

Certificato di Assicurazione Sicurezza ConTe N°

Pag. 1/2

Assicurato	
Nome e Cognome:	Codice Fiscale:
Indirizzo:	
Telefono:	Email:

Polizza		
Data di Conclusione del Contratto	Decorrenza della copertura assicurativa dalle ore 24.00 del	Durata del Contratto
		ANNUALE CON TACITO RINNOVO

Prestazioni Assicurate	
Garanzia	Indennizzo
Diaria da Ricovero a seguito di infortunio	50,00 €
Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di infortunio	50,00 €
Frattura Ossea a seguito di infortunio	500,00 €
Rottura di Tendine o Lesione di Legamento a seguito di infortunio	500,00 €
Lussazione a seguito di infortunio	500,00 €

Per maggiori informazioni consulta le Condizioni di assicurazione che troverai allegate in calce al Set informativo

Premio			
Premio Annuo	Di cui imposte	Frequenza di pagamento	Modalità di pagamento
€ 118,80	€ 2,90		Addebito diretto su c/c bancario

Informazioni Importanti
<ul style="list-style-type: none">- Il primo mese di copertura assicurativa è gratuito.- L'Assicurato ha la facoltà di esercitare il diritto di recesso entro 60 giorni dalla data di Conclusione del Contratto.- Si richiama l'attenzione sulla necessità di leggere attentamente le Condizioni di Assicurazione con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti all'indennizzo e gli obblighi in caso di sinistro.

Certificato di Assicurazione "Sicurezza ConTe" N°

Pag. 2/2

Dichiarazioni dell'Assicurato

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.

Il sottoscritto dichiara:

- di aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle proprie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del Contratto con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione, ai sensi degli artt. 58 e 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- di aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale prevista dalle vigenti disposizioni e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo, ai sensi degli artt. 56 e 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018.

Luogo..... Data...../...../..... Firma.....

Il sottoscritto conferma:

- di aver aderito al Programma Assicurativo;
- in caso adesione tramite telefonia vocale:
 - di aver richiesto l'attivazione immediata della copertura ricevendo successivamente la documentazione precontrattuale e contrattuale;
 - di aver autorizzato la Compagnia a conservare la registrazione dell'adesione telefonica;
- di essere stato informato che il Contratto ha durata annuale e di approvare il meccanismo di rinnovo tacito del medesimo così come disciplinato nelle Condizioni di Assicurazione;
- di essere a conoscenza che il Programma Assicurativo è facoltativo e non è connesso ad alcun prodotto finanziario collocato da Admiral Financial Services Italia S.p.A. e che, di conseguenza, rimarrà invariato ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con Admiral Financial Services Italia S.p.A.;
- di essere a conoscenza che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia in corso di Contratto potranno essere effettuate via email, attraverso il sito internet www.metlife.it o nell'Area Riservata, come da scelta effettuata da Admiral Financial Services Italia S.p.A. in qualità di Contraente della Convenzione assicurativa, nel rispetto dell'art.120-quater del Codice delle Assicurazioni Private e dell'art. 4 del Regolamento Ivass n. 41/2018.

Luogo..... Data...../...../..... Firma.....

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di non essere portatore di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico.

Luogo..... Data...../...../..... Firma.....

Il sottoscritto dichiara, infine, di aver letto e compreso le Condizioni di assicurazione e di approvare specificamente ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c. le seguenti disposizioni: art. 2 Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo; art. 3 - Premio assicurativo; art. 7 - Prescrizione; art. 8 - Risoluzione delle controversie; art. 14 - Persone assicurabili; art. 15 - Esclusioni valide per tutte le garanzie; Artt. 16.2, 18.2, 19.2 e 20.2, - Esclusioni; Artt. 16.3, 17.2, 18.3, 19.2 e 20.3 - Prestazione massima; Art. 21 - Denuncia di Sinistro; Art. 22 - Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro.

Luogo..... Data...../...../..... Firma.....

Consenso Privacy

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.

Luogo..... Data...../...../..... Firma.....

Mandato per Addebito Diretto SEPA

Creditore MetLife Europe d.a.c. - Rappresentanza generale per l'Italia Via Andrea Vesalio, 6 00161 Roma ITALIA Codice identificativo del creditore: IT53MLE000012083481007	Debitore
Descrizione del contratto: ASSICURAZIONE INFORTUNI Riferimento del mandato: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Ricorrente IBAN: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX SWIFT BIC:	
La sottoscrizione del presente mandato comporta: (A) l'autorizzazione a MetLife Europe d.a.c. - Rappresentanza generale per l'Italia a richiedere alla banca del debitore l'addebito del suo conto e (B) l'autorizzazione alla banca del debitore a tale addebito conformemente alle informazioni impartite da MetLife Europe d.a.c. - Rappresentanza generale per l'Italia. I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca. Il debitore ha diritto ad ottenere il rimborso dalla propria banca secondo gli accordi e alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.	
Luogo..... Data...../...../..... Firma.....	

Roma,

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


Certificato di assicurazione - Pagina 2 di 2

MetLife Europe d.a.c. è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 415123. Amministratori: Éilish Finan (cittadina irlandese), Nuria Garcia (cittadina spagnola), Nick Hayter (cittadino inglese), Merilee Matchett (cittadina australiana), Conall Murphy (cittadino irlandese), Ruairi O'Flynn (cittadino irlandese), Tony O'Riordan (cittadino irlandese).

Sede secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c., Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Direzione generale, Via Olona n. 2, 20123 Milano, Codice fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Roma n. 12083481007, REA n. 1348910, abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. I.00110 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicuratrici.