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 | € 100,00 |

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

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

### 21.3 – Prestazione massima
La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 3.000,00 al mese per 6 mensilità consecutive per Sinistro o 12 mensilità complessive per Contratto.**

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

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

| PERIODO DI RICOVERO OSPEDALIERO | INDENNIZZO |
|---|---|
| 14/09/2025 - 16/09/2025 | Nessuno<br>il periodo di ricovero è inferiore alla franchigia |
| 14/09/2025 - 15/10/2025 | € 100,00 |

## Art. 22 – Momenti Felici

### 22.1 – Oggetto della garanzia
In caso di **matrimonio civile**, **nascita di un figlio** o **adozione di minore** da parte dell'Assicurato, la Compagnia paga al medesimo una prestazione fissa pari a € 500,00 per ogni evento, **fino ad un massimo di 2 eventi**.
**La prestazione è corrisposta a condizione che il matrimonio civile, la nascita del figlio o l'adozione del minore non sia avvenuta durante il periodo di Carenza.**

Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario che intervengano nel periodo di Durata del Programma Assicurativo:
- la data del matrimonio civile ovvero, in caso di matrimonio civile celebrato all'estero, la trascrizione del matrimonio nei registri dello stato civile italiano;
- la data di nascita del figlio;
- la data della sentenza definitiva del tribunale italiano per i minorenni che pronuncia l'adozione ovvero, in caso di adozione pronunciata all'estero, la trascrizione del provvedimento di adozione nei registri dello stato civile italiano.

### 22.2 – Esclusioni

**Non sono garantiti tutti gli eventi preesistenti alla data di decorrenza del Programma Assicurativo.**
**Con riferimento al matrimonio civile è garantito esclusivamente il primo matrimonio celebrato nel periodo di vigenza del Programma Assicurativo.**

### 22.3 – Carenza

La prestazione viene corrisposta a condizione che il Sinistro non si verifichi nel periodo di Carenza pari a **365 giorni consecutivi** calcolati a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

## SEZIONE V – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

## Art. 23 – Denuncia di Sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia, per il tramite dell'Istituto di credito presso cui è stata acquistata la Polizza. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dall'Agente. Per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo e-mail dell'Agente **sinistri.danni@assicura.si** o, in alternativa, telefonare al numero **0432/473556**.
La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati di seguito. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. In caso di denuncia incompleta, la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. Resta inteso che la Compagnia potrà comunque richiedere ulteriore documentazione, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione in relazione alla storia e alla natura del Sinistro.
La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate.

## Art. 24 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

**Decesso per qualsiasi causa**
- Certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza
- Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento, in caso di decesso a seguito di Infortunio
- Certificato di morte *(solo per finanziamenti con Capitale iniziale superiore a € 30.000,00)*
- Cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia, in caso di decesso a seguito di malattia *(solo per finanziamenti con Capitale iniziale superiore a € 30.000,00)*

Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:
- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Certificato autoptico
- Accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico

**Invalidità permanente totale pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia**
- Accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico
- Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento, in caso di invalidità a seguito di Infortunio
- Cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia, in caso di invalidità a seguito di Malattia *(solo per finanziamenti con Capitale iniziale superiore a € 30.000,00)*

Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:
- Verbale redatto dalle autorità intervenute

**Perdita involontaria d'impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo**
- Lettera di licenziamento
- Ultime due buste paga
- Certificazione attestante il totale delle ore lavorative effettuate settimanalmente
- Scheda anagrafico-professionale o modello C/2 storico rilasciato dal centro per l'impiego attestante il periodo di disoccupazione

**Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia**
- Certificazione medica attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale
- Certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale, in caso di inabilità a seguito di Infortunio sul lavoro
- Dichiarazione del datore di lavoro attestante l'inizio e la fine dell'inabilità lavorativa, per i lavoratori dipendenti
- Certificato della Camera di Commercio relativo all'attività lavorativa, per i lavoratori autonomi *(solo per finanziamenti con Capitale iniziale superiore a € 30.000,00)*

Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:
- Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Cartella clinica relativa al ricovero

- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Eventuale ulteriore documentazione medico-ospedaliera attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale

**Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia**
- Cartella clinica relativa al ricovero

**Momenti Felici**
- In caso di matrimonio civile, certificato di matrimonio
- In caso di nascita di un figlio, certificato di nascita con indicazione di maternità e paternità
- In caso di adozione di minore, attestazione del tribunale di completato processo di adozione

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

## Art. 25 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro

I criteri per la determinazione dell'Indennizzo sono indicati nelle Sezioni III e IV - agli articoli denominati "Oggetto della garanzia" - per ciascuna garanzia offerta.
In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. Resta inteso che qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovasse nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.
La Compagnia non paga la prestazione assicurata al Beneficiario se:
- è inserito nelle liste sanzionatorie internazionali o a contrasto del finanziamento del terrorismo o ha legami con soggetti inseriti in queste liste;
- ha legami con Paesi sotto embargo o considerati a rischio dalla Normativa antiriciclaggio o di contrasto dell'evasione fiscale internazionale.

# SEZIONE VI – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI

## Art. 26 – Richiesta di Informazioni

L'Assicurato ha il diritto di richiedere alla Compagnia informazioni in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo ed alle modalità di determinazione della prestazione assicurata. La richiesta può essere effettuata per iscritto all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma oppure, attraverso il sito web, all'indirizzo www.metlife.it cliccando su "Assistenza Clienti". La Compagnia si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.
L'Assicurato ha inoltre la possibilità di accedere all'area riservata **MyMetLife**, disponibile sul sito web della Compagnia www.metlife.it, nella quale visualizzare le informazioni e le comunicazioni periodiche relative alla propria Polizza.

## Art. 27 – Reclami

### 27.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni

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

**METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI**
Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma | Tel. 06.492161 | Fax 06.49216300 | Indirizzo e-mail: reclami@metlife.it

Il reclamante potrà presentare reclamo alla Compagnia anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti".
Il reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.
Ove il reclamo dovesse pervenire all'Intermediario, lo stesso, dandone contestuale notizia al reclamante, lo trasmetterà tempestivamente alla Compagnia affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il predetto termine.

### 27.2 – Reclami all'Intermediario

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

### 27.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma | Fax 06.42133.206 | PEC: ivass@pec.ivass.it nei seguenti casi:
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito, nonché quelli ai quali non sia stato fornito riscontro nei termini sopraindicati, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto);
- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;

- reclami riguardanti le disposizioni del Codice del Consumo relative alla commercializzazione a distanza di prodotti assicurativi.

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

- nome, cognome e domicilio del reclamante;
- soggetto o soggetti di cui si lamenta l'operato;
- descrizione dei motivi della lamentela ed eventuale documentazione a sostegno della stessa;
- documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia o dall'Intermediario.

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

Per 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).

Resta comunque salva la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione (L. 98/2013) o di negoziazione assistita (L. 162/2014) salvo eventuali modifiche successive.

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami per i quali il reclamante abbia già fatto ricorso all'Autorità Giudiziaria.

## INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Cliente,

Siamo **MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia** e **MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia**, con sede amministrativa in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma e sede legale in Irlanda, in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 (di seguito "**MetLife**" o "**Società**"). MetLife rivestirà il ruolo di titolare del trattamento dei suoi dati personali.

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

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

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

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

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

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

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

### Quali sono i suoi diritti?

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

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

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

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

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

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

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

**Il diritto di opporsi al trattamento.** Ha il diritto ad opporsi a certi tipi di trattamento dei dati, incluso quello per finalità di marketing diretto (che facciamo solo previo suo consenso).
**Diritti relativi al processo decisionale automatizzato, inclusa la profilazione.** Utilizziamo tecnologie per costruire i profili della nostra clientela per offrire i prodotti coerenti alle esigenze assicurative oppure per accettare o respingere in maniera automatizzata richieste di adesione basate su fattori predeterminati (es. età, stato di salute, abitudine al fumo, capitale assicurato, etc.) e determinare il giusto premio da applicare o la durata della copertura. Ciò implica che dal profilo di rischio riscontrato, potrebbe essere considerato non elegibile a determinate coperture. In altre circostanze, la sua copertura potrebbe essere interrotta (ad es. per ilo raggiungimento dei limiti di età o per mancato pagamento del premio entro i limiti consentiti). L'utilizzo di processi decisioni automatizzati per tali finalità è necessario ai fini della conclusione e della gestione dei nostri contratti di polizza, riduce gli errori e aumenta il livello di servizio. Se dovesse ritenere che la nostra tecnologia abbia commesso degli errori, può contattare il nostro Responsabile Privacy per richiedere una verifica scrivendo a info.privacy@metlife.it.
***Fatti salvi i diritti sopra indicati, informiamo che, coerentemente con la normativa vigente, in caso di richieste pretestuose, manifestamente infondate e ripetitive, ci riserviamo la possibilità di addebitare un contributo spese in base ai costi amministrativi sostenuti.***

