

MetLife™



Alico Italia S.p.A. MetLife Insurance Limited

Convenzione assicurativa n. CL/11/803 stipulata da DEUTSCHE BANK S.p.A. per l'assicurazione dei rischi: vita caso morte, invalidità permanente totale e inabilità temporanea totale assicurati da Alico Italia S.p.A. e perdita involontaria d'impiego assicurato da MetLife Insurance Limited

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) **Nota informativa**
- b) **Condizioni di assicurazione**
- c) **Glossario**
- d) **Modulo di adesione al Programma Assicurativo**

deve essere consegnato alla Contraente ed all'Assicurato prima della sottoscrizione, rispettivamente, della Convenzione assicurativa e del Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.



Alico Italia S.p.A. - Capitale Sociale €22.351.000,00 i.v. P.IVA, C.F. e numero di Iscrizione Registro delle Imprese di Roma 04637801004. Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n. 1.00119. Capogruppo del Gruppo Assicurativo Alico Italia iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 040. Società per Azioni a Socio Unico, soggetta a direzione e coordinamento di Alico (U.S.A.) - società appartenente al gruppo MetLife Inc. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti ISVAP n. 1 del 29/12/94 G.U. n. 12 del 16/1/95 e n. 323 del 5/8/96 G.U. n. 193 del 19/8/96.

MetLife Insurance Limited è una società di capitali costituita e registrata in Inghilterra e Galles, con il numero di registrazione 0199242, avente sede legale in 1 Minster Court, Mincing Lane, Londra EC3R 7YL, Regno Unito. MetLife Insurance Limited è una compagnia assicurativa autorizzata e regolamentata dalla UK Financial Services Authority, con numero di iscrizione al registro delle compagnie assicurative n. 202659. La direzione generale della compagnia è sita al seguente indirizzo, che costituisce anche il domicilio eletto per la corrispondenza indirizzata a MetLife Insurance Limited: Level 28, One Canada Square, Canary Wharf, Londra E14 5AA, Regno Unito.

A) NOTA INFORMATIVA

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **01/12/2010**.

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

La Contraente e l'Assicurato debbono prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione, rispettivamente, della Convenzione assicurativa e del Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE – INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO – INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

Ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni e degli artt. 5 e 31 del Regolamento Isvap n. 35/2010 ("Regolamento Trasparenza") il presente Fascicolo informativo riporta in grassetto le clausole che prevedono rischi, oneri e obblighi a carico della Contraente e/o dell'Assicurato, esclusioni, limitazioni e periodi di sospensione della garanzia, nullità, decadenze, nonché le informazioni qualificate come Avvertenze dal Regolamento Trasparenza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Le denominazioni sociali delle Compagnie di cui sono offerti i prodotti assicurativi sono ALICO ITALIA SPA e METLIFE INSURANCE LIMITED.

ALICO ITALIA è costituita nella forma giuridica di Società per Azioni a Socio Unico.

La Compagnia è soggetta a direzione e coordinamento di ALICO (American Life Insurance Company) - società appartenente al gruppo MetLife Inc. Alico Italia S.p.A. utilizza il marchio commerciale MetLife per identificare i propri prodotti assicurativi.

La Sede Legale e la Direzione Generale sono stabilite in Italia, in Viale Castro Pretorio n. 124, 00185 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, Sito internet www.alicoitalia.com, Indirizzo e-mail sede.roma@alico.com.

La Compagnia è stata autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sulla Vita, Infortuni e Malattia con provvedimenti ISVAP n. 1 del 29/12/1994 e n. 323 del 5/8/1996, pubblicati rispettivamente sulla Gazzetta Ufficiale n. 12 del 16/1/1995 e n. 193 del 19/8/1996 ed è iscritta all'albo delle imprese di assicurazione al numero 1.00119.

METLIFE INSURANCE LIMITED è una società di capitali costituita e registrata in Inghilterra e Galles, numero di registrazione n. 0199242, con Sede in 1 Minster Court, Mincing Lane, Londra EC3R 7YL, Regno Unito.

MetLife Insurance Limited è una compagnia assicurativa autorizzata e regolamentata dalla UK Financial Services Authority, con numero di iscrizione al registro delle compagnie assicurative n. 202659, ed è autorizzata ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi.

La direzione generale della compagnia è sita al seguente indirizzo, che costituisce anche il domicilio eletto per la corrispondenza indirizzata a MetLife Insurance Limited: Level 28, One Canada Square, Canary Wharf, Londra E14 5AA, Regno Unito, Tel. +44.207.715.2000, Fax +44.207.715.2583, Sito internet www.metlife.co.uk, Indirizzo e-mail italiancustomerservice@metlife.com.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il patrimonio netto di Alico Italia S.p.A. è pari a € 48.920.000,00, e comprende il capitale sociale pari a € 22.351.000,00 e le riserve patrimoniali pari a € 24.199.000,00. L'indice di solvibilità di Alico Italia S.p.A. relativo alla gestione vita, ossia il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 152%. L'indice di solvibilità di Alico Italia S.p.A. relativo alla gestione danni, ossia il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 163%.

Il patrimonio netto di MetLife Insurance Limited è pari a £ 46.742.000, comprensivi del capitale sociale pari a £ 2.000.000 e delle riserve patrimoniali pari a £ 44.742.000. L'indice di solvibilità di MetLife Insurance Limited relativo alla gestione danni, ossia il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 258%.



B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE – INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte – Limitazioni ed esclusioni

La durata del contratto corrisponde alla durata del piano di rimborso del finanziamento stabilita in fase di sottoscrizione del contratto, con un minimo di 1 mese ed un massimo di 36 mesi. Il contratto è stipulato senza clausola di tacito rinnovo.

Il Programma Assicurativo offerto dall'Assicuratore prevede le seguenti prestazioni a seconda dell'età dell'Assicurato alla data di adesione:

Qualora l'Assicurato aderisca al Programma Assicurativo prima del compimento del 65° anno di età, il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- Prestazione in caso di Decesso a seguito di infortunio dell'Assicurato;
- Prestazione in caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di infortunio o malattia dell'Assicurato;
- Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale a seguito di infortunio o malattia dell'Assicurato;
- Prestazione in caso di Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato aderisca al Programma Assicurativo successivamente al compimento del 65° anno di età, il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- Prestazione in caso di Decesso a seguito di infortunio dell'Assicurato;
- Prestazione in caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di infortunio dell'Assicurato;
- Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale a seguito di infortunio dell'Assicurato;
- Prestazione in caso di Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo dell'Assicurato.

Si rinvia all'art. 7 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

Avvertenza: si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sulle disposizioni contenenti limitazioni, esclusioni, franchigie, massimali, limiti massimi di età assicurabile e periodi di carenza applicabili alle garanzie assicurative e si rinvia agli artt. 2, 3, 7 e 8 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

A scopo esemplificativo, si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo all'applicazione di franchigie e massimali nel caso di un sinistro relativo alla garanzia Inabilità Temporanea Totale, in tre diverse ipotesi (gli esempi sono formulati con riferimento ad un finanziamento che preveda il pagamento di rate di rimborso mensili pari a € 100,00 e con riguardo ad un sinistro che non si verifichi nel periodo di carenza):

1° caso:

- periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato: 05/09/2010 – 20/11/2010;
- data di scadenza della rata di rimborso mensile del finanziamento: il giorno 28 di ogni mese;
- indennizzo liquidato, dopo l'applicazione della franchigia assoluta (pari a 60 giorni): € 0,00.

2° caso:

- periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato: 05/09/2010 – 20/11/2010;
- data di scadenza della rata di rimborso mensile del finanziamento: il giorno 15 di ogni mese;
- indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta (pari a 60 giorni): € 100,00.

3° caso:

- periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato: 05/09/2010 – 20/02/2012;
- data di scadenza della rata di rimborso mensile del finanziamento: il giorno 15 di ogni mese;
- indennizzo liquidato, dopo l'applicazione della franchigia assoluta (pari a 60 giorni) e del limite di 12 mensilità indennizzabili: € 1.200,00.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Avvertenza: si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sul fatto che, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile, le dichiarazioni inesatte e le reticenze della Contraente e/o dell'Assicurato al momento dell'adesione al Programma Assicurativo possono determinare l'annullamento del Programma Assicurativo, ovvero determinare la riduzione dell'indennizzo da corrispondersi in relazione al sinistro. Si rinvia all'art. 3 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: si richiama l'attenzione dell'Assicurato sul fatto che il contratto di assicurazione è nullo allorché il rischio assicurato non sia mai esistito o abbia cessato di esistere prima della conclusione del medesimo contratto,



ovvero allorché venga stipulata l'assicurazione sulla vita di un terzo senza il consenso di questi o del suo legale rappresentante.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile, l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare per iscritto all'Assicuratore mutamenti che aggravino il rischio. Si rinvia all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione per le conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione. A scopo esemplificativo ma non esaustivo si precisa che costituisce aggravamento del rischio il trasferimento della residenza in un paese non facente parte della zona OCSE e l'avvio della pratica di uno sport pericoloso (quale ad esempio: alpinismo, paracadutismo, rafting, ecc.).

La disciplina di cui all'art. 1897 del Codice civile, in materia di diminuzione del rischio, non trova applicazione con riferimento al presente contratto, trattandosi di contratto assicurativo a premio unico per l'intera durata del Programma Assicurativo.

6. Premi

Il premio assicurativo è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età e sesso dell'Assicurato, al suo stato di salute ed alle attività professionali svolte.

La totalità del premio viene utilizzata dall'Assicuratore per far fronte ai rischi assunti in contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, i premi rimarranno totalmente acquisiti dall'Assicuratore quale corrispettivo del rischio corso.

Il premio, unico per l'intera durata del Programma Assicurativo, è calcolato applicando il tasso di premio, pari al 3,00%, al capitale iniziale del finanziamento. Il premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima, su delegazione dell'Assicurato, all'Assicuratore in via anticipata ed in un'unica soluzione.

Non è prevista la possibilità di frazionare il premio.

Il premio e le somme assicurate non sono soggette ad adeguamento.

Si informa l'Assicurato che il 53,00% del premio netto imposte (ovvero € 53,00 per ogni € 100,00 di premio netto imposte) è in media corrisposto all'intermediario/i a titolo di remunerazione dell'attività di distribuzione del prodotto assicurativo.

Avvertenza: in caso di estinzione anticipata del finanziamento da parte dell'Assicurato, il Programma Assicurativo cessa e l'Assicuratore restituirà all'Assicurato la porzione di premio relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata del finanziamento e la sua scadenza originaria, al netto delle spese sostenute per il rimborso del premio pari a €40.00. L'Assicurato, in alternativa, può richiedere che il Programma Assicurativo rimanga in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento. Si rinvia all'art. 5 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

7. Costi gravanti sul premio

Costo complessivo per emissione, gestione e acquisizione del contratto	89,00% del premio assicurativo netto imposte (di cui il 53,00 % corrisposto come costo di intermediazione e distribuzione)
---	--

8. Regime fiscale

Al presente contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal D.P.R. n. 917/86 e successive modifiche.

Imposte sui premi

Al fine di applicare correttamente l'imposta sui premi di assicurazione occorre ripartire il premio nelle due componenti:

- Premio per le garanzie del Ramo Vita: 0,00% del premio lordo;
- Premio per le garanzie del Ramo Danni (Decesso a seguito di infortunio, Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale e Perdita Involontaria di Impiego): 100,00% del premio lordo.

I premi per le garanzie del Ramo Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.

I premi per le garanzie del Ramo Danni sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'ammontare dei premi.

Detrazione fiscale dei premi

Per le garanzie Decesso e Invalidità Permanente Totale è prevista una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) pari al 19% dei premi versati fino ad un importo massimo di € 1.291,14 annue. La detrazione è riconosciuta, nei suddetti limiti, all'Assicurato per programmi assicurativi con durata pari o superiore a 60 mesi.



D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO – INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia agli artt. 3 e 4 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

10. Diritto di recesso

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore presso **Bamado Servizi Assicurativi S.r.l., Viale della Liberazione n. 1, 20094 Corsico (MI), entro 30 giorni dalla data di perfezionamento del contratto (così come descritta all'art. 3 delle Condizioni di assicurazione)**. In tal caso, sarà restituito all'Assicurato il premio già pagato, al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso da parte dell'Assicurato.

11. Documentazione da consegnare all'Impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

In caso di sinistro, per consentire la liquidazione della prestazione assicurata, i beneficiari devono fornire all'Assicuratore la documentazione indicata nell'art. 10 delle Condizioni di assicurazione.

In caso di indennizzo, l'Assicuratore si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa, salvo casi particolari.

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Si fa inoltre presente che ai sensi della Legge 266 del 23 dicembre 2005, così come implementata dal D.P.R. 116 del 22 giugno 2007, in caso di mancata riscossione delle somme dovute a titolo di indennizzo nei 2 anni decorrenti dalla data di libera disponibilità, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla summenzionata Legge 266 del 2005.

12. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

13. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

- **relativamente alle garanzie Decesso, Invalidità Permanente Totale e Inabilità Temporanea Totale, Alico Italia S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Castro Pretorio n. 124, 00185 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, Indirizzo e-mail reclami@alico.com;**
- **relativamente alla garanzia Perdita Involontaria d'Impiego, MetLife Insurance Limited - Compliance Officer - Level 28, One Canada Square, Canary Wharf, London E14 5AA, Tel. +44.207.715.2000, Fax +44.207.715.2583, Indirizzo e-mail italiancustomerservice@metlife.com.**

L'Impresa gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.

Relativamente alle garanzie Decesso, Invalidità Permanente Totale e Inabilità Temporanea Totale, in conformità al disposto del Regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi all'ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma - corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Impresa e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali l'Assicuratore non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, 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).

Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Non rientrano nella competenza dell'ISVAP i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Relativamente alla garanzia Perdita Involontaria d'Impiego, l'Impresa s'impegna a gestire il reclamo entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Ove l'esponente dovesse ritenersi insoddisfatto della risposta ricevuta, potrà altresì presentare reclamo direttamente al Financial Ombudsman Service (FOS), 183 Marsh Wall, London E14 9SP, United Kingdom. La richiesta rivolta al Financial Ombudsman Service (FOS) dovrà essere presentata entro il termine di sei mesi dal riscontro al reclamo. Le richieste al Financial Ombudsman Service potranno essere inviate a mezzo email all'indirizzo complaint.info@financial-ombudsman.org.uk, ovvero a mezzo fax al numero +44 00 20 7964 1001, o a mezzo posta al seguente indirizzo: The Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9SR, UK. Per maggiori informazioni si potrà anche contattare l'Ombudsman al numero +44 00 20 7964 0500.



In alternativa potrà indirizzare il reclamo all'ISVAP, all'indirizzo sopra indicato, che provvederà all'inoltro all'FSSA, con il preventivo consenso dell'esponente in caso di oneri aggiuntivi per lo stesso. In caso di inoltro, la risposta del sistema competente è tempestivamente trasmessa dall'ISVAP all'esponente.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internalmarket/finservices-retail/finnet/index_en.htm) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

15. Comunicazioni dell'Assicurato all'Assicuratore

Non essendo la professione svolta dall'Assicurato rilevante ai fini della valutazione del rischio compiuta dall'Assicuratore, con riferimento al presente contratto, l'Assicurato è esentato dalla comunicazione di cui all'art. 1926 del Codice civile.

16. Conflitto di interessi

Alico Italia S.p.A. e MetLife Insurance Limited, che commercializzano il presente contratto, sono società appartenenti al gruppo MetLife Inc. Il presente contratto non presenta situazioni di conflitto di interessi. Le società in ogni caso si impegnano a non recare pregiudizio ai contraenti/assicurati e ad ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

Alico Italia S.p.A. e MetLife Insurance Limited sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

**Alico Italia S.p.A.
Il Rappresentante Legale
Dott. Robert Gauci**



**MetLife Insurance Limited
Il Direttore Generale
Colin Moody**



B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **01/12/2010**.

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita o persona viene stipulato il contratto e che abbia aderito al Programma Assicurativo ai sensi dell'art. 3.

