

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Shield4U Project Business

Contratto di assicurazione Creditor Protection Insurance

Convenzione assicurativa n. CL/22/291 stipulata da Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

I documenti che compongono il Set informativo sono i seguenti:

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

Informazione importante

- La polizza assicurativa è **connessa al mutuo** erogato dalla banca e rimane in vigore per tutta la durata del medesimo. Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata del mutuo, la polizza cessa, salvo diversa richiesta dell'Aderente.
- La polizza assicurativa è **facoltativa** e non è né obbligatoria né richiesta da Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. per ottenere il mutuo o per ottenerlo a condizioni diverse.
- L'Aderente può in ogni caso **recedere dal contratto**, entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, mediante semplice richiesta scritta in forma libera da inviare alla Compagnia presso la Contraente 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.

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/22/291

Questo documento è stato realizzato in data 01/07/2023 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 mutuo** - nota sul mercato come Creditor Protection Insurance (CPI) o Payment Protection Insurance (PPI) - che, salvo diversa richiesta dell'aderente, cessa in caso di estinzione anticipata del mutuo.

La polizza è **facoltativa** e non è né obbligatoria né richiesta da Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. per ottenere il mutuo o per ottenerlo a condizioni diverse.

La polizza è offerta da Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A., in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. CL/22/291, ai propri clienti che hanno sottoscritto un mutuo e ha lo scopo di proteggere l'Aderente da eventi dannosi che possono colpire la persona dell'Assicurato e limitare la capacità di rimborso del mutuo.



Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

PACCHETTI DI GARANZIE A e B

✓ **Decesso** per qualsiasi causa

Somma assicurata: il capitale residuo del mutuo alla data del sinistro, fino ad un massimo di € 1.000.000,00. L'Impresa corrisponde una prestazione aggiuntiva, pari al capitale residuo del mutuo alla data del decesso, qualora il decesso sia avvenuto a seguito di Infortunio stradale, fino ad un massimo di € 2.000.000,00 complessivi.



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 e/o inabilità riconosciuta dall'INPS o da altro ente pubblico;
- ✗ sono titolari di una pensione di invalidità e/o inabilità o hanno presentato domanda per ottenerla;
- ✗ a seguito o per effetto della normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o delle misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale, siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" o siano sottoposte a divieti e/o misure restrittive.



Ci sono limiti di copertura?

Per 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 (eccetto se l'assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);
- ! atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'assicurato vi abbia preso parte attiva;
- ! tutti i rischi nucleari;
- ! infortunio antecedente alla data di inizio della polizza.
- ! È inoltre escluso il suicidio dell'assicurato accaduto nei 2 anni successivi alla data di adesione alla polizza.

Se il decesso è dovuto a infortunio stradale, l'Impresa non corrisponde la prestazione aggiuntiva se il sinistro è conseguenza di:

- ! guida del veicolo in stato di ebbrezza;
- ! guida del veicolo adibito ad uso diverso da quello stabilito dalla carta di circolazione o contro la volontà del proprietario;
- ! partecipazione a corse, gare e relative prove;
- ! pratica di sport comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore.



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 e per iscritto a Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. o in alternativa all'Impresa presentando la seguente documentazione:
 - originale o copia conforme all'originale del certificato di morte;
 - originale o copia conforme all'originale del certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza;
 - in caso di decesso a seguito di malattia, copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia;
 - in caso di decesso a seguito di infortunio, verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento.Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:
 - verbale redatto dalle autorità intervenute;
 - certificato autoptico;
 - 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 alla garanzia prestata, alla sua durata ed ammontare, all'età dell'assicurato, al suo stato di salute e alle attività professionali svolte. Il premio viene corrisposto in un'unica soluzione tramite addebito sul tuo conto corrente bancario aperto presso la Contraente.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza può essere abbinata a mutui con durata compresa tra 12 e 246 mesi.

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

- **Importo fino a € 200.000,00:** si richiede la compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico Anamnestico Semplificato. Nel caso in cui l'assicurato abbia compilato il Questionario Medico Anamnestico Semplificato con risposta negativa a tutte le domande, il contratto si perfeziona con la sottoscrizione del modulo di adesione alla polizza. Nel caso in cui l'assicurato abbia fornito anche una sola risposta affermativa alle domande poste nel Questionario Medico Anamnestico Semplificato, potrà richiedere di compilare e sottoscrivere il Questionario Medico Anamnestico ed il contratto si perfeziona nel momento in cui l'Impresa, ricevuti il Questionario Medico Anamnestico e il modulo di adesione alla polizza, confermi per iscritto l'accettazione del rischio.
- **Importo superiore a € 200.000,00 e fino a € 400.000,00:** si richiede la compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico Anamnestico Semplificato e del Questionario Medico Anamnestico. Il contratto si perfeziona nel momento in cui l'Impresa, ricevuti il Questionario Medico Anamnestico Semplificato, il Questionario Medico Anamnestico e il modulo di adesione alla polizza, confermi per iscritto l'accettazione del rischio.
- **Importo superiore a € 400.000,00 e fino a € 1.000.000,00:** si richiede la compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico Anamnestico Semplificato e del Rapporto di Visita Medica, nonché l'effettuazione degli Esami clinici indicati nel modulo di adesione alla polizza. Il contratto si perfeziona nel momento in cui l'Impresa, ricevuti il Questionario Medico Anamnestico Semplificato, il Rapporto di Visita Medica, gli Esami clinici e il modulo di adesione alla polizza, confermi per iscritto l'accettazione del rischio.

La copertura assicurativa inizia:

- per i mutui che **non sono ancora stati erogati** alla data di perfezionamento del contratto, dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del mutuo, a condizione che il premio sia stato pagato;
- per i mutui che **sono già stati erogati** alla data di perfezionamento del contratto, dalle ore 24.00 della data di perfezionamento del contratto, a condizione che il premio sia stato pagato.

La copertura assicurativa rimane in vigore:

- per i mutui che **non sono ancora stati erogati** alla data di perfezionamento del contratto, per tutta la durata del piano di rimborso del mutuo stabilita in fase di sottoscrizione del mutuo stesso;
- per i mutui che **sono già stati erogati** alla data di perfezionamento del contratto, per la durata residua del piano di rimborso del mutuo stabilita in fase di sottoscrizione del mutuo stesso.



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

In caso di ripensamento, hai diritto di recedere dall'intero contratto (comprensivo sia della garanzia vita che delle garanzie danni) **entro 60 giorni** dalla data di inizio della copertura assicurativa, mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera, da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** all'Impresa presso la Contraente. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso da parte dell'Impresa, hai diritto di ottenere il rimborso del premio al netto delle imposte, delle spese di emissione della polizza e della porzione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI NO

Assicurazione Creditor Protection Insurance

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
(DIP Danni)



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

Prodotto: CL/22/291

Questo documento è stato realizzato in data 01/07/2023 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 mutuo** - nota sul mercato come Creditor Protection Insurance (CPI) o Payment Protection Insurance (PPI) - che, salvo diversa richiesta dell'aderente, cessa in caso di estinzione anticipata del mutuo.

La polizza è **facoltativa** e non è né obbligatoria né richiesta da Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. per ottenere il mutuo o per ottenerlo a condizioni diverse.

La polizza è offerta da Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A., in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. CL/22/291, ai propri clienti che hanno sottoscritto un mutuo e ha lo scopo di proteggere l'Aderente da eventi dannosi che possono colpire la persona dell'Assicurato e limitare la capacità di rimborso del mutuo.



Che cosa è assicurato?

PACCHETTO DI GARANZIE B

- ✓ **Invalidità Permanente Totale** di grado pari o superiore al 60% da infortunio o malattia
Somma assicurata: il capitale residuo del mutuo alla data del sinistro, fino a un massimo di € 1.000.000,00.
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale** da infortunio o malattia
Somma assicurata: le rate mensili del mutuo che hanno scadenza nel periodo di inabilità temporanea totale, fino a un massimo di € 5.000,00 al mese per 18 mensilità consecutive per sinistro o 36 mensilità complessive per contratto.



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 e/o inabilità riconosciuta dall'INPS o da altro ente pubblico;
- ✗ sono titolari di una pensione di invalidità e/o inabilità o hanno presentato domanda per ottenerla
- ✗ a seguito o per effetto della normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o delle misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale, siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" o siano sottoposte a divieti e/o misure restrittive.



Ci sono limiti di copertura?

Per le garanzie **Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%** e **Inabilità Temporanea Totale** 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 (eccetto se l'assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);
- ! atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'assicurato vi abbia preso parte attiva;
- ! tutti i rischi nucleari;
- ! infortunio antecedente alla data di inizio della polizza;
- ! malattie mentali o disturbi psichici in genere;
- ! ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- ! gravidanza, puerperio e patologie correlate.

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

- ! un periodo di carenza di 60 giorni consecutivi a partire dalla data di inizio della polizza, se l'inabilità è conseguenza di malattia;
- ! un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di inabilità temporanea totale.



Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
- In caso di sinistro, hai il dovere di denunciarlo tempestivamente e per iscritto a Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. o in alternativa all'Impresa presentando i documenti elencati nel DIP aggiuntivo Multirischi.
- 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 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 corrisposto in un'unica soluzione tramite addebito sul tuo conto corrente bancario aperto presso la Contraente.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa inizia:

- per i mutui che **non sono ancora stati erogati** alla data di perfezionamento del contratto, dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del mutuo, a condizione che il premio sia stato pagato;
- per i mutui che **sono già stati erogati** alla data di perfezionamento del contratto, dalle ore 24.00 della data di perfezionamento del contratto, a condizione che il Premio sia stato pagato.

La copertura assicurativa rimane in vigore:

- per i mutui che **non sono ancora stati erogati** alla data di perfezionamento del contratto, per tutta la durata del piano di rimborso del mutuo stabilita in fase di sottoscrizione del mutuo stesso;
- per i mutui che **sono già stati erogati** alla data di perfezionamento del contratto, per la durata residua del piano di rimborso del mutuo stabilita in fase di sottoscrizione del mutuo stesso.



Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento, hai diritto di recedere dall'intero contratto (comprensivo sia delle garanzie danni che della garanzia vita) **entro 60 giorni** dalla data di inizio della copertura assicurativa, mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera, da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** alla Compagnia presso la Contraente. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso da parte della Compagnia, hai diritto di ottenere il rimborso del premio al netto delle imposte, delle spese di emissione della polizza e della porzione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

In caso di sottoscrizione del Pacchetto di Garanzie B, limitatamente alle garanzie danni (Invalidità Permanente Totale e Inabilità Temporanea Totale), **a partire dall'inizio del quinto anno di durata del contratto**, hai inoltre diritto di recedere senza alcun onere e con effetto a decorrere dall'inizio dell'annualità assicurativa successiva a quella in cui viene esercitato il recesso. In questo caso le **garanzie danni** cessano e avrai diritto alla restituzione del premio al netto delle imposte, delle spese di emissione della polizza e della porzione di premio relativa al periodo per il quale le garanzie danni hanno avuto effetto.

Assicurazione Creditor Protection Insurance

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

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



Prodotto: CL/22/291

Questo documento è stato realizzato in data 01/07/2023 ed è l'ultimo disponibile

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 aderente/assicurato/contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

L'aderente/assicurato/contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

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. alla data del 31 dicembre 2022 è pari a € 43.635.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari a € 2.048.000,00 rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 2.048.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 41.587.000,00. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe Insurance d.a.c. è pari al 283%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 14.443.000,00 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 40.877.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 3.611.000,00. 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.



Che cosa è assicurato?

PACCHETTO DI GARANZIE A

Decesso per qualsiasi causa (Ramo vita)	In caso di decesso dell'assicurato per qualsiasi causa, l'Impresa corrisponde al beneficiario una somma pari al capitale residuo del mutuo alla data del decesso, eccetto arretrati ed interessi di mora, entro il massimale previsto in polizza. L'Impresa corrisponde una prestazione aggiuntiva, pari al capitale residuo del mutuo alla data del decesso, qualora il decesso sia avvenuto a seguito di Infortunio stradale, entro il massimale previsto in polizza.
--	---

PACCHETTO DI GARANZIE B

Decesso per qualsiasi causa (Ramo vita)	In caso di decesso dell'assicurato per qualsiasi causa, l'Impresa corrisponde al beneficiario una somma pari al capitale residuo del mutuo alla data del decesso, eccetto arretrati ed interessi di mora, entro il massimale previsto in polizza. L'Impresa corrisponde una prestazione aggiuntiva, pari al capitale residuo del mutuo alla data del decesso, qualora il decesso sia avvenuto a seguito di Infortunio stradale, entro il massimale previsto in polizza.
Invalità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% da infortunio o malattia (Ramo danni)	In caso di invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60% riconosciuta all'assicurato a seguito di infortunio o malattia, l'Impresa corrisponde al beneficiario una somma pari al capitale residuo del mutuo alla data del riconoscimento dell'invalidità permanente totale, eccetto arretrati ed interessi di mora, entro il massimale previsto in polizza.
Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia (Ramo danni)	In caso di inabilità temporanea totale dell'assicurato a seguito di infortunio o malattia, l'Impresa corrisponde al beneficiario una somma pari alle rate mensili del mutuo, dovute dopo il periodo di franchigia assoluta, che hanno scadenza nel periodo di inabilità temporanea totale documentato, eccetto arretrati ed interessi di mora, entro il massimale previsto in polizza. La prestazione è corrisposta a condizione che: <ul style="list-style-type: none">l'inabilità temporanea totale sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;l'inabilità temporanea totale, se conseguenza di malattia, non si sia verificata durante il periodo di carenza;l'inabilità temporanea totale abbia una durata superiore al periodo di franchigia assoluta.



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.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: i sinistri devono essere denunciati tempestivamente e per iscritto a Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. oppure in alternativa all'Impresa. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dall'Impresa seguendo le istruzioni riportate sul sito internet www.metlife.it nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet www.sinistrimetlife.it o in alternativa telefonare al numero 06.492161.</p> <p>In caso di sinistro è necessario presentare all'Impresa la seguente documentazione distinta per garanzia:</p> <p>Decesso</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificato di morte in originale o copia conforme all'originale ▪ Certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza in originale o copia conforme all'originale ▪ In caso di decesso a seguito di malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia in copia conforme all'originale ▪ In caso di decesso a seguito di infortunio, verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento in copia conforme all'originale <p>Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbale redatto dalle autorità intervenute ▪ Certificato autoptico ▪ Accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico <p>Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico in copia conforme all'originale ▪ In caso di invalidità a seguito di malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia in copia conforme all'originale ▪ In caso di invalidità a seguito di infortunio, verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento in copia conforme all'originale <p>Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbale redatto dalle autorità intervenute <p>Inabilità temporanea totale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificazione medica attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale in originale o copia conforme all'originale ▪ In caso di inabilità a seguito di infortunio sul lavoro, certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale in originale o copia conforme all'originale ▪ Per i lavoratori dipendenti, dichiarazione del datore di lavoro attestante l'inizio e la fine dell'inabilità lavorativa in originale ▪ Per i lavoratori autonomi, certificato della camera di commercio relativo all'attività lavorativa <p>Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cartella clinica relativa al ricovero ▪ Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento ▪ Verbale redatto dalle autorità intervenute ▪ Eventuale ulteriore documentazione medico-ospedaliera attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale
	<p>Prescrizione: ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal contratto si prescrivono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 di grado pari o superiore al 60% e Inabilità Temporanea Totale - in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. <p>Resta inteso che qualora l'Impresa, per cause ad essa non imputabili, si trovi 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.</p>
	<p>Liquidazione della prestazione: se il sinistro è indennizzabile, l'Impresa si impegna al pagamento della prestazione assicurata entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: non prevista.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sul rischio da assicurare (come ad esempio non dichiarare di percepire una pensione di invalidità/inabilità) o che non consentono di concludere o aggiornare l'adeguata verifica della clientela prevista dalla normativa anticiclaggio possono comportare la cessazione della polizza o la perdita del diritto a ricevere l'indennizzo.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e DIP Danni.
Rimborso	<p>Hai diritto al rimborso del premio nei seguenti casi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del mutuo, salvo che l'aderente chieda che le garanzie restino attive; b) recesso dal contratto; c) se l'assicurato perde la qualifica di rappresentante legale, amministratore delegato, dirigente, socio o titolare dell'azienda aderente, salvo richiesta di subentro da parte dell'aderente. <p>L'Impresa effettua il rimborso del premio al netto delle imposte, delle spese di emissione della polizza, della porzione di premio relativa al periodo per il quale la polizza ha avuto effetto e delle spese amministrative per il rimborso del premio pari a € 40,00 in caso di estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del mutuo.</p>
Sconti	Non previsti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La polizza cessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) in caso di decesso dell'assicurato; b) al pagamento della prestazione assicurata in caso di decesso o invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60% dell'assicurato; c) in caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del mutuo, salvo che l'aderente chieda che le garanzie restino attive; d) in caso di recesso dal contratto; e) se l'assicurato perde la qualifica di rappresentante legale, amministratore delegato, dirigente, socio o titolare dell'azienda aderente. <p>Se sono assicurate 2 o più persone: Nei casi a), b) la polizza rimane attiva per gli altri assicurati. Nel caso c) la polizza cessa per tutti gli assicurati, salvo che l'aderente chieda che le garanzie restino attive; Nel caso d) la polizza cessa per tutti gli assicurati; Nel caso e) la polizza rimane attiva per gli altri assicurati.</p>
Sospensione	Ai sensi dell'art. 1901 c.c. in caso di mancato pagamento del premio, la polizza resta sospesa e decorrerà dalle ore 24.00 del giorno in cui paghi quanto dovuto.



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

Revoca	Non prevista.
Recesso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e nel DIP Danni.
Risoluzione	Non prevista.



A chi è rivolto questo prodotto?

Possano aderire alla polizza le aziende con sede legale in Italia che hanno sottoscritto un contratto di mutuo con la Contraente.

Sono assicurabili le persone che:

- al momento dell'adesione alla polizza:
 - sono residenti in Italia;
 - sono munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
 - ricoprono la qualifica di rappresentante legale, amministratore delegato, dirigente, socio o titolare dell'azienda aderente;
 - hanno compiuto 18 anni di età;
 - hanno un'un'età assicurativa inferiore o pari a 68 anni;
- al termine del piano di rimborso del mutuo, hanno un'un'età assicurativa inferiore o pari a 69 anni.

Per ciascun mutuo, possono essere assicurate fino a **4 persone fisiche**, con un meccanismo di **quota parte**, a condizione che il totale delle somme assicurate sia pari al **100%** del capitale iniziale/residuo del mutuo.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Costo complessivo per emissione, gestione e acquisizione del contratto:	66,00% del premio netto imposte - include il costo di intermediazione pari al 58,00% del premio netto imposte
Spese di emissione del Contratto	€ 50,00
Costo per visita medica	<p>Se la visita medica è richiesta in fase di assunzione del rischio, il costo è a carico dell'assicurato e non è quantificabile a priori in quanto dipende dalla tariffa praticata dalla struttura medica liberamente scelta dall'assicurato. L'Impresa rimborserà all'assicurato le spese sostenute e documentate fino a un massimo di € 500,00.</p> <p>Se la visita medica è disposta per l'eventuale liquidazione del sinistro, il costo è a carico dell'Impresa che si rivolge a medici di sua fiducia.</p>

Altri costi (costi PPI)

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



Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI NO

Valori di riscatto e riduzione	Non previsto.
Richiesta di informazioni	Non previsto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a mezzo posta, telefax o e-mail alla funzione Ufficio Reclami dell'Impresa, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati:</p> <p style="text-align: center;">METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma Tel. 06.492161 Fax 06.49216300 Indirizzo e-mail: reclami@metlife.it</p> <p>Il reclamante potrà presentare reclamo all'Impresa anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti".</p> <p>Il reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.</p> <p>In ogni caso, resta salva la facoltà di proporre il reclamo nei confronti dell'Autorità di Vigilanza dello Stato membro di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c. al seguente indirizzo: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland oppure Irish Financial Services Ombudsman, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Tel: +353 1 6620899, Fax: +353 1 6620890.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
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). La mediazione è obbligatoria per le controversie relative ai contratti assicurativi.
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	<p>Alla polizza si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR). I premi per le garanzie del ramo vita (Decesso) non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni. I premi per le garanzie del ramo danni (Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% e Inabilità Temporanea Totale) sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'ammontare dei premi. Sui premi delle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente superiore al 5%, derivante da qualsiasi causa, è riconosciuta una detrazione d'imposta IRPEF nella misura e per gli importi previsti dalla normativa vigente.</p>
---	--

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO, L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE NEL MODULO DI ADESIONE. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERTIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'ADERENTE (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/22/291
stipulata da Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale
per l'Italia

Questo documento è stato realizzato in data 01/07/2023 ed è l'ultimo disponibile

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

INDICE

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

GLOSSARIO

Aderente: l'azienda che, per il tramite del proprio rappresentante legale, aderisce al Programma Assicurativo e sostiene il pagamento del Premio.

Agente (o Agenzia): One Underwriting S.r.l. con sede legale in Via della Chiesa 15 - 20123 Milano, iscritta alla Sezione A del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. A000485912, in data 18/04/2014.

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

Annualità assicurativa: periodo pari ad un anno, calcolato a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

Assicurato: la persona fisica, indicata dall'Aderente nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo, che ricopre la qualifica di rappresentante legale, amministratore delegato, dirigente, socio o titolare dell'azienda Aderente, sulla cui vita o persona viene stipulato il Contratto.

Beneficiario: l'Aderente. Con riferimento alla garanzia decesso, l'Aderente può tuttavia designare un beneficiario diverso compilando l'apposita sezione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo o con successiva designazione.

Capitale iniziale: l'importo del mutuo 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: 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.

Contraente: Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. con sede legale in Via del Macello, 55 - 39100 Bolzano, iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000026962, in data 01/02/2007.

Contratto (o Polizza): il contratto di assicurazione stipulato tra l'Aderente e la Compagnia.

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.

Età assicurativa: corrisponde all'età anagrafica dell'Assicurato, maggiorata di 1 anno, qualora siano trascorsi almeno 6 mesi dal compimento dell'età anagrafica (esempio: se l'Assicurato ha compiuto 30 anni il 1° marzo 2023, la sua Età assicurativa al 1° settembre 2023 sarà di 31 anni).

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.

Infortunio stradale: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che si verifica sulla strada o sulle sue pertinenze, in cui rimangono coinvolti veicoli, esseri umani o animali, fermi o in movimento, e dal quale derivino lesioni obiettivamente constatabili.

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

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

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

Mezzo di trasporto privato: mezzo terrestre proprio o di terzi a qualsiasi titolo posseduto, di peso complessivo a pieno carico fino a 35 quintali, quale a titolo esemplificativo: autovettura; rimorchio (carrello, appendice, roulotte) trainato da autovettura; autocarro; autocaravan e camper; ciclomotore; motociclo; bicicletta o altro veicolo a braccia.

Mezzo di trasporto pubblico: qualsiasi mezzo destinato al trasporto pubblico di persone e di cose.

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

Modulo di adesione al Programma Assicurativo: il documento sottoscritto dall'Aderente e dall'Assicurato che prova l'adesione al Programma Assicurativo.

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

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

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

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

Premio puro: il Premio al netto delle imposte, delle spese di emissione della Polizza 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 mutuo** - 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 mutuo, la Polizza cessa, salvo diversa richiesta dell'Aderente. La Polizza è **facoltativa** e non è né obbligatoria né richiesta da Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. per ottenere il mutuo o per ottenerlo a condizioni diverse.

La Polizza è offerta da Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A., in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. CL/22/291, ai propri clienti che hanno sottoscritto un mutuo e ha lo scopo di proteggere l'Aderente da eventi dannosi che possono colpire la persona dell'Assicurato e limitare la capacità di rimborso del mutuo.

La Polizza può essere abbinata ai mutui erogati dalla Contraente con **durata compresa tra 12 e 246 mesi e Capitale iniziale fino a € 1.000.000,00**.

La Compagnia assume il rischio sulla base delle comunicazioni della Contraente e delle dichiarazioni dell'Aderente e 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 per ciascun Assicurato e sono le seguenti.

- **Importo fino a € 200.000,00:** si richiede la compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico Anamnestico Semplificato. Nel caso in cui l'Assicurato abbia compilato il Questionario Medico Anamnestico Semplificato 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. Nel caso in cui l'Assicurato abbia fornito anche una sola risposta affermativa alle domande poste nel Questionario Medico Anamnestico Semplificato, potrà richiedere di compilare e sottoscrivere il Questionario Medico Anamnestico ed il Contratto si perfeziona nel momento in cui la Compagnia, ricevuti il Questionario Medico Anamnestico e il Modulo di adesione al Programma Assicurativo, confermi per iscritto l'accettazione del rischio.
- **Importo superiore a € 200.000,00 e fino a € 400.000,00:** si richiede la compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico Anamnestico Semplificato e del Questionario Medico Anamnestico. Il Contratto si perfeziona nel momento in cui la Compagnia, ricevuti il Questionario Medico Anamnestico Semplificato e il Questionario Medico Anamnestico e il Modulo di adesione al Programma Assicurativo, confermi per iscritto l'accettazione del rischio.
- **Importo superiore a € 400.000,00 e fino a € 1.000.000,00:** si richiede la compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico Anamnestico Semplificato e del Rapporto di Visita Medica, nonché l'effettuazione degli Esami clinici indicati nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo. Il Contratto si perfeziona nel momento in cui la Compagnia, ricevuti il Questionario Medico Anamnestico Semplificato, il Rapporto di Visita Medica, gli Esami clinici e il Modulo di adesione al Programma Assicurativo, confermi per iscritto l'accettazione del rischio.

Laddove la Compagnia richieda ulteriore documentazione medica, il Contratto si perfeziona nel momento in cui la Compagnia, ricevuta la documentazione supplementare richiesta, confermi per iscritto l'accettazione del rischio.

Laddove la Compagnia richieda l'applicazione di un sovrappremio o l'esclusione di determinate patologie dal Programma Assicurativo, il Contratto si perfeziona nel momento in cui la Compagnia, ricevuta l'accettazione di tali condizioni da parte dell'Aderente, confermi per iscritto l'accettazione del rischio.

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



In presenza di altri programmi assicurativi riferibili alla presente convenzione già in essere con la Compagnia, ai fini dell'individuazione della corretta formalità di assunzione del rischio, occorrerà sommare il capitale residuo dei mutui precedentemente assicurati con il capitale del nuovo mutuo da assicurare ed espletare la formalità di assunzione del rischio corrispondente.

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

2.2 – Decorrenza e durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre:

- per i mutui che **non sono ancora stati erogati** alla data di perfezionamento del Contratto, dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del mutuo, a condizione che il Premio sia stato pagato;
- per i mutui che **sono già stati erogati** alla data di perfezionamento del Contratto, dalle ore 24.00 della data di perfezionamento del Contratto, a condizione che il Premio sia stato pagato.

Il Programma Assicurativo rimane in vigore:

- per i mutui che **non sono ancora stati erogati** alla data di perfezionamento del Contratto, per tutta la durata del piano di rimborso del mutuo stabilita in fase di sottoscrizione del mutuo stesso;
- per i mutui che **sono già stati erogati** alla data di perfezionamento del Contratto, per la durata residua del piano di rimborso del mutuo stabilita in fase di sottoscrizione del mutuo stesso.

In caso di rinegoziazione del piano di rimborso del mutuo, le garanzie vengono prestate sulla base del piano di rimborso originario, stabilito in fase di sottoscrizione del mutuo.

2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato;
- b) al pagamento della prestazione assicurata in caso di decesso o Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% dell'Assicurato;
- c) in caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del mutuo, salvo che l'Aderente chieda che le garanzie restino attive ai sensi dell'art. 2.4;
- d) in caso di esercizio del diritto di recesso;
- e) se, in corso di Contratto, l'Assicurato perde la qualifica di rappresentante legale, amministratore delegato, dirigente, socio o titolare dell'azienda Aderente.

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.

Nel caso e) la Compagnia procederà alla restituzione del Premio al netto delle imposte, delle spese di emissione del Contratto e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, salvo richiesta di subentro da parte dell'Aderente ai sensi dell'art. 2.6.

SE SONO ASSICURATE 2 O PIÙ PERSONE FISICHE

Nei casi a), b):

- non è dovuta alcuna restituzione di Premio per l'Assicurato deceduto o riconosciuto invalido;
- il Programma Assicurativo rimane attivo per gli altri assicurati in base alla quota di capitale garantito stabilita in fase di sottoscrizione del Contratto.

Nel caso c) il Programma Assicurativo cessa per tutti gli assicurati e la Compagnia procederà alla restituzione del Premio nei termini specificati all'art. 2.4, salvo che l'Aderente chieda che le garanzie restino attive;

i Nel caso d) il Programma Assicurativo cessa per tutti gli assicurati e la Compagnia procederà alla restituzione del Premio nei termini specificati all'art. 2.5.

Nel caso e):

- la Compagnia procederà alla restituzione del Premio al netto delle imposte, delle spese di emissione del Contratto e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, limitatamente all'Assicurato che ha perso la qualifica di rappresentante legale, amministratore delegato, dirigente, socio o titolare dell'azienda Aderente, salvo richiesta di subentro da parte dell'Aderente ai sensi dell'art. 2.6;
- il Programma Assicurativo rimane in vigore per gli altri assicurati, in base alla quota di capitale garantito stabilita in fase di sottoscrizione del Contratto.

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

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

A) Estinzione anticipata totale o trasferimento

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

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

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

Formola di calcolo per il rimborso del Premio:

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

Dove:

PR = premio rimborsato

P = Premio puro

C = Caricamenti

U = data termine Programma Assicurativo

E = data estinzione anticipata totale

I = data inizio Programma Assicurativo

DR = capitale residuo alla data di estinzione anticipata totale

DI = capitale iniziale

Esempio

Premio:	€ 1.000,00
Premio puro:	€ 300,00
Caricamenti:	€ 700,00
Data inizio Programma Assicurativo:	04/02/2020
Data termine Programma Assicurativo:	05/02/2024
Data estinzione anticipata totale:	27/04/2021
Capitale residuo alla data di estinzione anticipata totale:	€ 7.224,00
Capitale iniziale:	€ 10.000,00
Spese amministrative:	€ 40,00
Premio rimborsato:	€ 595,81

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

B) Estinzione anticipata parziale

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

L'Aderente, in alternativa, può richiedere che le garanzie restino attive con riferimento al piano di rimborso del mutuo in vigore al momento dell'estinzione, mediante apposita comunicazione da consegnare alla Contraente, contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata parziale del mutuo.

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 mutuo 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 estinzione anticipata parziale

I = data inizio Programma Assicurativo

DR = capitale residuo alla data di estinzione anticipata parziale

DI = capitale iniziale

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

Esempio

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

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

2.5 – Recesso

L'Aderente ha diritto di recedere dal Contratto **entro 60 giorni** dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo, mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** alla Compagnia presso la Contraente. **Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della comunicazione.** Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso da parte della Compagnia, l'Aderente ha diritto di ottenere il rimborso del Premio al netto delle imposte, delle spese di emissione della Polizza e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

In caso di sottoscrizione del Pacchetto di Garanzie B, limitatamente alle garanzie danni (Invalidità Permanente Totale e Inabilità Temporanea Totale) spetterà inoltre all'Aderente, **a partire dall'inizio del quinto anno di durata del Contratto**, il diritto di recedere senza alcun onere e con effetto a decorrere dall'inizio dell'Annualità assicurativa successiva a quella in cui viene esercitato il recesso. In questo caso le **garanzie danni** cessano e la Compagnia restituirà all'Aderente il Premio al netto

delle imposte, delle spese di emissione della Polizza e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale le garanzie danni hanno 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'Aderente.


2.6 – Subentro

L'Aderente, nel caso in cui l'Assicurato dovesse perdere la qualifica di rappresentante legale, amministratore delegato, dirigente, socio o titolare dell'azienda Aderente in corso di Contratto, in alternativa alla restituzione della porzione di premio non goduta ai sensi dell'art. 2.3, può richiedere alla Compagnia di sostituire l'Assicurato con altro soggetto alle medesime condizioni assicurative (cd. subentro) previa comunicazione scritta corredata della documentazione attestante la perdita della qualifica sopra indicata.

In tal caso, per poter perfezionare il subentro:

- il soggetto subentrante dovrà espletare le formalità di assunzione del rischio indicate all'art. 2.1, in funzione del debito residuo del mutuo alla data di presentazione della richiesta;
- la Compagnia dovrà confermare per iscritto l'accettazione del rischio in capo al subentrante.

Resta inteso che la copertura assicurativa decorrerà dalle ore 24.00 della data di accettazione del rischio da parte della Compagnia e che, di conseguenza, non saranno garantiti eventuali sinistri antecedenti a tale data.

 In fase di subentro, l'Aderente non potrà variare le condizioni di assicurazione del Contratto in essere (incluso il Pacchetto di Garanzie).

Art. 3 – Premio assicurativo

3.1 – Premio

Il Premio è unico ed è calcolato moltiplicando il tasso di Premio, indicato nella tabella di seguito riportata, per il Capitale iniziale del mutuo (o per il capitale residuo del mutuo in caso di mutuo già erogato alla data di perfezionamento del Contratto) e per la quota parte di capitale garantito del mutuo. Al Premio così calcolato dovranno essere aggiunte spese di emissione del Contratto per complessivi € 50,00.

Il Premio viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, rimarrà totalmente acquisito dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

TASSO PREMIO UNICO

Durata del Mutuo in mesi	Pacchetto di Garanzie	
	A	B
12 – 42	0,500%	1,050%
43 – 66	0,710%	1,300%
67 – 126	1,880%	2,750%
127 – 186	3,010%	4,180%
187 – 246	3,770%	5,200%

3.2 – Modalità di pagamento del Premio

Il Premio viene corrisposto in un'unica soluzione tramite addebito sul conto corrente bancario dell'Aderente aperto presso la Contraente. Il Premio viene versato dalla Contraente alla Compagnia.

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

Il presente Contratto è regolamentato dalla legge italiana.

Art. 6 – Prescrizione

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

- con riferimento alla garanzia classificata nel **Ramo Vita** – Decesso – in **10 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda;
- con riferimento alle garanzie classificate nel **Ramo Danni** – Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% e Inabilità Temporanea Totale – 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 / Procedimento di mediazione

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

Il Programma Assicurativo prevede 2 diversi Pacchetti di Garanzie a scelta dell'Aderente.

PACCHETTO	GARANZIE
A.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Decesso per qualsiasi causa, con raddoppio della prestazione assicurata se il decesso è avvenuto a seguito di Infortunio stradale
B.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Decesso per qualsiasi causa, con raddoppio della prestazione assicurata se il decesso è avvenuto a seguito di Infortunio stradale ✓ Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia ✓ Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.

Art. 11 – Persone assicurabili

Possono aderire al Programma Assicurativo le aziende con sede legale in Italia, che abbiano sottoscritto un contratto di mutuo con la Contraente e che non siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" previste dalla Normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o dalle Misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale.

Sono assicurabili le persone fisiche a condizione che:

- al momento dell'adesione al Programma Assicurativo:
 - a) siano residenti in Italia;
 - b) siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
 - c) ricoprano la qualifica di rappresentante legale, amministratore delegato, dirigente, socio o titolare dell'azienda Aderente;
 - d) abbiano compiuto 18 anni di età;
 - e) abbiano un'Età assicurativa inferiore o pari a **68 anni**;
- al termine del piano di rimborso del mutuo, abbiano un'Età assicurativa inferiore o pari a **69 anni**.

 Per ciascun mutuo, possono essere assicurate fino a **4 persone fisiche**, con un meccanismo di **quota parte**, a condizione che il totale delle somme assicurate sia pari al **100%** del capitale iniziale/residuo del mutuo.

Non sono assicurabili le persone fisiche che:

- siano portatrici di invalidità e/o inabilità riconosciuta dall'INPS o da altro ente pubblico;
- siano titolari di una pensione di invalidità e/o inabilità o abbiano presentato domanda per ottenerla.

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

Art. 12 – Limitazioni valide per tutte le garanzie

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

SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Art. 13 – Decesso per qualsiasi causa (garanzia inclusa nei pacchetti A e B)

13.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del mutuo alla data del decesso, **eccetto arretrati e interessi di mora**. Resta inteso che, in caso di sospensione del piano di rimborso del mutuo per qualsiasi ragione, **eventuali rate accodate al piano di rimborso del mutuo saranno escluse dall'Indennizzo**.

Se sono assicurate due o più persone fisiche, la prestazione pagabile corrisponde alla quota parte di capitale garantito indicata nel modulo di adesione al Programma Assicurativo.

La Compagnia corrisponde una **prestazione aggiuntiva**, pari al capitale residuo del mutuo alla data del decesso, qualora il decesso sia avvenuto a seguito di **Infortunio stradale**, occorso all'Assicurato in qualità di:

- conducente di Mezzo di trasporto privato;
- passeggero su Mezzo di trasporto privato o Mezzo di trasporto pubblico;
- pedone, in caso di investimento da parte di qualsiasi veicolo.

Sono inclusi gli infortuni che l'Assicurato subisca durante le operazioni necessarie alla ripresa della marcia del veicolo in caso di avaria o guasto meccanico, oppure mentre sale a bordo del veicolo o ne discende.

La prestazione aggiuntiva viene corrisposta **a condizione che, al momento del Sinistro, l'Assicurato sia in regola con le norme di sicurezza previste dalla tipologia del mezzo di trasporto utilizzato e dal codice della strada**.

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 (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);
- 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 nei 2 anni successivi alla data di adesione al Programma Assicurativo.

La Compagnia non corrisponderà la prestazione aggiuntiva se l'Infortunio stradale è conseguenza di:

- guida del veicolo in stato di ebbrezza;
- guida del veicolo adibito ad uso diverso da quello stabilito dalla carta di circolazione o contro la volontà del proprietario;
- partecipazione a corse, gare e relative prove;
- pratica di sport comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore.

13.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di mutuo e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 1.000.000,00**; nel caso in cui il decesso sia conseguente ad Infortunio stradale, la prestazione massima viene elevata a **€ 2.000.000,00**.

Art. 14 – Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia (garanzia inclusa nel pacchetto B)

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 di grado pari o superiore al 60% riconosciuta all'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia (IPT) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del mutuo alla data del riconoscimento dell'IPT, **eccetto arretrati e interessi di mora**. Resta inteso che, in caso di sospensione del piano di rimborso del mutuo per qualsiasi ragione, **eventuali rate accodate al piano di rimborso del mutuo saranno escluse dall'Indennizzo**.

Se sono assicurate due o più persone fisiche, la prestazione pagabile corrisponde alla quota parte di capitale garantito indicata nel modulo di adesione al Programma Assicurativo.

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 (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);
- 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;
- malattie mentali o disturbi psichici in genere;
- ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- gravidanza, puerperio e patologie correlate.

14.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di mutuo e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di € **1.000.000,00**.

Art. 15 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia (garanzia inclusa nel pacchetto B)

15.1 – Oggetto della garanzia



L'Inabilità Temporanea Totale corrisponde alla perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria professione lavorativa.

In caso di Inabilità Temporanea Totale dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia (ITT) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una somma pari alle rate di rimborso mensili del mutuo dovute dopo il periodo di Franchigia assoluta, che hanno scadenza nel periodo di ITT documentato, **eccetto arretrati e interessi di mora**. Resta inteso che, in caso di sospensione del piano di rimborso del mutuo per qualsiasi ragione, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario una somma pari alle rate che avrebbero avuto scadenza nel periodo di sospensione.

Se sono assicurate due o più persone fisiche, la prestazione pagabile corrisponde alla quota parte di capitale garantito indicata nel modulo di adesione al Programma Assicurativo.

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, se conseguenza di Malattia, non si sia verificata durante il periodo di Carenza;
- l'ITT abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta.

15.2 – Esclusioni

Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;
- Alcolismo;
- un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;
- tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra o insurrezione;

- qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);
- 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;
- malattie mentali o disturbi psichici in genere;
- ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- gravidanza, puerperio e patologie correlate.

15.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di mutuo e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 5.000,00 al mese per 18 mensilità consecutive per Sinistro e 36 mensilità complessive per Contratto**.

15.4 – Carenza

Il Contratto prevede un periodo di Carenza pari a **60 giorni consecutivi** calcolati a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo se l'Inabilità Temporanea Totale è conseguenza di Malattia.

15.5 – Franchigia

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

Esempio

L'esempio è formulato con riferimento ad un mutuo che preveda il pagamento di rate di rimborso mensili pari a € 1.000,00.

PERIODO DI ITT	SCADENZA DELLA RATA	INDENNIZZO
12/09/2022 - 17/10/2022	15 del mese	Nessuno il periodo di inabilità è inferiore alla franchigia
12/09/2022 - 17/11/2022	15 del mese	€ 1.000,00

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Art. 16 – Denuncia di Sinistro

Eventuali sinistri devono essere denunciati tempestivamente e per iscritto a Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. oppure in alternativa alla Compagnia. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dalla Compagnia seguendo le istruzioni riportate sul sito internet www.metlife.it nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet www.sinistrimetlife.it o in alternativa telefonare al numero **06.492161**.

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

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

Art. 17 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

Decesso per qualsiasi causa

- Certificato di morte in originale o copia conforme all'originale
- Certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza in originale o copia conforme all'originale
- In caso di decesso a seguito di Malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia in copia conforme all'originale
- In caso di decesso a seguito di Infortunio, verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento in copia conforme all'originale

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

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

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

- Accertamento dell'inabilità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico in copia conforme all'originale
- In caso di inabilità a seguito di Malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia in copia conforme all'originale
- In caso di inabilità a seguito di Infortunio, verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento in copia conforme all'originale

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

- Verbale redatto dalle autorità intervenute

Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

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

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

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

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

I criteri per la determinazione dell'Indennizzo sono indicati nella Sezione III - agli articoli denominati "Oggetto della garanzia" - per ciascuna garanzia offerta.

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

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

SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI

Art. 19 – Richiesta di Informazioni

L'Aderente e l'Assicurato hanno 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'Aderente 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. 20 – Reclami

20.1 – 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.

20.2 – 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.

20.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma | Fax 06.42133.206 | PEC: tutela.consumatore@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. 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**, 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 anti-riciclaggio 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 continuarli (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 trattiamo 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 il raggiungimento dei limiti di età o per mancato pagamento del premio entro i limiti consentiti). L'utilizzo di processi decisionali automatizzati per tali finalità è necessario ai fini della conclusione e della gestione dei nostri contratti di polizza, riduce gli errori e aumenta il livello di servizio. Se dovesse ritenere che la nostra tecnologia abbia commesso degli errori, può contattare il nostro Responsabile Privacy per richiedere una verifica scrivendo a info.privacy@metlife.it.

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

Come contattarci o chiedere aiuto

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

La preghiamo di contattarci nel caso in cui non fosse soddisfatto delle modalità in cui raccogliamo, condividiamo o utilizziamo i suoi dati personali o per revocare il consenso precedentemente reso, ove possibile. Potrà contattarci utilizzando i recapiti sopra riportati. Nel caso in cui non dovesse ritenersi soddisfatto della nostra risposta, ha il diritto di presentare un reclamo all' Autorità Garante per la Protezione dei dati personali, Piazza Monte Citorio, 121 - 00186, Roma, Tel: **(+39) 06.696771** o visitando il sito www.garanteprivacy.it.

Come possiamo contattarla

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

Come proteggiamo i suoi dati personali

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

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

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

Comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e sondaggi

Previo suo consenso, le offriamo l'opportunità di essere contattato per ricevere materiale promozionale in relazione ai prodotti, offerte speciali o servizi che riteniamo possano essere di suo interesse e comunicazioni commerciali (c.d. marketing diretto). Tali comunicazioni potranno essere effettuate, previo consenso, sulla base di una preventiva attività di profilazione, volta ad individuare i suoi specifici interessi.

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

A chi possono essere comunicati i suoi dati

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

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

Taluni suoi dati potrebbero, inoltre, essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti necessario per esigenze connesse alla gestione delle obbligazioni contrattuali oltre che per l'elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri e per la condivisione di informazioni connesse alla gestione del contenzioso inerente alla polizza stessa o eventuali sinistri.

Tali dati potranno, inoltre, essere comunicati e trattati dalla società One Underwriting S.r.l. che svolge per nostro conto attività connesse alla gestione e liquidazione dei 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 SHIELD4U PROJECT BUSINESS

Polizza Creditor Protection Insurance – Convenzione assicurativa n. CL/22/291
stipulata da Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Questo documento è stato realizzato in data 01/07/2023 ed è l'ultimo disponibile



La Polizza assicurativa è **facoltativa**. Per facoltativa si intende che l'adesione al Programma Assicurativo non è né obbligatoria né richiesta da Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. per ottenere il finanziamento o per ottenerlo a condizioni diverse.

NR. PROPOSTA: _____

DATI DEL MUTUO

Nr. Finanziamento Ipotecario: _____ Capitale Iniziale/Residuo: € _____ Durata (mesi): _____

Possono essere assicurate fino a **4 persone fisiche**, con un meccanismo di **quota parte**, a condizione che il totale delle somme assicurate sia pari al **100%** del capitale iniziale/residuo del mutuo.

DATI DELL'ADERENTE**AZIENDA**

Ragione Sociale: _____

Codice Fiscale: _____

Partita IVA: _____

Indirizzo Sede Legale: _____

Recapito Telefonico: _____

Indirizzo E-mail: _____

RAPPRESENTANTE LEGALE / TITOLARE

Nome: _____

Cognome: _____

Luogo di Nascita: _____

Data di Nascita: _____

Sesso: M F

Codice Fiscale: _____

Persona Politicamente Esposta: Sì No

Recapito Telefonico: _____

Indirizzo E-mail: _____

Documento di Riconoscimento (tipologia): _____

Numero: _____

Data di Rilascio: _____

Data di Scadenza: _____

Comune (o Stato estero) di Rilascio: _____

Ente di Rilascio: _____

Provenienza delle somme utilizzate per il pagamento della polizza: _____

DATI DELL'ASSICURATO**ASSICURATO N. 1**

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: _____

Qualifica ricoperta all'interno dell'Azienda: Rappresentante legale Amministratore delegato Dirigente Socio Titolare

Documento di Riconoscimento (tipologia): _____

Numero: _____

Data di Rilascio: _____

Data di Scadenza: _____

Comune (o Stato estero) di Rilascio: _____

Ente di Rilascio: _____

ASSICURATO N. 2

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: _____

Qualifica ricoperta all'interno dell'Azienda: Rappresentante legale Amministratore delegato Dirigente Socio Titolare

Documento di Riconoscimento (tipologia): _____

Numero: _____

Data di Rilascio: _____

Data di Scadenza: _____

Comune (o Stato estero) di Rilascio: _____

Ente di Rilascio: _____

ASSICURATO N. 3

Nome:	Cognome:	
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale:	Persona Politicamente Esposta: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Indirizzo di Residenza:		
Indirizzo di Domicilio (se diverso da Residenza):		
Recapito Telefonico:	Indirizzo E-mail:	
Qualifica ricoperta all'interno dell'Azienda:	<input type="checkbox"/> Rappresentante legale <input type="checkbox"/> Amministratore delegato <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Titolare	
Documento di Riconoscimento (tipologia):	Numero:	
Data di Rilascio:	Data di Scadenza:	
Comune (o Stato estero) di Rilascio:	Ente di Rilascio:	

ASSICURATO N. 4

Nome:	Cognome:	
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale:	Persona Politicamente Esposta: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Indirizzo di Residenza:		
Indirizzo di Domicilio (se diverso da Residenza):		
Recapito Telefonico:	Indirizzo E-mail:	
Qualifica ricoperta all'interno dell'Azienda:	<input type="checkbox"/> Rappresentante legale <input type="checkbox"/> Amministratore delegato <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Titolare	
Documento di Riconoscimento (tipologia):	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 diversi Pacchetti di Garanzie a scelta dell'Aderente.

PACCHETTO A	<input checked="" type="checkbox"/> DECESSO per qualsiasi causa con raddoppio della prestazione assicurata se il decesso è avvenuto a seguito di Infortunio stradale
PACCHETTO B	<input checked="" type="checkbox"/> DECESSO per qualsiasi causa con raddoppio della prestazione assicurata se il decesso è avvenuto a seguito di Infortunio stradale <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia <input checked="" type="checkbox"/> INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE a seguito di Infortunio o Malattia

COSTI

Il Premio è unico e viene corrisposto in un'unica soluzione tramite addebito sul conto corrente bancario dell'Aderente aperto presso la Contraente.

ASSICURATO N. 1

Quota parte capitale garantito:	Importo capitale garantito:	Pacchetto di Garanzie prescelto:
Premio unico (commissioni incluse): €	Di cui imposte: €	Commissioni percepite dagli intermediari: €

ASSICURATO N. 2

Quota parte capitale garantito:	Importo capitale garantito:	Pacchetto di Garanzie prescelto:
Premio unico (commissioni incluse): €	Di cui imposte: €	Commissioni percepite dagli intermediari: €

ASSICURATO N. 3

Quota parte capitale garantito:	Importo capitale garantito:	Pacchetto di Garanzie prescelto:
Premio unico (commissioni incluse): €	Di cui imposte: €	Commissioni percepite dagli intermediari: €

ASSICURATO N. 4

Quota parte capitale garantito:	Importo capitale garantito:	Pacchetto di Garanzie prescelto:
Premio unico (commissioni incluse): €	Di cui imposte: €	Commissioni percepite dagli intermediari: €

COSTI TOTALI

Premio unico (commissioni incluse): €	Di cui imposte: €	Commissioni percepite dagli intermediari: €
Spese di emissione del Contratto: € 50,00		
Spese amministrative per il rimborso del Premio in caso di estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del mutuo: € 40,00		

- i**
- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
 - Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.
 - L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
 - L'Aderente 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
 - La Compagnia, qualora si trovi nell'impossibilità di effettuare l'adeguata verifica della clientela, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare o proseguire il rapporto e le operazioni, valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF e, in caso di liquidazione della prestazione, se richiederne la sospensione. Nel caso in cui l'impossibilità riguardi rapporti continuativi in essere, la Compagnia si astiene dall'effettuare modifiche contrattuali, nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

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).

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

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

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

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

ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Preso visione dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo, dichiaro di:

- aderire al Programma Assicurativo sottoscrivendo il Pacchetto di Garanzie indicato nella sezione "**Informativa relativa alle garanzie e ai costi del Programma Assicurativo**" del presente modulo;
- essere a conoscenza che la Polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il mutuo o per ottenerlo a condizioni diverse;
- essere a conoscenza che la Polizza è **connessa al mutuo** e che rimane in vigore per tutta la durata del medesimo; di conseguenza, in caso di estinzione anticipata del mutuo, la Polizza cessa, salvo mia diversa richiesta;
- 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 Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco (art. 4 Regolamento Ivass n. 41/2018).

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

Dichiaro di approvare specificamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 c.c. i seguenti articoli delle Condizioni di assicurazione: art. 2.2 - Decorrenza e durata del Programma Assicurativo; art. 2.4 - Estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del mutuo; art. 2.5 - Recesso; art. 10 - Validità territoriale delle garanzie; art. 11 - Persone assicurabili; artt. 13.2, 14.2, 15.2 - Esclusioni; artt. 13.3, 14.3, 15.3 - Prestazione massima; art. 15.4 - Carenza; art. 15.5 - Franchigia; art. 16 - Denuncia di Sinistro; art. 17 - Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro.

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

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

CONSENSO ALLA STIPULA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Dichiaro di:

- aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo (art. 56 Regolamento Ivass n. 40/2018);
- consentire la stipula dell'assicurazione sulla mia vita da parte dell'Aderente ai sensi dell'art. 1919 c.c.;
- essere a conoscenza che per tutte le garanzie il Beneficiario è l'Aderente;
- accettare di espletare le formalità di assunzione del rischio indicate nella sezione seguente in base dell'importo da assicurare.

✘ **Data (gg/mm/aa)**

✘ **Firma Assicurato n. 1 (leggibile)**

Firma Assicurato n. 2 (leggibile)

✘ **Firma Assicurato n. 3 (leggibile)**

Firma Assicurato n. 4 (leggibile)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

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

✘ **Data (gg/mm/aa)**

✘ **Firma Assicurato n. 1 (leggibile)**

Firma Assicurato n. 2 (leggibile)

✘ **Firma Assicurato n. 3 (leggibile)**

Firma Assicurato n. 4 (leggibile)

Dichiaro di:

- non essere portatore di invalidità e/o inabilità riconosciuta dall'INPS o da altro ente pubblico;
- non essere titolare di una pensione di invalidità e/o inabilità e di non aver presentato domanda per ottenerla.

✘ **Data (gg/mm/aa)**

✘ **Firma Assicurato n. 1 (leggibile)**

Firma Assicurato n. 2 (leggibile)

✘ **Firma Assicurato n. 3 (leggibile)**

Firma Assicurato n. 4 (leggibile)

ASSUNZIONE DEL RISCHIO

IMPORTO DA ASSICURARE FINO A € 200.000,00

Si richiede la compilazione e sottoscrizione del **Questionario Medico Anamnestico Semplificato Mod. QMSVOLK - Ed. 2023/07**. In caso di risposta affermativa anche ad una soltanto delle domande poste nel Questionario Medico Anamnestico Semplificato, si richiede la compilazione e sottoscrizione del **Questionario Medico Anamnestico Mod. QAVOLK - Ed. 2023/07**.

IMPORTO DA ASSICURARE SUPERIORE A € 200.000,00 E FINO A € 400.000,00

Si richiede la compilazione e sottoscrizione del **Questionario Medico Anamnestico Semplificato Mod. QMSVOLK - Ed. 2023/07** e del **Questionario Medico Anamnestico Mod. QAVOLK - Ed. 2023/07**.

IMPORTO DA ASSICURARE SUPERIORE A € 400.000,00 E FINO A € 1.000.000,00

Si richiede la compilazione e sottoscrizione del **Questionario Medico Anamnestico Semplificato Mod. QMSVOLK - Ed. 2023/07** e del **Rapporto di Visita Medica Mod. RVMVOLK - Ed. 2023/07**, nonché l'effettuazione dei seguenti **Esami clinici**: esame delle urine; elettrocardiogramma a riposo e dopo sforzo; esame del sangue (emocromo, VES, glicemia, colesterolemia, trigliceridi, urea, creatinina, transaminasi GOT, transaminasi GPT, fosfatasi alcalina, gamma GT, uricemia, epatite C, test HIV).

DESIGNAZIONE DI BENEFICIARIO – FACOLTATIVA

L'Aderente designa il/seguente/i beneficiario/i in forma nominativa in caso di decesso. In assenza di designazione del beneficiario in forma nominativa, l'Indennizzo sarà corrisposto all'Aderente, così come indicato nelle Condizioni di assicurazione. **Qualora siano assicurate 2 o più persone fisiche, resta inteso che la designazione del beneficiario in forma nominativa s'intende riferita a tutti gli assicurati.**

▪ **Beneficiario 1**

Quota: _____ %

Nome e Cognome / Ragione Sociale

C.F. / P. IVA:	Residenza / Sede Legale:
Telefono:	E-mail:

Altri dati utili per l'identificazione del beneficiario (*parentela, rapporto con l'Assicurato, ecc.*):

▪ **Beneficiario 2**

Quota: _____ %

Nome e Cognome / Ragione Sociale

C.F. / P. IVA:	Residenza / Sede Legale:
Telefono:	E-mail:

Altri dati utili per l'identificazione del beneficiario (*parentela, rapporto con l'Assicurato, ecc.*):

▪ **Beneficiario 3**

Quota: _____ %

Nome e Cognome / Ragione Sociale

C.F. / P. IVA:	Residenza / Sede Legale:
Telefono:	E-mail:

Altri dati utili per l'identificazione del beneficiario (*parentela, rapporto con l'Assicurato, ecc.*):

▪ **Beneficiario 4**

Quota: _____ %

Nome e Cognome / Ragione Sociale

C.F. / P. IVA:	Residenza / Sede Legale:
Telefono:	E-mail:

Altri dati utili per l'identificazione del beneficiario (*parentela, rapporto con l'Assicurato, ecc.*):

L'Assicurato:

- dichiara di voler escludere l'**invio di comunicazioni** al beneficiario, qualora indicato in forma nominativa, prima dell'evento (*barrando questa casella la Compagnia contatterà il beneficiario indicato in forma nominativa solo in caso di decesso dell'Assicurato*)
- identifica, per esigenze di riservatezza, un **referente terzo** diverso dal beneficiario che la Compagnia potrà contattare in caso di decesso dell'Assicurato

Nome:	Cognome:	C.F.:
Telefono:	E-mail:	

✳ **Data (gg/mm/aa)**

Firma Aderente (leggibile)



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'Aderente direttamente alla Compagnia.

QUESTIONARIO MEDICO ANAMNESTICO SEMPLIFICATO

Mod. QMSVOLK - Ed. 2023/07

Nr. Proposta: _____

Nome e Cognome Assicurato: _____

C.F.: _____

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.

- | | |
|---|---|
| ▪ Durante gli ultimi 3 anni ha interrotto la sua attività lavorativa per più di 1 mese per affezioni lombari o dorsali o per altri problemi di salute (salvo che per ragioni legate alla maternità anticipata, all'ordinario congedo di maternità o per fratture ossee dovute esclusivamente ad infortunio)? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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)? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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)? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Consapevole del fatto che, ai sensi degli artt. 1892 e seguenti c.c., eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa, confermo la correttezza delle risposte sopra rese e delle dichiarazioni ivi contenute, nonché di non aver taciuto, ommesso o alterato alcuna circostanza avente relazione con i dati e le notizie oggetto del questionario, dati e notizie che riconosco quali elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia.

 ✖ **Data (gg/mm/aa)** _____

Firma (leggibile) _____

NR. PROPOSTA: _____

QUESTIONARIO MEDICO ANAMNESTICO

Mod. QAVOLK - Ed. 2023/07

Nome e Cognome Assicurato: _____

C.F.: _____

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.

- | | |
|--|---|
| 1. È in attesa di essere ricoverato o di sottoporsi a visite specialistiche (al di fuori di normali controlli di routine) oppure le è stata indicata da un medico la necessità di essere sottoposto ad un intervento chirurgico o ad un trattamento medico? Se "SI", specificare a cosa dovrà sottoporsi, la patologia diagnosticata o presunta e la sua situazione attuale. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Durante gli ultimi 5 anni è stato ricoverato o ha subito interventi chirurgici (ad eccezione dei ricoveri o interventi per appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsilliti, deviazioni del setto nasale, meniscectomia o rottura dei 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)? Se "SI", specificare la patologia, l'esito e la situazione attuale. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Durante gli ultimi 5 anni si è sottoposto a visite specialistiche, elettrocardiogramma, radiografie o altri accertamenti diagnostici (ad eccezione di controlli sanitari professionali, controlli sportivi o controlli con esito nella norma)? Se "SI", specificare la patologia, l'esito e la situazione attuale. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 4. Durante gli ultimi 10 anni le è stato diagnosticato da un medico di essere affetto da ipertensione o disturbi cardio-circolatori? Se "SI", specificare l'anno della diagnosi, la tipologia di malattia sofferta, l'esito e la situazione attuale. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 5. Durante gli ultimi 10 anni le è stato diagnosticato da un medico di essere affetto da disturbi o malattie neuropsichiche e del sistema scheletrico e/o ai reni, fegato o polmoni? Se "SI", specificare l'anno della diagnosi, la tipologia di malattia sofferta, l'esito e la situazione attuale. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 6. Durante gli ultimi 10 anni le è stato diagnosticato da un medico o accertato attraverso esami di laboratorio di essere affetto da diabete? Se "SI", specificare l'anno della diagnosi, la tipologia di diabete sofferto, l'esito e la situazione attuale. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 7. Durante gli ultimi 10 anni le è stato diagnosticato da un medico di essere affetto da ulcera gastroduodenale? Se "SI", specificare l'anno della diagnosi, la tipologia di ulcera sofferta, l'esito e la situazione attuale. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

8. Durante gli ultimi 10 anni le è stato diagnosticato da un medico di essere affetto da patologie tumorali? Se "SI", specificare l'anno della diagnosi, la tipologia di malattia sofferta, l'esito e la situazione attuale.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9. Durante gli ultimi 10 anni le è stato diagnosticato da un medico di essere affetto da disturbi ai principali sistemi/apparati (a titolo esemplificativo: sistema nervoso, muscolo-scheletrico, endocrino, apparato respiratorio, cardiovascolare, digerente, uro genitale, ecc.)? Se "SI", specificare l'anno della diagnosi, la tipologia di malattia sofferta, l'esito e la situazione attuale.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
10. Negli ultimi 12 mesi ha sofferto di astenia cronica (debolezza/debilitazione) o di diarrea cronica, ovvero ha notato un ingrossamento delle ghiandole linfatiche o insolite lesioni della pelle? Se "SI", specificare i sintomi e la situazione attuale. La Compagnia si riserva di chiederle ulteriori chiarimenti.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
11. Si sottopone ad una terapia medica (farmacologica e non) prescritta da un medico (ad eccezione di terapie a base 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)? Se "SI", specificare da quanto tempo e per quale patologia.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
12. Si è mai sottoposto, risultando positivo, al test HIV?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
13. È invalido? Se "SI", allegare il certificato di prima istanza di riconoscimento dell'invalidità ed indicare la percentuale di invalidità e il motivo.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
14. Ha mai ricevuto risarcimenti o indennizzi a seguito di infortuni o malattie, oppure ha fruito, fruisce o ha mai presentato domanda per la pensione di inabilità o di invalidità? Se "SI", specificare il grado di infermità, parte o organo lesa e motivo.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
15. La differenza tra la sua altezza in centimetri _____ ed il suo peso in chilogrammi _____ è inferiore a 80 o superiore a 120 ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
16. Negli ultimi 12 mesi il Suo peso è aumentato o diminuito di 5 o più kg ? Se "SI", per quale motivo e di quanti kg.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
17. Negli ultimi 12 mesi ha effettuato più di 10 giorni di assenza dal lavoro per affezioni lombari o dorsali o per altri problemi di salute (salvo che per ragioni legate alla maternità anticipata o all'ordinario congedo di maternità)? Se "SI", specificare per quale motivo, per quanti giorni e la situazione attuale.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Consapevole del fatto che, ai sensi degli artt. 1892 e seguenti c.c., eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto 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, dati e notizie che riconosco quali elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia.

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

DATI DEL MEDICO CURANTE

Nome e Cognome: _____ **Indirizzo:** _____
Recapito Telefonico: _____ **Indirizzo E-mail:** _____

RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Mod. RVMVOLK - Ed. 2023/07

Nr. Proposta:

Nome e Cognome Assicurato:

C.F.:

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

- 1) Nell'ambito della sua professione è esposto a particolari pericoli (ad esempio alta tensione, radiazioni, gas, acidi, armi, sostanze velenose, lavori sotterranei, lavori subacquei, lavori su impalcature, tetti, ponti, ecc.)? Se sì, specificare
 SÌ NO
- 2) Viaggia in paesi a rischio per situazione climatica, politico-militare o medico sanitaria? Se sì, specificare
 SÌ NO
- 3) Ha mai ottenuto un rifiuto o differimento di una richiesta di assicurazione sulla vita oppure un'accettazione a condizioni particolari? Se sì, specificare
 SÌ NO
- 4) Pratica una o più delle seguenti attività sportive: alpinismo (oltre III grado e/o su ghiaccio o con accesso a ghiacciai) sport aerei, speleologia, automobilismo, motociclismo, motonautica, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci? Se sì, specificare
 SÌ NO

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO RACCOLTE DAL MEDICO

- 1) Nella Sua parentela consanguinea ci sono stati casi di malattie tra quelle indicate di seguito (casi di diabete, tumori maligni, malattie nervose e mentali, malattie cardiocircolatorie, ictus, malattie renali, sclerosi multipla, ipertensione, malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer o malattie ereditarie)? Specificare grado di parentela (se vivente o non vivente), quali malattie, a che età e motivo
 SÌ NO
- 2) Ha praticato negli ultimi 5 anni accertamenti diagnostici? Specificare motivo, quando ed esito
 elettrocardiogramma
 radiografie
 TAC, RM, EEG
 esami del sangue
 analisi delle urine
 fundus oculare
 markers dell'epatite
 altri
 SÌ NO
- 3) È mai stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc., per malattie e/o interventi diversi da ernia inguinale, appendicectomia, adenotonsillectomia? Specificare motivo, dove, quando, per quanto tempo ed eventuali postumi
 SÌ NO
- 4) Ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale o altri tipi di terapia oncologica? Specificare motivo, dove, quando, per quanto tempo ed eventuali postumi
 SÌ NO
- 5) Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali? Specificare motivo, quali e quando
 della vista
 dell'udito
 degli arti
 altro
 SÌ NO

6) Ha subito traumi o lesioni accidentali?	<input type="checkbox"/> del cranio <input type="checkbox"/> degli organi di senso <input type="checkbox"/> degli arti <input type="checkbox"/> di altre sedi	Specificare motivo, quali, quando e postumi
SÌ NO		
7) Fa uso o ha fatto uso di:	SÌ NO	Specificare quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera
▪ alcolici?	SÌ NO	
▪ tabacco?		
8) Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti (droghe)?	SÌ NO	Specificare quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera
9) Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?	SÌ NO	<input type="checkbox"/> per infortuni sul lavoro <input type="checkbox"/> per malattie professionali <input type="checkbox"/> per infortuni da attività sportive <input type="checkbox"/> altre
Specificare da quando, grado di infermità, parte o organo leso		
10) È stato riformato alla visita di leva?	SÌ NO	Specificare motivo
11) Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi: a. dell'apparato respiratorio?	SÌ NO	<input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> bronchite <input type="checkbox"/> enfisema <input type="checkbox"/> pleurite <input type="checkbox"/> tubercolosi <input type="checkbox"/> fibrosi polmonare <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi
Specificare periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi		
b. dell'apparato cardiocircolatorio?	SÌ NO	<input type="checkbox"/> infarto <input type="checkbox"/> angina <input type="checkbox"/> ipertensione <input type="checkbox"/> valvulopatie <input type="checkbox"/> arteropatie <input type="checkbox"/> varici degli arti inferiori <input type="checkbox"/> ictus / TIA <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi
Specificare periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi		
c. dell'apparato digerente?	SÌ NO	<input type="checkbox"/> gastroduodenite <input type="checkbox"/> ulcere gastroduodenale <input type="checkbox"/> colite ulcerosa <input type="checkbox"/> epatite <input type="checkbox"/> cirrosi epatica <input type="checkbox"/> calcolosi biliare <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi
Specificare periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi		
d. dell'apparato genitourinario?	SÌ NO	<input type="checkbox"/> nefrite <input type="checkbox"/> calcolosi <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi
Specificare periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi		
e. dell'apparato muscoloscheletrico?	SÌ NO	<input type="checkbox"/> artrite <input type="checkbox"/> artrosi <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi
Specificare periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi		

<p>f. del sistema nervoso o della psiche?</p> <p><input type="checkbox"/> epilessia <input type="checkbox"/> nevrosi <input type="checkbox"/> paralisi <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> malattia di Parkinson <input type="checkbox"/> malattia di Alzheimer <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>		<p>Specificare periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p>
<p>g. dell'apparato endocrinometabolico?</p> <p><input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> dislipidemie <input type="checkbox"/> malattie della tiroide <input type="checkbox"/> malattie surrenali <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>		<p>Specificare periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p>
<p>h. del sangue?</p> <p><input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> leucemia <input type="checkbox"/> emofilia <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>		<p>Specificare periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p>
<p>12) Per le donne:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali? ▪ Ha malattie della mammella? ▪ È incinta? <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>		<p>Specificare quali, periodo (dal/al), motivo, trattamento e postumi</p> <p>(mese di gravidanza e andamento)</p>
<p>13) Chi è il Suo medico curante e/o di famiglia?</p>	<p>Generalità:</p> <p>Indirizzo:</p>	
<p>14) Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>		<p>Specificare motivo, quando, quali, trattamento e postumi</p>
<p>15) È mai stato sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie con emoderivati?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>		<p>Specificare motivo e quando</p>
<p>16) Ha in previsione un ricovero ospedaliero e/o in attesa di effettuare o di ricevere esiti relativi a esami diagnostici o visite specialistiche?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>		<p>Specificare motivo e quando</p>
<p>17) Fa uso o ha fatto uso abituale di farmaci?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>		<p>Specificare motivo, periodo (dal/al), dosi e tipologia</p>
<p>18) Si è sottoposto ad un test anti-HIV?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>		<p>Specificare motivo e quando</p>

- 19) È stato affetto da una delle seguenti malattie: Specificare quali, quando, trattamento e postumi
 malattie infettive (scarlattina, difterite, tifo, meningite, ecc.), setticemia, infezioni da HIV o malattie tropicali (malaria, ecc.)? SÌ NO

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le dichiarazioni e le risposte da me fornite alle domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e di non aver sottaciuto, omesso o alterato alcuna circostanza relativamente alle risposte fornite. Prosciolgo dal segreto professionale e legale medici ed enti che possano avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia ritenesse opportuno rivolgersi per informazioni.

Ho letto ed approvo quanto sopra.

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

ESAME OBIETTIVO DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO

Aspetto – Costituzione fisica

Altezza (cm): Precisioni
 Peso (kg): SÌ NO
 Il rapporto altezza/peso è normale? SÌ NO
 È dimagrito involontariamente negli ultimi 12 mesi? SÌ NO

Pressione arteriosa: sistolica diastolica frequenza cardiaca

Se, nel corso di una prima misurazione, la pressione sistolica supera i 150mmHg o la diastolica i 90mmHg, si prega di effettuare una seconda misurazione al termine della visita: sistolica diastolica frequenza cardiaca

- 1) Cute e mucose visibili. Sono normali? Se no, indicare i motivi
 SÌ NO

- 2) Per le donne:
 Ghiandole mammarie. Sono normali? Se no, indicare i motivi
 SÌ NO

- 3) Masse muscolari. Sono normali? Se no, indicare i motivi
 SÌ NO

- 4) Sistema linfonodale superficiale. È normale? Se no, indicare i motivi
 SÌ NO

- 5) Stato della tiroide. È normale? Se no, indicare i motivi
 SÌ NO

- 6) Apparato muscoloscheletrico. È normale? Se no, indicare i motivi
Conclusione diagnostica SÌ NO

- 7) Apparato respiratorio. È normale? Se no, indicare i motivi
- Vie aeree superiori SÌ NO
 - Voce SÌ NO
 - Ispezione, palpazione, percussione ed auscultazione del torace SÌ NO
- Conclusione diagnostica

- 8) Apparato cardiovascolare. È normale? Se no, indicare i motivi
- Ispezione, palpazione, percussione SÌ NO
 - Auscultazione SÌ NO

- Arterie (in particolare polsi periferici) SÌ NO
- Vene (varici, emorroidi, ecc.) SÌ NO

Conclusione diagnostica

9) Bocca e apparato digerente. È normale? Se no, indicare i motivi

- Bocca SÌ NO
- Addome (ispezione e palpazione) SÌ NO
- Fegato SÌ NO
- Milza SÌ NO

Conclusione diagnostica

10) Apparato genitourinario. È normale? Se no, indicare i motivi

Conclusione diagnostica SÌ NO

11) Sistema nervoso e organi di senso. Sono normali? Se no, indicare i motivi

- Condizioni psichiche SÌ NO
- Motilità SÌ NO
- Sensibilità e riflessi SÌ NO
- Udito SÌ NO
- Vista SÌ NO
- Olfatto SÌ NO

Conclusione diagnostica

L'esame delle urine risulta nella norma? Se no, indicare i motivi

SÌ NO

Conclusioni – Diagnosi

Giudizio prognostico Buono Mediocre Sfavorevole

Per l'esatta valutazione del rischio occorrerebbero ulteriori esami? SÌ NO Specificare quali e i motivi

Eventuali osservazioni ed informazioni complementari

Indirizzo dello studio medico:

Comune:

Data ed ora in cui è stata eseguita la visita:

Firma e timbro del medico: