

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Polizza Creditor Protection Insurance – Convenzione assicurativa n. CL/24/280
stipulata da Admiral Financial Services Italia S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale
per l'Italia e MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia



La Polizza assicurativa è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il finanziamento o per ottenerlo a condizioni diverse.

DATI DEL FINANZIAMENTO

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

DATI DELL'ASSICURATO

Nome:	Cognome:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	
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:	
Documento di Riconoscimento (tipologia):	Numero:	
Data di Rilascio:	Data di Scadenza:	
Comune di Rilascio (o Stato estero):	Ente di Rilascio:	

INFORMATIVA RELATIVA ALLE GARANZIE E AI COSTI DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

GARANZIE

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:

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

COSTI

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

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

Spese amministrative per il rimborso del Premio:

- € 40,00 in caso di estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento;
- € 20,00 in caso di cessazione della garanzia Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo.



- a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione.
- b) Prima della sottoscrizione del Certificato di assicurazione, l'Assicurato verifica l'esattezza delle dichiarazioni in esso contenute.
- c) L'Assicurato ha 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.
- d) 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'ASSICURATO

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Dichiaro di:

- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle mie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del contratto di assicurazione con tali richieste ed esigenze, prima dell'acquisto della Polizza (art. 74 Reg. Ivass n. 40/2018);
- aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo (art. 74 Reg. Ivass n. 40/2018);

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

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

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

ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

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

- aver acquistato la Polizza tramite Sito internet con Firma digitale;
- essere a conoscenza che il contratto di assicurazione si è concluso al momento dell'acquisto della Polizza tramite Sito internet, anche se non dovessi sottoscrivere e restituire alla Compagnia il presente Certificato di assicurazione;
- essere a conoscenza che il Programma Assicurativo è riservato ai **dipendenti del settore privato**:
 - con contratto di lavoro italiano a tempo indeterminato;
 - con anzianità lavorativa di almeno 12 mesi consecutivi presso lo stesso datore di lavoro;
 - che non esercitano la propria professione lavorativa presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado;
 - che non hanno ricevuto dal datore di lavoro una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale sono individuati come lavoratori oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione;
- essere a conoscenza che la Polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il finanziamento o per ottenerlo a condizioni diverse;
- essere a conoscenza che la Polizza è **connessa al finanziamento** e che rimane in vigore per tutta la durata del medesimo; di conseguenza, in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la Polizza cessa, salvo mia diversa richiesta;
- essere a conoscenza che per la garanzia decesso i beneficiari sono i soggetti designati nel presente Certificato di assicurazione oppure, in caso di mancata designazione, i miei eredi testamentari o, in assenza di testamento, i miei eredi legittimi;
- 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 Admiral Financial Services Italia S.p.A. nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco (art. 4 Reg. Ivass n. 41/2018).

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

Dichiaro di approvare specificamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 c.c. i seguenti articoli delle Condizioni di assicurazione: Art. 2.2 – Decorrenza e durata del Programma Assicurativo; Art. 2.4 – Estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento; Art. 2.5 – Recesso; Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie; Art. 11 – Persone assicurabili; Art. 12 – Limitazioni valide per tutte le garanzie; Artt. 13.2, 14.2 e 15.2 – Esclusioni; Artt. 13.3, 14.3 e 15.3 – Prestazione massima; Art. 15.4 – Carenza; Artt. 15.5 – Franchigia; Art. 16 – Denuncia di Sinistro; Art. 17 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro.

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

Dichiaro di:

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

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

DESIGNAZIONE DI BENEFICIARIO – FACOLTATIVA

L'Assicurato designa i seguenti Beneficiari in caso di decesso. In assenza di designazione dei Beneficiari, l'Indennizzo sarà corrisposto agli eredi testamentari dell'Assicurato o, in assenza di testamento, ai suoi eredi legittimi.

Beneficiario n. 1

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Quota %:
C.F. / P. IVA:	Residenza / Sede Legale:	
Telefono:	E-mail:	

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

Beneficiario n. 2

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Quota %:
C.F. / P. IVA:	Residenza / Sede Legale:	
Telefono:	E-mail:	

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

L'Assicurato:

- dichiara di voler escludere l'**invio di comunicazioni** ai Beneficiari designati prima dell'evento (barrando questa casella la Compagnia contatterà i beneficiari designati 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 (leggibile)**

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

MODULO DI DESIGNAZIONE BENEFICIARI

Convenzione assicurativa n.: _____ Pratica n.: _____

Dati dell'Aderente/Assicurato

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

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

Beneficiario n. 1

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

Beneficiario n. 2

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

Beneficiario n. 3

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

Beneficiario n. 4

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

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

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

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

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

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

Egr. Sig. / Gent.le Sig.ra
[NOME COGNOME]
[INDIRIZZO]
[INDIRIZZO]

Roma, [DATA]

**Oggetto: Programma Assicurativo MetLife *Creditor Protection Insurance*
Convenzione n. CL/24/280 – Finanziamento n. [NUMERO FINANZIAMENTO]**

Gent.le Cliente

Ci complimentiamo con lei per aver aderito al Programma Assicurativo in oggetto (di seguito la "Polizza"), la copertura assicurativa **facoltativa** offerta dalle Rappresentanze Generali per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. e MetLife Europe Insurance d.a.c. in abbinamento al finanziamento in oggetto.

Le ricordiamo che la sua Polizza decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento (o, se è previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento superiore a 30 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento) e termina alla fine del piano di rimborso del finanziamento stabilito in fase di sottoscrizione del finanziamento stesso.

La Polizza prevede le seguenti coperture assicurative che garantiscono un indennizzo a suo favore nel caso in cui si dovessero verificare gli eventi assicurati:

- **Decesso** per qualsiasi causa;
- **Invalidità Permanente Totale** di grado pari o superiore al 60% a seguito di infortunio o malattia;
- **Perdita Involontaria di Impiego** a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo.

La invitiamo a leggere con attenzione la documentazione contrattuale che ha ricevuto all'indirizzo e-mail fornito in fase di acquisto della Polizza, al fine di poter esercitare pienamente i suoi diritti. In particolare, lei può **recedere dalla Polizza** entro 60 giorni dalla data di decorrenza sopra indicata **e, se la durata della Polizza supera i 5 anni, potrà recedere anche a partire dall'inizio del quinto anno**. In caso di recesso la Compagnia provvederà a restituirle il premio assicurativo, al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale la Polizza ha avuto effetto, ferma restando la possibilità di richiedere la riduzione della rata del finanziamento o della durata dello stesso.

A tal fine, la informiamo che:

- l'importo del premio assicurativo relativo alla Polizza corrisponde a € [IMPORTO PREMIO];
- l'importo della rata del finanziamento comprensivo del premio assicurativo corrisponde a € [IMPORTO RATA FINANZIAMENTO CON PREMIO];
- l'importo della rata del finanziamento al netto del premio assicurativo corrisponde a € [IMPORTO RATA FINANZIAMENTO SENZA PREMIO].

Le ricordiamo che la Polizza è destinata esclusivamente ai **lavoratori dipendenti del settore privato** con contratto italiano a tempo indeterminato e anzianità lavorativa di almeno 12 mesi consecutivi presso lo stesso datore di lavoro, che non lavorano presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado. Qualora nel suo caso non fossero soddisfatte queste condizioni, la invitiamo a contattare il Servizio Clienti ai recapiti sotto indicati per identificare la soluzione più adatta alle sue esigenze.

Eventuali sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto 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.

Resta inteso che qualora per qualsiasi motivo lei non dovesse sottoscrivere digitalmente il Certificato di assicurazione oppure il finanziamento da lei richiesto non venisse erogato, **la Polizza non sarà attivata e non dovrà sostenere alcun costo**.

Ringraziandola per la sua scelta, le inviamo i nostri migliori saluti.

Il Servizio Clienti MetLife



Per qualsiasi informazione o comunicazione riguardante la Polizza può contattare il **Servizio Clienti** al numero **800 011 628**, dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 20:00 ed il sabato dalle 9:00 alle 13:00.

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. 1.00110 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicuratrici.

MetLife Europe Insurance d.a.c. è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 472350. Amministratori: 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 Insurance d.a.c., Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Direzione Generale, Via Olona n. 2, 20123 Milano, Codice fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Roma n. 12083681002, REA n. 1348921, abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. 1.00109 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicuratrici.