

## Set informativo

# MetLife Europe d.a.c.

## Rappresentanza Generale per l'Italia

### Contratto di assicurazione Creditor Protection Insurance

Convenzione assicurativa n. CL/16/144 stipulata da Compass Banca 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

### Informazioni importanti

- La polizza assicurativa è **connessa alla carta di credito** emessa dalla banca e rimane in vigore per tutta la durata della medesima.
- La polizza assicurativa è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere la carta di credito.
- L'Assicurato 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 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/16/144

Questo documento è stato aggiornato in data 05/02/2026 ed è l'ultimo disponibile

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto - che comprende anche la garanzia danni Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% - sono fornite in altri documenti.

## Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza **connessa alla carta di credito** - nota sul mercato come Creditor Protection Insurance (CPI) o Payment Protection Insurance (PPI) - che rimane il vigore per tutta la durata della medesima. La polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere la carta di credito.

La polizza è offerta dalla banca, in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. CL/16/144, ai propri clienti che hanno sottoscritto un contratto di carta di credito e ha lo scopo di proteggere l'Assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona e limitare la capacità di rimborso della carta di credito.



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

La polizza prevede le seguenti garanzie:

### ✓ **Decesso** per qualsiasi causa

Somma assicurata: il saldo della carta di credito alla data del sinistro, fino ad un massimo di € 10.000,00.

L'impresa paga la somma assicurata se l'assicurato muore per qualsiasi causa.

### ✓ **Malattia Grave**

Somma assicurata: il saldo della carta di credito alla data del sinistro, fino ad un massimo di € 10.000,00.

L'impresa paga la somma assicurata se all'assicurato viene diagnosticata per la prima volta una malattia grave nel periodo di validità della polizza.



## Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Non sono assicurate garanzie diverse da quelle indicate nella sezione "Che cosa 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.
- ✗ Non sono assicurabili le persone 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.
- ✗ Non è assicurabile l'eventuale coobbligato o garante del contratto di carta di credito.



## Ci sono limiti di copertura?

Per le garanzie **Decesso** e **Malattia Grave** sono escluse dalla polizza le conseguenze di:

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

### Per la garanzia **Decesso**:

- ! è inoltre escluso il suicidio dell'assicurato accaduto nei 2 anni successivi alla data di adesione alla polizza.

### Per la garanzia **Malattia Grave**:

- ! è previsto un periodo di carenza di 90 giorni consecutivi a partire dalla data di inizio della polizza.

Sono inoltre escluse le conseguenze di:

- ! malattie mentali o disturbi psichici in genere;
- ! ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- ! gravidanza, puerperio e patologie correlate.



## Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.



### Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
  - In caso di decesso dell'assicurato, il beneficiario ha il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto all'impresa presentando la seguente documentazione:
    - Originale del certificato di morte;
    - Originale o copia conforme all'originale del certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza;
    - Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento o copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia.
- 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.
- In caso di malattia grave, hai il dovere di denunciarla tempestivamente per iscritto all'Impresa presentando la seguente documentazione:
    - Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia.
  - 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 viene riscosso dalla Contraente mediante addebito sul tuo conto corrente ed è versato da quest'ultima alla Compagnia su base mensile. Il premio è mensile ed è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'assicurato ed al suo stato di salute.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

La polizza inizia dalle ore 24.00 del giorno di primo utilizzo della carta di credito e rimane in vigore per un mese, a condizione che la carta di credito sia in corso di validità. Successivamente essa si **rinnova tacitamente** di mese in mese a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità e la carta di credito sia in corso di validità.



### 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 delle garanzie vita che della garanzia danni) mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** all'Impresa **entro 60 giorni** dalla data di inizio della copertura assicurativa. In questo caso hai diritto di ottenere - entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso - il rimborso del premio eventualmente già pagato, relativo al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, al netto delle imposte.

Hai inoltre la possibilità di disdire il contratto in qualsiasi momento, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Impresa. In questo caso la polizza cessa alla scadenza del periodo assicurativo mensile per il quale è stato versato il relativo premio.



### 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/16/144

Questo documento è stato aggiornato in data 05/02/2026 ed è l'ultimo disponibile

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto - che comprende anche le garanzie vita Decesso e Malattia Grave - sono fornite in altri documenti.

## Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza **connessa alla carta di credito** - nota sul mercato come Creditor Protection Insurance (CPI) o Payment Protection Insurance (PPI) - che rimane il vigore per tutta la durata della medesima. La polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere la carta di credito.

La polizza è offerta dalla banca, in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. CL/16/144, ai propri clienti che hanno sottoscritto un contratto di carta di credito e ha lo scopo di proteggere l'Assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona e limitare la capacità di rimborso della carta di credito.



## Che cosa è assicurato?

La polizza prevede la seguente garanzia:

- ✓ **Invalidità Permanente Totale** di grado pari o superiore al 60% da infortunio o malattia  
Somma assicurata: il saldo della carta di credito alla data del sinistro, fino ad un massimo di € 10.000,00.  
L'impresa paga la somma assicurata se l'assicurato ha un infortunio o una malattia che causa un'invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60%.



## Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurate garanzie diverse da quelle indicate nella sezione "Che cosa 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.
- ✗ Non sono assicurabili le persone 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.
- ✗ Non è assicurabile l'eventuale cointestatario o coobbligato o garante del contratto di carta di credito.



## Ci sono limiti di copertura?

Per la **garanzia Invalidità Permanente Totale** sono escluse dalla polizza le conseguenze di:

- ! uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico o di stati di 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;
- ! qualsiasi incidente aereo o di volo, ad eccezione del caso in cui l'assicurato si trovi come semplice passeggero a bordo di un volo autorizzato al trasporto di passeggeri;
- ! guerra o insurrezione o di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'assicurato vi abbia preso parte attiva;
- ! tutti i rischi nucleari;
- ! malattie mentali o disturbi psichici in genere;
- ! ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- ! gravidanza, puerperio e patologie correlate.



## Dove vale la copertura?

- ✓ La garanzia è valida senza limiti territoriali.



## Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
- In caso di sinistro, hai il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto all'impresa presentando i seguenti documenti:
  - accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico;
  - verbale di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento o cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia.
 Dovranno inoltre essere inviati all'impresa anche i seguenti documenti se esistenti:
  - verbale redatto dalle autorità intervenute.
- 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 mensile e comprensivo di imposta. Il premio viene riscosso dalla Contraente mediante addebito sul tuo conto corrente ed è versato da quest'ultima all'impresa su base mensile.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa inizia dalle ore 24.00 del giorno di primo utilizzo della carta di credito e rimane in vigore per un mese, a condizione che la carta di credito sia in corso di validità. Successivamente essa si **rinnova tacitamente** di mese in mese a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità e la carta di credito sia in corso di validità.



### Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento, hai diritto di recedere dall'intero contratto (comprensivo sia delle garanzie vita che della garanzia danni) mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** all'impresa **entro 60 giorni** dalla data di inizio della copertura assicurativa. In questo caso hai diritto di ottenere - entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso - il rimborso del premio eventualmente già pagato, relativo al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, al netto delle imposte.

Hai inoltre la possibilità di disdire il contratto in qualsiasi momento, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'impresa. In questo caso la polizza cessa alla scadenza del periodo assicurativo mensile per il quale è stato versato il relativo premio.

# Assicurazione Creditor Protection Insurance

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



Prodotto: CL/16/144

Questo documento è stato aggiornato in data 05/02/2026 ed è l'ultimo disponibile

## Scopo

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

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

## Società

**MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia**, iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero I.00110, con Sede in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma | tel. 06.492161 | sito internet: [www.metlife.it](http://www.metlife.it) | pec: [mel-italia@legalmail.it](mailto: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](http://www.metlife.it) all'interno della sezione "Assistenza Clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa.

MetLife Europe d.a.c. è iscritta nell'elenco delle imprese di assicurazioni ammesse da IVASS ad operare in Italia in regime di stabilimento (numero di iscrizione I.00110) ed è soggetta alla vigilanza dalla Central Bank of Ireland.

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

Al contratto si applica la legge italiana.

## Prodotto



### Che cosa è assicurato?

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



### Che cosa NON è assicurato?

#### Rischi esclusi

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



### Ci sono limiti di copertura?

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



### A chi è rivolto questo prodotto?

La polizza è offerta da Compass Banca S.p.A., in qualità di contraente della convenzione collettiva n. CL/16/144, ai propri clienti che hanno sottoscritto un contratto di carta di credito e ha lo scopo di proteggere l'assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona e limitare la capacità di rimborso della carta di credito.

Sono assicurabili le persone che al momento dell'adesione alla polizza:

- siano residenti in Italia e siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- abbiano sottoscritto un contratto di carta di credito con la Contraente;
- abbiano un'età compresa tra 18 e 75 anni non compiuti.

Non è assicurabile l'eventuale cointestatario o coobbligato o garante del contratto di carta di credito.



## Quali costi devo sostenere?

### Costi gravanti sul premio:

|                                                                        |                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Costo complessivo per emissione, gestione e acquisizione del contratto | 40,25% del premio netto imposte - include il costo di intermediazione pari al 35,00% del premio netto imposte |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>All'Impresa assicuratrice</b>                                                                                                          | <p>È possibile presentare un reclamo su carta libera oppure usando il modulo che si trova nella sezione "Assistenza Clienti/Reclami" del sito <a href="http://www.metlife.it">www.metlife.it</a>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ scrivendo a <b>MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma</b>;</li> <li>▪ inviando una email a <a href="mailto:reclami@metlife.it">reclami@metlife.it</a>;</li> <li>▪ inviando un fax al numero <b>06.49216300</b>.</li> </ul> <p>MetLife risponde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ entro 45 giorni dal ricevimento;</li> <li>▪ entro 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori.</li> </ul> |
| <b>All'IVASS</b>                                                                                                                          | <p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a>. Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>.</p> <p>Il contraente/assicurato può fare reclamo anche all'Autorità di Vigilanza dello Stato di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c.: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland o Irish Financial Services Ombudsman, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Tel: +353 1 6620899, Fax: +353 1 6620890.</p>                                                                                              |
| <b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Arbitro assicurativo</b>                                                                                                               | Presentando ricorso all'Arbitro assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso ( <a href="http://www.arbitroassicurativo.org">www.arbitroassicurativo.org</a> ) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Per le controversie relative ai contratti assicurativi, prima di ricorrere all'Autorità giudiziaria è obbligatorio presentare ricorso all'Arbitro assicurativo o effettuare il tentativo di Mediazione.                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Mediazione</b>                                                                                                                         | Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98). Per le controversie relative ai contratti assicurativi, prima di ricorrere all'Autorità giudiziaria è obbligatorio effettuare il tentativo di Mediazione o presentare ricorso all'Arbitro assicurativo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Negoziazione assistita</b>                                                                                                             | Tramite richiesta del proprio avvocato a MetLife.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>                                                                        | Per risolvere le <b>liti transfrontaliere</b> , è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## REGIME FISCALE

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b> | Al contratto 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 e malattia grave) 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%) sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'ammontare dei premi. I premi delle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente superiore al 5%, derivante da qualsiasi causa, sono detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'assicurato nella misura e per gli importi previsti dalla normativa vigente. |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

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

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

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Creditor Protection Insurance - Convenzione assicurativa CL/16/144 stipulata da Compass Banca S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Questo documento è stato aggiornato in data 05/02/2026 ed è l'ultimo disponibile

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

## INDICE

|                                                                                                            |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>GLOSSARIO</b>                                                                                           | <b>2</b> |
| <b>SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI</b>                                                                   | <b>3</b> |
| Art. 1 – Caratteristiche del prodotto                                                                      | 3        |
| Art. 2 – Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo                           | 3        |
| 2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto                                                            | 3        |
| 2.2 – Decorrenza e durata del Programma Assicurativo                                                       | 3        |
| 2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo                                                                | 3        |
| 2.4 – Recesso                                                                                              | 3        |
| 2.5 – Disdetta                                                                                             | 3        |
| Art. 3 – Premio assicurativo                                                                               | 3        |
| 3.1 – Premio                                                                                               | 3        |
| 3.2 – Modalità di pagamento del Premio                                                                     | 3        |
| Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti                                                         | 4        |
| 4.1 – Dichiarazioni richieste per la valutazione del rischio                                               | 4        |
| 4.2 – Dichiarazioni richieste dalla Normativa antiriciclaggio                                              | 4        |
| Art. 5 – Legge applicabile                                                                                 | 4        |
| Art. 6 – Prescrizione                                                                                      | 4        |
| Art. 7 – Foro competente / Arbitro Assicurativo / Procedimento di mediazione                               | 4        |
| Art. 8 – Valuta                                                                                            | 4        |
| <b>SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO</b>                                                                  | <b>4</b> |
| Art. 9 – Programma Assicurativo                                                                            | 4        |
| Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie                                                             | 4        |
| Art. 11 – Persone assicurabili                                                                             | 4        |
| Art. 12 – Esclusioni valide per tutte le garanzie                                                          | 5        |
| <b>SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO</b>                                                   | <b>5</b> |
| Art. 13 – Decesso per qualsiasi causa                                                                      | 5        |
| 13.1 – Oggetto della garanzia                                                                              | 5        |
| 13.2 – Esclusioni                                                                                          | 5        |
| 13.3 – Prestazione massima                                                                                 | 5        |
| Art. 14 – Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia | 5        |
| 14.1 – Oggetto della garanzia                                                                              | 5        |
| 14.2 – Esclusioni                                                                                          | 5        |
| 14.3 – Prestazione massima                                                                                 | 6        |
| Art. 15 – Malattia grave                                                                                   | 6        |
| 15.1 – Oggetto della garanzia                                                                              | 6        |
| 15.2 – Esclusioni                                                                                          | 6        |
| 15.3 – Prestazione massima                                                                                 | 6        |
| 15.4 – Carenza                                                                                             | 6        |
| <b>SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO</b>                                                              | <b>6</b> |
| Art. 16 – Denuncia di Sinistro                                                                             | 6        |
| Art. 17 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro                                                  | 6        |
| Art. 18 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro            | 7        |
| <b>SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI</b>                                                     | <b>7</b> |
| Art. 19 – Richiesta di Informazioni                                                                        | 7        |
| Art. 20 – Reclami                                                                                          | 7        |
| 20.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni                                                                | 7        |
| 20.2 – Reclami all'Intermediario                                                                           | 7        |
| 20.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza                                                                  | 8        |
| <b>INFORMATIVA PRIVACY</b>                                                                                 | <b>8</b> |

## GLOSSARIO

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

**Assicurato (o Aderente):** la persona fisica - o il rappresentante legale della persona giuridica - sulla cui vita o persona viene stipulato il Contratto, che aderisce al Programma Assicurativo e sostiene l'onere economico del Premio.

**Beneficiario:**

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

**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](http://www.metlife.it) all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare la Compagnia.

**Contraente:** Compass Banca S.p.A. con Sede Legale e Direzione Generale in Via Caldera, 21/D - 20153 Milano, iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000203141, in data 05/10/2007.

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

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

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

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

**Firma elettronica:**

- **avanzata grafometrica:** firma autografa acquisita in formato digitale tramite un *tablet* con contestuale registrazione dei dati biometrici del firmatario. Tale soluzione di firma è offerta dalla Contraente in virtù di un apposito accordo con un ente certificatore, che opera quale certificatore accreditato ai sensi dell'art. 29 del Decreto Legislativo 5 marzo 2005, n. 82 e successive modifiche;
- **digitale:** un particolare tipo di firma elettronica qualificata basata su un sistema di chiavi crittografiche, una pubblica e una privata, correlate tra loro, che consente al titolare tramite la chiave privata e al destinatario tramite la chiave pubblica, rispettivamente, di rendere manifesta e di verificare la provenienza e l'integrità di un documento informatico o di un insieme di documenti informatici.

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

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

**Intermediario/i:** i soggetti iscritti al Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, che sono incaricati della distribuzione della Polizza.

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

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

**Misure 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'Assicurato, anche con Firma elettronica, 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 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 alla carta di credito** - nota sul mercato come Creditor Protection Insurance (CPI) o Payment Protection Insurance (PPI) - che rimane in vigore per tutta la durata della medesima. La Polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere la carta di credito.

La Polizza è offerta dalla banca, in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. CL/16/144, ai propri clienti che hanno sottoscritto un contratto di carta di credito e ha lo scopo di proteggere l'Assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona e limitare la capacità di rimborso della carta di credito.

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

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

#### 2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

**Resta inteso che il rischio sarà assunto nel rispetto degli obblighi previsti dalla Normativa antiriciclaggio.**

In caso di sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo con Firma elettronica, l'Assicurato potrà scegliere la modalità di invio (formato cartaceo o elettronico) della documentazione contrattuale e precontrattuale. Resta inteso che l'Assicurato potrà richiedere un duplicato informatico o cartaceo dei documenti sottoscritti, per tutto il periodo in cui la Compagnia è tenuta per legge a conservarli.

#### 2.2 – Decorrenza e durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di primo utilizzo della carta di credito, **a condizione che l'Assicurato sia titolare di una carta di credito in corso di validità e che il Premio sia pagato.**

Il Programma Assicurativo rimane in vigore per un mese. Successivamente esso si intenderà **tacitamente rinnovato** per un altro mese e così di seguito, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 11, la carta di credito sia in corso di validità ed il Premio sia pagato, salvo disdetta dell'Assicurato da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 2.5.

#### 2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato;
- b) al pagamento della prestazione relativa alla garanzia Invalidità Permanente Totale o Malattia Grave;
- c) in caso di esercizio del diritto di recesso;
- d) in caso di esercizio del diritto di disdetta.

Nei casi a), b), d) non è dovuta alcuna restituzione di Premio. Nel caso c) la Compagnia procederà alla restituzione del Premio nei termini specificati all'art. 2.4.

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 – Recesso

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Contratto, mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** alla Compagnia, **entro 60 giorni** dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo. **Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione.** In questo caso l'Assicurato ha diritto di ottenere - entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso - il rimborso del Premio eventualmente già pagato, relativo al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, al netto delle imposte.

#### 2.5 – Disdetta

L'Assicurato ha diritto di disdire il contratto in qualsiasi momento, a mezzo di **lettera raccomandata A/R** indirizzata alla Compagnia. In questo caso le garanzie cessano alla scadenza del periodo assicurativo mensile per il quale è stato versato il relativo Premio e non è prevista la restituzione dei premi relativi al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

### Art. 3 – Premio assicurativo

#### 3.1 – Premio

Il Premio è mensile ed è pari allo 0,38% del saldo mensile della carta di credito. Il Premio viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, rimarrà totalmente acquisito dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

#### 3.2 – Modalità di pagamento del Premio

Il Premio viene riscosso dalla Contraente mediante addebito sul conto corrente dell'Assicurato ed è versato da quest'ultima, su delegazione dell'Assicurato, alla Compagnia su base mensile.

**Ai sensi dell'art. 1901 c.c. in caso di mancato pagamento del Premio, il Programma Assicurativo resta sospeso sino alle 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. Qualora il Sinistro si verifichi prima che siano decorsi 3 mesi dal giorno in cui la Compagnia ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, la Compagnia non sarà tenuta a pagare la somma assicurata, in linea con quanto previsto dall'art. 1892 c.c.;
- non sono causa di annullamento del Contratto quando l'Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave. Tuttavia, in tali casi, la Compagnia potrà recedere dal Contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Qualora il Sinistro si verifichi prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Compagnia, o prima che la Compagnia abbia dichiarato di recedere dal Contratto, la somma dovuta sarà ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dall'art. 1893 c.c.

### 4.2 – Dichiarazioni richieste dalla Normativa antiriciclaggio

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

## Art. 5 – Legge applicabile

Al Contratto si applica la legge italiana.

## Art. 6 – Prescrizione

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

- con riferimento alle garanzie classificate nel **Ramo Vita** - Decesso e Malattia Grave - in **10 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda;
- con riferimento alla garanzia classificata nel **Ramo Danni** - Invalidità Permanente 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 / Arbitro Assicurativo / Procedimento di mediazione

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

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

## Art. 8 – Valuta

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

# SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO

## Art. 9 – Programma Assicurativo

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;
- **Malattia Grave**.

## Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.

## Art. 11 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche a condizione che, al momento dell'adesione al Programma Assicurativo:

- siano residenti in Italia;

- siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- abbiano sottoscritto un contratto di carta di credito con la Contraente;
- abbiano un'età compresa tra **18 e 75 anni** non compiuti.

Non è assicurabile l'eventuale cointestatario o coobbligato o garante del contratto di carta di credito.

- i** 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 – Esclusioni valide per tutte le garanzie

- i** 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.

Per tutte le garanzie, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

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

## SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

### Art. 13 – Decesso per qualsiasi causa

#### 13.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato (D) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, rimborsa al Beneficiario una somma pari al saldo della carta di credito alla data del D, **eccetto arretrati ed interessi di mora.**

#### 13.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 12, è escluso il suicidio dell'Assicurato accaduto nei 2 anni successivi alla data di adesione al Programma Assicurativo.

#### 13.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di carta di credito e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 10.000,00.**

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

#### 14.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato (IPT) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, rimborsa al Beneficiario una somma pari al saldo della carta di credito alla data del riconoscimento dell'IPT, **eccetto arretrati ed interessi di mora, a condizione che la prima diagnosi della Malattia o l'Infortunio siano avvenuti nel periodo di validità del Contratto.**

- i** 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, dopo un periodo di almeno 12 mesi dalla data della prima diagnosi della Malattia o di almeno 6 mesi dalla data dell'evento in caso d'Infortunio. Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato prima che sia decorso il termine sopra indicato o che comunque 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. 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.

#### 14.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 12, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- **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 carta di credito e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 10.000,00**.

## Art. 15 – Malattia grave

### 15.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Malattia Grave diagnosticata per la prima volta all'Assicurato nel periodo di validità del Contratto (MG) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, rimborsa al Beneficiario una somma pari al saldo della carta di credito alla data della prima diagnosi della MG, **eccetto arretrati ed interessi di mora**.



Per Malattia Grave si intende esclusivamente una delle seguenti malattie gravi o le condizioni che implicano uno dei seguenti interventi chirurgici:

- cancro (eccetto la leucemia linfocitica cronica, i cancro non invasivi in situ, tutti i cancro della pelle ed i tumori in presenza del virus H.I.V.);
- ictus (eccetto attacchi ischemici transitori);
- infarto;
- insufficienza renale cronica;
- intervento chirurgico da malattia dell'arteria coronaria (eccetto qualsiasi intervento non chirurgico, come l'angioplastica della cavità o interventi attraverso tecniche laser);
- trapianto di cuore, polmone, fegato, pancreas o midollo osseo.

La Malattia Grave deve essere accertata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese dell'Unione Europea.

### 15.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 12, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- 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 carta di credito e/o dei programmi assicurativi riferibili alla presente Convenzione di cui è titolare, è di **€ 10.000,00**.

### 15.4 – Carenza

La prestazione viene corrisposta a condizione che il Sinistro non si verifichi nel periodo di Carenza pari a **90 giorni consecutivi**. La Carenza si calcola a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

## SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

### Art. 16 – Denuncia di Sinistro

I 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](http://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](http://www.sinistrimetlife.it) o in alternativa telefonare al Numero Verde **800.378.288**.

La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati all'art. 17. 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

- Originale del certificato di morte
- Originale o copia conforme all'originale del certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza
- Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento o copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia

Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia 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

**Invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60%**

- Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico
- Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento o copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia

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

- Verbale redatto dalle autorità intervenute

**Malattia Grave**

- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia

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'Assicurato ha il diritto di richiedere alla Compagnia informazioni in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo ed alle modalità di determinazione della prestazione assicurata. La richiesta può essere effettuata per iscritto all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma oppure, attraverso il sito web, all'indirizzo [www.metlife.it](http://www.metlife.it) cliccando su "Assistenza Clienti". La Compagnia si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

L'Assicurato ha inoltre la possibilità di accedere ad un'area riservata, disponibile sul sito web della Compagnia [www.metlife.it](http://www.metlife.it), nella quale visualizzare le informazioni sulla propria Polizza assicurativa.

**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](mailto:reclami@metlife.it)

Il reclamante potrà presentare reclamo alla Compagnia anche utilizzando il modello disponibile sul sito [www.metlife.it](http://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 ai recapiti di seguito indicati e saranno gestiti direttamente dall'Intermediario che fornirà riscontro entro il termine massimo di 45 giorni:

**COMPASS BANCA SPA - UFFICIO RECLAMI**

Via Caldera, 21/D - 20153 Milano | Fax 02.48244964 | Indirizzo e-mail: [reclami@compass.it](mailto:reclami@compass.it)

Indirizzo pec: [reclami@pec.compassonline.it](mailto:reclami@pec.compassonline.it)

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 - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma | Fax 06.42133.206 | PEC: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it) nei seguenti casi:

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito, nonché quelli ai quali non sia stato fornito riscontro nei termini sopraindicati, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto);
- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami riguardanti le disposizioni del Codice del Consumo relative alla commercializzazione a distanza di prodotti assicurativi.

Il reclamante potrà presentare reclamo all'IVASS utilizzando il modello disponibile sul sito [www.ivass.it](http://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](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 antiriciclaggio o per effettuare le verifiche di coerenza del prodotto assicurativo offerto ai suoi bisogni assicurativi). Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirle correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi richiesti, né di contattarla per esigenze legate alla gestione del contratto.

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

### Quali sono i suoi diritti?

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

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

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

**Il diritto alla cancellazione** dei suoi dati personali laddove non ci sia per noi una ragione valida per continuare ad utilizzarli (c.d. "diritto all'oblio"). Non si tratta di un diritto assoluto alla cancellazione. Potremmo avere il diritto o l'obbligo di conservare alcune informazioni, ad esempio nel caso in

cui ciò sia necessario per adempiere ad un obbligo legale - incluso il mantenimento della copertura assicurativa per il tempo contrattualmente previsto - o qualora vi sia un altro valido motivo giuridico per conservarle.

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

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

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

**Il diritto di opporsi al trattamento.** Ha il diritto ad opporsi a certi tipi di trattamento dei dati, incluso quello per finalità di marketing diretto (che facciamo solo previo suo consenso).

**Diritti relativi al processo decisionale automatizzato, inclusa la profilazione.** Utilizziamo tecnologie per costruire i profili della nostra clientela per offrire i prodotti coerenti alle esigenze assicurative oppure per accettare o respingere in maniera automatizzata richieste di adesione basate su fattori predeterminati (es. età, stato di salute, abitudine al fumo, capitale assicurato, etc.) e determinare il giusto premio da applicare o la durata della copertura. Ciò implica che dal profilo di rischio riscontrato, potrebbe essere considerato non elegibile a determinate coperture. In altre circostanze, la sua copertura potrebbe essere interrotta (ad es. per 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](mailto: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](mailto: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](http://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 delle 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](http://www.metlife.it), scrivendo a MetLife Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma oppure attraverso l'indirizzo e-mail [info.privacy@metlife.it](mailto:info.privacy@metlife.it).

### A chi possono essere comunicati i suoi dati

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

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

Taluni suoi dati potrebbero, inoltre, essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti necessario per esigenze connesse alla gestione delle obbligazioni contrattuali oltre che per l'elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri e per la condivisione di informazioni connesse alla gestione del contenzioso inerente alla polizza stessa o eventuali sinistri. Inoltre, per le suddette finalità, i dati personali relativi al soggetto interessato potranno essere comunicati e trasferiti alle società facenti parte del gruppo MetLife o a loro fornitori, anche fuori dal territorio dell'Unione Europea e, in particolare, negli Stati Uniti. Relativamente al trasferimento dei dati all'estero, il Titolare garantisce al soggetto interessato la tutela e la modalità di trattamento accordata dalla legge italiana anche nei paesi terzi ove i dati vengono trasferiti.

L'elenco completo ed aggiornato dei soggetti a cui i dati potrebbero essere comunicati è disponibile presso la sede della Nostra Società.

#### **Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?**

La nostra Policy relativa alla conservazione dei dati personali è conforme a leggi e disposizioni in materia di protezione e conservazione di dati personali applicabili specificatamente al settore assicurativo. Esse stabiliscono per quanto tempo possiamo conservare diverse tipologie di dati personali che conserviamo e aggiorniamo regolarmente, fino a 10 anni dalla proposta (qualora non finalizzata) o dalla cessazione della polizza (per gli assicurati o aventi diritto alla prestazione assicurativa).

Cancelliamo in modo sicuro i suoi dati personali quando non abbiamo più motivo di conservarli. L'utilizzo dei dati per effettuare indagini statistiche e di mercato avviene in anonimato.

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

**Consenso al trattamento di particolari categorie di dati personali** (ad es., informazioni attestanti il suo stato di salute e riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche): per consentirci di svolgere le verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es. liquidazione di un eventuale sinistro) potremmo aver bisogno di trattare i suoi dati personali e sanitari che ci ha fornito o richiederle in futuro di fornirceli. La raccolta dei suoi dati sanitari ai fini dell'assunzione medica può avvenire anche telefonicamente sul numero di contatto eventualmente fornito al momento dell'adesione. Ciò potrebbe includere la necessità di (i) condividere tali dati con medici od altri consulenti professionali che ci assistono nell'emissione della polizza o nell'assunzione medica o nel gestire una sua richiesta, reclamo o sinistro o nell'amministrazione della polizza (ii) trasferirli verso paesi non appartenenti alla UE ove l'esecuzione del contratto dovesse richiederlo.

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

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

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

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

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

## MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Polizza Creditor Protection Insurance - Convenzione assicurativa CL/16/144 stipulata da Compass Banca S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Questo documento è stato aggiornato in data 05/02/2026 ed è l'ultimo disponibile

### CONTRATTO

Numero Pratica:

### ADERENTE/ASSICURATO

|                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| Nome:                    | Cognome:             |
| Luogo e Data di Nascita: |                      |
| Codice Fiscale:          | Recapito Telefonico: |
| Indirizzo di Residenza:  |                      |
| Indirizzo Email:         |                      |

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

| GARANZIE                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:                                                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>DECESSO</b> per qualsiasi causa</li> <li>✓ <b>INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE</b> a seguito di Infortunio o Malattia</li> <li>✓ <b>MALATTIA GRAVE</b></li> </ul>                                                                       |
| COSTI                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Il Premio è mensile ed è pari allo 0,38% del saldo mensile della carta di credito. Il Premio viene riscosso dalla Contraente mediante addebito sul conto corrente dell'Assicurato ed è versato da quest'ultima, su delegazione dell'Assicurato, alla Compagnia su base mensile. |
| Il 35,00% del Premio netto imposte è corrisposto all'Intermediario a titolo di remunerazione dell'attività di distribuzione del prodotto assicurativo.                                                                                                                          |

### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

#### Avvertenze:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.
- ai sensi dell'art. 22 della Legge n. 221/2012 e dell'art. 42 del Regolamento Ivass n. 41/2018, si segnala la possibilità per l'Assicurato di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia: [www.metlife.it](http://www.metlife.it).
- 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.

### INFORMATIVA CONTRATTUALE / PRECONTRATTUALE E DELEGA DI PAGAMENTO

Dichiaro di:

- aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018:
  - in caso di sottoscrizione della Polizza con firma autografa, in formato cartaceo;
  - in caso di sottoscrizione della Polizza con Firma elettronica, in formato elettronico all'indirizzo e-mail (se fornito) oppure in formato cartaceo in base alla scelta da me effettuata;
- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle mie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del Contratto con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione, ai sensi dell'art. 58 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- autorizzare Compass Banca S.p.A. a versare alla Compagnia l'importo del Premio per mio conto;
- aver ricevuto le informazioni relative all'eventuale utilizzo della Firma elettronica.

► **Data** \_\_\_\_\_ **Firma Assicurato (leggibile)** \_\_\_\_\_

### ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

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

- aderire al Programma Assicurativo anche tramite Firma elettronica laddove previsto;
- essere a conoscenza che la Polizza è **connessa alla carta di credito** e che rimane in vigore per tutta la durata della medesima;
- essere a conoscenza che l'adesione al Programma Assicurativo è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere la carta di credito;
- essere consapevole che il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di primo utilizzo della carta di credito, a condizione che la carta di credito sia in corso di validità;
- essere a conoscenza del diritto di recedere senza alcuna penalità e senza dover indicare il motivo entro 60 giorni dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo secondo quanto specificato nelle Condizioni di assicurazione;
- essere a conoscenza che per la garanzia Decesso i beneficiari sono i soggetti designati dall'Assicurato nel presente modulo oppure, in caso di mancata designazione, gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in assenza di testamento, i suoi eredi legittimi;
- rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle Condizioni di assicurazione;
- prendere atto che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia nel corso del rapporto contrattuale potranno essere effettuate in formato elettronico via email, attraverso il sito internet della Compagnia [www.metlife.it](http://www.metlife.it) o, se disponibile, nella mia area riservata, come da scelta effettuata da Compass Banca S.p.A. nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco, nel rispetto dell'art.120-quater del Codice delle Assicurazioni Private e dell'art. 4 del Regolamento Ivass n. 41/2018.

► **Data** \_\_\_\_\_ **Firma Assicurato (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](http://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** \_\_\_\_\_ **Firma Assicurato (leggibile)** \_\_\_\_\_

**DESIGNAZIONE DI BENEFICIARIO PER LA GARANZIA DECESSO (FACOLTATIVA)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------|
| <b>Beneficiario/i nominativo/i come sotto identificato/i:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                  |
| ▪ <u>Beneficiario n. 1</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |                  |
| Nome e Cognome / Ragione Sociale:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           | Cod. Fisc.:      |
| Luogo di Nascita:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           | Data di Nascita: |
| Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                  |
| Quota %:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Telefono: | E-mail:          |
| Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                  |
| ▪ <u>Beneficiario n. 2</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |                  |
| Nome e Cognome / Ragione Sociale:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           | Cod. Fisc.:      |
| Luogo di Nascita:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           | Data di Nascita: |
| Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                  |
| Quota %:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Telefono: | E-mail:          |
| Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                  |
| <p><b>In caso di mancata designazione del beneficiario</b>, l'Indennizzo sarà corrisposto agli eredi testamentari dell'Assicurato o, in assenza di testamento, ai suoi eredi legittimi.</p> <p><b>AVVERTENZE:</b></p> <p>a) 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;</p> <p>b) 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;</p> <p>c) la modifica o revoca del Beneficiario e la designazione di altri beneficiari devono essere comunicate tempestivamente dall'Assicurato direttamente alla Compagnia.</p> |           |                  |
| Il sottoscritto:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |                  |
| <input type="checkbox"/> dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prima dell'evento<br><i>(barrando questa casella la Compagnia contatterà i beneficiari solo in caso di decesso dell'Assicurato)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |                  |
| <input type="checkbox"/> identifica, per esigenze di riservatezza, un Referente terzo in caso di decesso dell'Assicurato:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                  |
| ▪ <u>Referente terzo</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                  |
| Nome e Cognome:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           | Cod. Fisc.:      |
| Telefono:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           | E-mail:          |
| ► Data _____ Firma Assicurato (leggibile) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |                  |

## ALLEGATO PER LA DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI

Convenzione assicurativa n.:

Pratica n.:

Nome e Cognome dell'Aderente/Assicurato:

Cod. Fisc.:

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:                                        |           | Cod. Fisc.:      |
| Luogo di Nascita:                                                        |           | Data di Nascita: |
| Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:                 |           |                  |
| Quota %:                                                                 | Telefono: | E-mail:          |
| Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato): |           |                  |

### Beneficiario n. 2

|                                                                          |           |                  |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------|
| Nome e Cognome / Ragione Sociale:                                        |           | Cod. Fisc.:      |
| Luogo di Nascita:                                                        |           | Data di Nascita: |
| Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:                 |           |                  |
| Quota %:                                                                 | Telefono: | E-mail:          |
| Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato): |           |                  |

### Beneficiario n. 3

|                                                                          |           |                  |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------|
| Nome e Cognome / Ragione Sociale:                                        |           | Cod. Fisc.:      |
| Luogo di Nascita:                                                        |           | Data di Nascita: |
| Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:                 |           |                  |
| Quota %:                                                                 | Telefono: | E-mail:          |
| Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato): |           |                  |

### Beneficiario n. 4

|                                                                          |           |                  |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------|
| Nome e Cognome / Ragione Sociale:                                        |           | Cod. Fisc.:      |
| Luogo di Nascita:                                                        |           | Data di Nascita: |
| Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:                 |           |                  |
| Quota %:                                                                 | Telefono: | E-mail:          |
| Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato): |           |                  |

### AVVERTENZE

- In caso di mancata o errata compilazione dei dati relativi al beneficiario, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Aderente/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 deve essere comunicata tempestivamente dall'Aderente/Assicurato alla Compagnia.
- Se l'Aderente/Assicurato intende designare più di 4 beneficiari potrà utilizzare 2 o più allegati per la designazione dei beneficiari.

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)
- ☐ identifica, per esigenze di riservatezza, un Referente terzo in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato:

### Referente terzo

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| Nome e Cognome: | Cod. Fisc.: |
| Telefono:       | E-mail:     |

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

**Firma** (leggibile)