### Come contattarci o chiedere aiuto

Per ogni domanda o richiesta di aiuto in relazione alla nostra Informativa Privacy, la preghiamo di contattare il nostro **Responsabile della protezione dei dai personali**, i cui recapiti sono di seguito riportati: **Telefono: (+39) 06 492161 o e-mail info.privacy@metlife.it.**
La preghiamo di contattarci nel caso in cui non fosse soddisfatto delle modalità in cui raccogliamo, condividiamo o utilizziamo i suoi dati personali o per revocare il consenso precedentemente reso, ove possibile. Potrà contattarci utilizzando i recapiti sopra riportati. Nel caso in cui non dovesse ritenersi soddisfatto della nostra risposta, ha il diritto di presentare un reclamo all' Autorità Garante per la Protezione dei dati personali, Piazza Monte Citorio, 121 - 00186, Roma, Tel: **(+39) 06.696771** o visitando il sito **www.garanteprivacy.it**.

### Come possiamo contattarla

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

### Come proteggiamo i suoi dati personali

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

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

Laddove appropriato, utilizziamo la cifratura o altre misure di sicurezza che noi riteniamo appropriate per proteggere i suoi dati personali. Inoltre, rivediamo le nostre misure di sicurezza periodicamente per considerare appropriate nuove tecnologie e per aggiornare le procedure. Ma, nonostante i nostri ragionevoli sforzi, nessuna misura di sicurezza è perfetta o impenetrabile.

### Comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e sondaggi

Previo suo consenso, le offriamo l'opportunità di essere contattato per ricevere materiale promozionale in relazione ai prodotti, offerte speciali o servizi che riteniamo possano essere di suo interesse e comunicazioni commerciali (c.d. marketing diretto). Tali comunicazioni potranno essere effettuate, previo consenso, sulla base di una preventiva attività di profilazione, volta ad individuare i suoi specifici interessi.
Nel caso in cui non volesse più ricevere materiale pubblicitario o promozionale, le offriamo delle semplici modalità per comunicarcelo. Ogni qual volta riceverà direttamente una comunicazione commerciale le verrà detto come potrà ottenere la cancellazione dell'iscrizione. Lei potrà anche selezionare l'opzione "disiscrizione" per ogni comunicazione marketing che le inviamo via mail o modificare le proprie preferenze attraverso il nostro sito web www.metlife.it, scrivendo a MetLife Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma oppure attraverso l'indirizzo e-mail info.privacy@metlife.it.

### A chi possono essere comunicati i suoi dati

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

### Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

La nostra Policy relativa alla conservazione dei dati personali è conforme a leggi e disposizioni in materia di protezione e conservazione di dati personali applicabili specificatamente al settore assicurativo. Esse stabiliscono per quanto tempo possiamo conservare diverse tipologie di dati personali che conserviamo e aggiorniamo regolarmente, fino a 10 anni dalla proposta (qualora non finalizzata) o dalla cessazione della polizza (per gli assicurati o aventi diritto alla prestazione assicurativa).
Cancelliamo in modo sicuro i suoi dati personali quando non abbiamo più motivo di conservarli. L'utilizzo dei dati per effettuare indagini statistiche e di mercato avviene in anonimato.

### Per quali finalità di trattamento potremmo chiederle il consenso

**Consenso al trattamento di particolari categorie di dati personali** (ad es., informazioni attestanti il suo stato di salute e riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche): per consentirci di svolgere le verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es. liquidazione di un eventuale sinistro) potremmo aver bisogno di trattare i suoi dati

personali e sanitari che ci ha fornito o richiederle in futuro di fornirceli. La raccolta dei suoi dati sanitari ai fini dell'assunzione medica può avvenire anche telefonicamente sul numero di contatto eventualmente fornito al momento dell'adesione. Ciò potrebbe includere la necessità di (i) condividere tali dati con medici od altri consulenti professionali che ci assistono nell'emissione della polizza o nell'assunzione medica o nel gestire una sua richiesta, reclamo o sinistro o nell'amministrazione della polizza (ii) trasferirli verso paesi non appartenenti alla UE ove l'esecuzione del contratto dovesse richiederlo.

**Consenso ad essere ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e ricerche di mercato**: vorremmo poterla contattare per proporle contenuti esclusivi, offerte e informazioni relative ai prodotti e servizi MetLife nonché per il compimento di ricerche di mercato. Tali contatti potranno avvenire attraverso modalità automatizzate (es. e-mail e/o sms) o tradizionali (es. posta cartacea e/o telefonata tramite operatore).

**Consenso a sottoporre i suoi dati a profilazione per finalità commerciali**: vorremmo poter utilizzare i suoi dati personali in nostro possesso per individuare i suoi specifici interessi sulla base di una preventiva attività di profilazione, Per profilazione s'intende qualsiasi forma di trattamento automatizzato di dati personali, svolto anche attraverso decisioni automatizzate, volta a valutare determinati aspetti personali e/o abitudini al fine di farle pervenire le nostre proposte commerciali più aderenti al suo profilo.

Per **revocare il consenso reso** può contattarci ai recapiti forniti nella sezione "***Come contattarci o chiedere aiuto***". Ricordiamo tuttavia che **la revoca del consenso non pregiudica la liceità dei trattamenti effettuati prima della sua revoca**.

**La invitiamo a visionare la pagina web del nostro sito internet (www.metlife.it) nella sezione dedicata all'Informativa Privacy:**

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

# MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

**Polizza Creditor Protection Insurance - Convenzione assicurativa CL/26/236 stipulata da Prestipay Spa con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia e MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia**

**Questo documento è stato realizzato in data 01/04/2026 ed è l'ultimo disponibile**

## DATI DEL FINANZIAMENTO

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

## DATI DELL'ASSICURATO

| | | |
|---|---|---|
| Nome: | Cognome: | |
| Luogo di Nascita: | Data di Nascita: | Sesso: ❑ M ❑ F |
| Codice Fiscale: | Persona Politicamente Esposta: ❑ Sì ❑ No | |
| Indirizzo di Residenza: | | |
| Indirizzo di Domicilio (se diverso da Residenza): | | |
| Recapito Telefonico: | Indirizzo E-mail: | |
| Documento di Riconoscimento: ❑ Carta di Identità ❑ Passaporto ❑ Patente | Numero: | |
| Data di Rilascio: | Data di Scadenza: | |
| Comune (o Stato estero) di Rilascio: | Ente di Rilascio: | |

## INFORMATIVA RELATIVA ALLE GARANZIE E AI COSTI DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

### Garanzie

Il Programma Assicurativo prevede 2 pacchetti di garanzie proposti in via alternativa, in base alla condizione lavorativa dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del presente modulo:

*Lavoratori dipendenti del settore privato con contratto a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana e anzianità minima di 12 mesi consecutivi presso lo stesso datore di lavoro (è esclusa l'attività professionale svolta presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado).*

**PACCHETTO A**

- ✔ **DECESSO** per qualsiasi causa
- ✔ **INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE** pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia
- ✔ **PERDITA INVOLONTARIA DI IMPIEGO** a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo
- ✔ **RICOVERO OSPEDALIERO** a seguito di Infortunio o Malattia
- ✔ **MOMENTI FELICI**

*Lavoratori dipendenti del settore privato che non possiedono i requisiti per sottoscrivere il Pacchetto A, Lavoratori dipendenti del settore pubblico, Lavoratori autonomi, Lavoratori domestici e Non lavoratori.*

**PACCHETTO B**

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

In base alle informazioni fornite dall'Assicurato in fase di sottoscrizione del presente modulo, il pacchetto di garanzie selezionato è: _____

### Costi

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

| | | |
|---|---|---|
| Premio unico (commissioni incluse): € | Di cui imposte: € | Commissioni percepite dagli intermediari: € |

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

## AVVERTENZE

a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

b) Prima della sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni in esso riportate, con particolare attenzione, se previsto, al questionario anamnestico.

c) L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

d) L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

e) L'Assicurato ha la possibilità di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia: www.metlife.it.

f) La Compagnia, qualora si trovi nell'impossibilità di effettuare l'adeguata verifica della clientela, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare o proseguire il rapporto e le operazioni, valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF e, in caso di liquidazione della prestazione, se richiederne la sospensione. Nel caso in cui l'impossibilità riguardi rapporti continuativi in essere, la Compagnia si astiene dall'effettuare modifiche contrattuali, nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.



**MetLife Europe d.a.c**. è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 415123. Amministratori: Carmina Dragomir (cittadina romena), Deirdre Flannery (cittadina irlandese), Nuria Garcia (cittadina spagnola), Nick Hayter (cittadino inglese), Merilee Matchett (cittadina australiana), Cyrille Roux (cittadino francese), Tony O'Riordan (cittadino irlandese).
**Sede secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c.**, Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Direzione generale, Via Olona n. 2, 20123 Milano, Codice fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Roma n. 12083481007, REA n. 1348910, abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. I.00110 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicurative.

**MetLife Europe Insurance d.a.c.** è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 472350. Amministratori: Carmina Dragomir (cittadina romena), Deirdre Flannery (cittadina irlandese), Nuria Garcia (cittadina spagnola), Nick Hayter (cittadino inglese), Merilee Matchett (cittadina australiana), Cyrille Roux (cittadino francese), Tony O'Riordan (cittadino irlandese).
**Sede secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe Insurance d.a.c.,** Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Direzione Generale, Via Olona n. 2, 20123 Milano, Codice fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Roma n. 12083681002, REA n. 1348921, abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. I.00109 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicurative.

**PRESTIPAY S.P.A.**
Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento da parte di Cassa Centrale Banca – Credito Cooperativo Italiano S.p.A., Capitale Sociale Euro 28.500.000,00 i.v..
Iscrizione R.E.A. UD – 350159. Codice Fiscale 02941520302. Partecipante al Gruppo IVA Cassa Centrale Banca - P.IVA 02529020220.
Società autorizzata all'esercizio dell'attività finanziaria ai sensi dell'Art. 106 del D. lgs 385/1993 – N. Iscrizione all'Albo Unico 239. Iscritta nell'elenco degli Intermediari Assicurativi Sezione D n° di iscr. D000650943. Società soggetta al controllo dell'IVASS.

**Sede Legale ed Operativa:** Via Verzegnis, 15 – 33100 Udine. – www.prestipay.it – www.prestipayweb.it

## DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

### INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Dichiaro di:

- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle mie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del contratto di assicurazione con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione (art. 58 Regolamento Ivass n. 40/2018);
- aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo (art. 56 Regolamento Ivass n. 40/2018);
- aver scelto, tra modalità Cartacea (C) ed Email (E), la modalità: ____ per la trasmissione della documentazione contrattuale e precontrattuale e di essere stato informato della possibilità di cambiare gratuitamente tale modalità.

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

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

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

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

### ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

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

1. essere a conoscenza che il contratto di assicurazione prevede 2 distinti pacchetti di garanzie proposti, in via alternativa, in base alla condizione lavorativa dell'Assicurato alla data di adesione al Programma Assicurativo;
2. aderire al Programma Assicurativo, anche mediante Firma digitale, acquistando:
   - ✔ il Pacchetto A, in caso di dipendente privato con contratto a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana e anzianità minima di 12 mesi consecutivi presso lo stesso datore di lavoro (è esclusa l'attività professionale svolta presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado);
   - ✔ il Pacchetto B, in caso di dipendente privato che non possiede i requisiti per acquistare il Pacchetto A, dipendente pubblico, lavoratore autonomo, lavoratore domestico o non lavoratore;
3. essere a conoscenza che la Polizza è **connessa al finanziamento** e che rimane in vigore per tutta la durata del medesimo; di conseguenza, in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la Polizza cessa, salvo mia diversa richiesta;
4. essere a conoscenza che la Polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il finanziamento;
5. in caso di acquisto del Pacchetto A, non aver ricevuto dal datore di lavoro una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale venga individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione;
6. prendere atto che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia in corso di contratto potranno essere effettuate via e-mail, attraverso il sito internet www.metlife.it o, se disponibile, nella mia area riservata, come da scelta effettuata da Prestipay Spa nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco (art. 4 Regolamento Ivass n. 41/2018).

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

Dichiaro di approvare specificamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 c.c. i seguenti articoli delle Condizioni di assicurazione: Art. 2 – Conclusione del contratto / inizio e termine del Programma Assicurativo; Art. 2.4 – Estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento; Art. 6 – Prescrizione; Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie; Art. 11 – Persone assicurabili; Art. 12 – Limitazioni valide per tutte le garanzie; Artt. 13.2, 14.2, 15.2, 16.2, 17.2, 18.2, 19.2, 20.2, 21.2 e 22.2 – Esclusioni; Artt. 13.3, 14.3, 15.3, 16.3, 18.3, 19.3, 20.3 e 21.3 – Prestazione massima; Artt. 15.4, 17.3 e 22.3 – Carenza; Artt. 15.5, 16.4, 20.4, 21.4 – Franchigia; Art. 23 – Denuncia di Sinistro; Art. 24 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro.

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

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

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

## DESIGNAZIONE DI BENEFICIARIO – FACOLTATIVA

**Per tutte le garanzie il Beneficiario è l'Assicurato come sopra identificato o, in caso di decesso, i suoi eredi legittimi e testamentari.** Con riferimento alla garanzia Decesso per qualsiasi causa, l'Assicurato ha tuttavia la possibilità di designare un Beneficiario diverso compilando la presente sezione, **a condizione che il soggetto sia identificabile**. In caso di decesso, il sottoscritto designa il/i seguente/i Beneficiario/i:

- Beneficiario 1

| | | |
|---|---|---|
| Nome: | Cognome: | |
| Luogo di Nascita: | Data di Nascita: | |
| Codice Fiscale: | Sesso: ❑ M ❑ F | Quota %: |
| Indirizzo di Residenza: | | |
| Recapito Telefonico: | Indirizzo E-mail: | |

Altri dati utili per l'identificazione del Beneficiario (*es. grado di parentela, rapporto con l'Assicurato, ecc.)*:

……

- Beneficiario 2

| | | |
|---|---|---|
| Nome: | Cognome: | |
| Luogo di Nascita: | Data di Nascita: | |
| Codice Fiscale: | Sesso: ❑ M ❑ F | Quota %: |
| Indirizzo di Residenza: | | |
| Recapito Telefonico: | Indirizzo E-mail: | |

Altri dati utili per l'identificazione del Beneficiario (*es. grado di parentela, rapporto con l'Assicurato, ecc.)*:

……

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

**AVVERTENZE**

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

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

.....

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

## ASSUNZIONE DEL RISCHIO – IMPORTO DA ASSICURARE SUPERIORE A € 30.000,00 E FINO A € 75.000,00

Si richiede la compilazione e sottoscrizione del **Questionario Anamnestico** riportato di seguito. Ai fini della validità della copertura assicurativa, le chiediamo di rispondere in maniera consapevole e meditata alle seguenti domande relative al suo stato di salute, prestando attenzione a non omettere, ovvero riportare in maniera falsa o incorretta, nessuno dei dati o delle notizie richieste.

Ai sensi della legge n. 193/2023 (di seguito "Legge"), a decorrere dal 02/01/2024, le persone guarite da una patologia oncologica hanno il diritto di non fornire informazioni, né subire indagini, in merito alla propria pregressa condizione patologica, se sono trascorsi più di 10 anni dalla conclusione del trattamento attivo, in assenza di recidive o ricadute. Questo periodo è ridotto a 5 anni se la patologia oncologica è insorta prima dei 21 anni di età.
L'Impresa assicuratrice (di seguito "MetLife") non potrà più richiedere tali informazioni per valutare il rischio e determinare le condizioni contrattuali, né utilizzarle qualora l'Assicurato le abbia riportate per errore nel questionario, oppure siano già nella sua disponibilità o in quella dell'intermediario assicurativo. MetLife, inoltre, non potrà richiedere l'effettuazione di visite mediche di controllo o di accertamenti sanitari per verificare la sussistenza di patologie oncologiche pregresse.
Il Ministero della Salute, con decreto del 22 marzo 2024, ha previsto per una serie di patologie oncologiche **termini ridotti** rispetto a quelli indicati dalla Legge per il maturarsi dell'oblio oncologico. È possibile prendere visione dell'elenco delle patologie oncologiche che prevedono termini ridotti sul sito internet www.metlife.it nella sezione *Assistenza Clienti → Comunicazioni ai clienti → Comunicazioni* oppure utilizzando il seguente link www.metlife.it/assistenza-clienti/avvisi/comunicazioni. **Se nel questionario sono indicati termini diversi per queste patologie, l'Assicurato deve fare riferimento ai termini ridotti indicati nell'elenco prima di rispondere alle domande.**

| | |
|---|---|
| ▪ Durante gli ultimi **3 anni** ha interrotto la sua attività lavorativa per più di **1 mese** per affezioni lombari o dorsali o per altri problemi di salute (salvo che per ragioni legate alla maternità anticipata, all'ordinario congedo di maternità o per fratture ossee dovute esclusivamente ad infortunio)? | ❑ Si ❑ No |
| ▪ Durante gli ultimi **3 anni** ha subito ricoveri per più di **3 giorni** consecutivi o interventi chirurgici e/o è attualmente in attesa di ricovero (ad eccezione dei ricoveri o interventi per appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsilliti, deviazioni del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale, chirurgia estetica, asportazione chirurgica nevi di natura benigna, fimosi, idrocele, emorroidi, papilloma durante l'infanzia o l'adolescenza, varicocele, ovvero ricoveri o interventi chirurgici legati a fratture ossee dovute esclusivamente ad infortunio)? | ❑ Si ❑ No |
| ▪ Si sottopone da oltre **1 mese** ad una terapia medica (farmacologica e non) di durata continuativa (ad eccezione di anticoncezionali, antistaminici, farmaci per la tiroide, farmaci per la ipercolesterolemia, farmaci per la pressione purché i valori della pressione siano mantenuti nella norma dalla terapia)? | ❑ Si ❑ No |
| ▪ Durante gli ultimi **5 anni** le è stata diagnosticata da un medico una delle seguenti patologie: tumore, epatite, cardiopatie ischemiche, ictus, diabete, infezioni da HIV? | ❑ Si ❑ No |

Consapevole del fatto che, ai sensi degli artt. 1892 e seguenti c.c., eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto dell'Assicurato alla prestazione assicurativa, confermo la correttezza delle risposte sopra rese e delle dichiarazioni ivi contenute, nonché di non aver taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza avente relazione con i dati e le notizie oggetto del questionario che precede, dati e notizie che riconosco quali elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia. Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che, **in caso di risposta positiva anche ad una sola delle domande di cui al presente questionario, oppure in caso di rifiuto a fornire le risposte alle medesime domande, non sarà possibile procedere alla sottoscrizione del contratto di assicurazione**.

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

## MODULO DI DESIGNAZIONE BENEFICIARI

**Convenzione assicurativa n.:** _____ **Pratica n.:** _____

### Dati dell'Aderente/Assicurato

| | | |
|---|---|---|
| Nome: | Cognome: | Cod.Fisc.: |
| Indirizzo di Residenza: | | |
| Telefono: | E-mail: | |

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

Beneficiario n. 1

| | | |
|---|---|---|
| Nome e Cognome / Ragione Sociale: | | |
| Codice Fiscale / Partita Iva: | | |
| Quota %: | Telefono: | E-mail: |

Beneficiario n. 2

| | | |
|---|---|---|
| Nome e Cognome / Ragione Sociale: | | |
| Codice Fiscale / Partita Iva: | | |
| Quota %: | Telefono: | E-mail: |

Beneficiario n. 3

| | | |
|---|---|---|
| Nome e Cognome / Ragione Sociale: | | |
| Codice Fiscale / Partita Iva: | | |
| Quota %: | Telefono: | E-mail: |

Beneficiario n. 4

| | | |
|---|---|---|
| Nome e Cognome / Ragione Sociale: | | |
| Codice Fiscale / Partita Iva: | | |
| Quota %: | Telefono: | E-mail: |

❒ Il sottoscritto dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prima dell'evento.
*(barrando questa casella la Compagnia contatterà i beneficiari solo in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato)*

**AVVERTENZE**

- Qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovasse nell'impossibilità di identificare il beneficiario, le somme dovute andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005.
- La modifica o revoca del beneficiario deve essere comunicata tempestivamente dall'Aderente/Assicurato alla Compagnia.
- Nel caso in cui l'Aderente/Assicurato intenda designare più di 4 beneficiari potrà utilizzare 2 o più Moduli di designazione beneficiari.

Per specifiche esigenze di riservatezza, il sottoscritto identifica un **referente terzo** a cui la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'assicurato:

| | |
|---|---|
| Nome e Cognome: | Codice Fiscale: |
| Telefono: | E-mail: |

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

FAC-SIMILE