Assicuratore:

- Per le garanzie Decesso, Invalidità Permanente Totale e Inabilità Temporanea Totale, Alico Italia S.p.A. con Sede Legale e Direzione Generale in Viale Castro Pretorio n. 124, 00185 Roma. La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla Vita, Infortuni e Malattia con Provvedimenti ISVAP n. 1 del 29/12/1994 G.U. n. 12 del 16/01/1995 e n. 323 del 05/08/1996 G.U. n. 193 del 19/08/1996.
- Per la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego, MetLife Insurance Limited con Sede in 1 Minster Court, Mincing Lane, London EC3R 7YL, United Kingdom, registrata in Inghilterra e Galles, all'ufficio del registro, numero di registrazione 0199242. MetLife Insurance Limited è autorizzata e regolamentata da UK Financial Services Authority, numero 202659, ed è autorizzata ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi. La principale sede d'affari e recapito per la corrispondenza verso MetLife Insurance Limited è: Level 28, One Canada Square, Canary Wharf, London E14 5AA, United Kingdom, Tel. +44.207.715.2000, Fax +44.207.715.2583, Sito internet www.metlife.co.uk, Indirizzo email italiacustomerservice@metlife.com.

Beneficiario: l'Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi.

Carenza: periodo di tempo durante il quale il Programma Assicurativo non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, lo stesso non sarà coperto e l'Assicuratore non corrisponderà la prestazione assicurata.

Contraente: Deutsche Bank S.p.A. con Sede Legale e Direzione Generale in Piazza del Calendario n. 3, 20126 Milano, iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000027178, in data 01/02/2007.

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

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

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

Premio: la somma versata all'Assicuratore per la copertura assicurativa prestata.

Programma Assicurativo: l'insieme delle garanzie prestate dall'Assicuratore.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è assunta dall'Assicuratore in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati.

ART. 2 – GARANZIE

Il Programma Assicurativo offerto dall'Assicuratore prevede le seguenti garanzie a seconda dell'età dell'Assicurato alla data di adesione:

Qualora l'Assicurato aderisca al Programma Assicurativo prima del compimento del 65° anno di età, il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- Prestazione in caso di Decesso a seguito di infortunio dell'Assicurato (in seguito definita D);
- Prestazione in caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di infortunio o malattia dell'Assicurato (in seguito definita IPT);
- Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale a seguito di infortunio o malattia dell'Assicurato (in seguito definita ITT); la garanzia è riservata a coloro che, al momento del sinistro, esercitano una professione di lavoro autonomo o non esercitano alcuna attività lavorativa che produca reddito;
- Prestazione in caso di Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo dell'Assicurato (in seguito definita PII); la garanzia è riservata a coloro che, al momento del sinistro, esercitano una professione di lavoro dipendente presso Aziende o Enti Italiani di diritto pubblico o privato.

Qualora l'Assicurato aderisca al Programma Assicurativo successivamente al compimento del 65° anno di età, il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- Prestazione in caso di Decesso a seguito di infortunio dell'Assicurato (in seguito definita D);
- Prestazione in caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di infortunio dell'Assicurato (in seguito definita IPT);
- Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale a seguito di infortunio dell'Assicurato (in seguito definita ITT); la garanzia è riservata a coloro che, al momento del sinistro, esercitano una professione di lavoro autonomo o non esercitano alcuna attività lavorativa che produca reddito;
- Prestazione in caso di Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo dell'Assicurato (in seguito definita PII); la garanzia è riservata a coloro che, al momento del sinistro, esercitano una professione di lavoro dipendente presso Aziende o Enti Italiani di diritto pubblico o privato.



Le garanzie sono valide senza limiti territoriali ma l'IPT e l'ITT devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea; la PII è valida solo sul territorio dello Stato Italiano e il contratto di lavoro deve essere regolamentato dalla legge italiana.

ART. 3 – PERSONE ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

E' assicurabile l'intestatario del contratto di finanziamento a condizione che:

- al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, abbia un'età compresa tra 18 e 72 anni non compiuti ed abbia espletato le formalità di perfezionamento del contratto di seguito indicate;
- al termine del piano di rimborso del finanziamento, non abbia ancora compiuto 72 anni di età.

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

Formalità di perfezionamento del contratto: l'adesione al Programma Assicurativo si perfeziona con la sottoscrizione della Dichiarazione di adesione da parte dell'Assicurato.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

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

ART. 4 – DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Fermo quanto stabilito all'art. 3 relativamente alle modalità di perfezionamento del contratto, il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento superiore a 184 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento e rimane in vigore per tutta la durata del piano del rimborso del finanziamento stabilita in fase di sottoscrizione del contratto - con un minimo di un mese ed un massimo di 36 mesi - **a condizione che il premio assicurativo corrispondente risulti pagato.** In caso di rinegoziazione del piano di rimborso del finanziamento la copertura viene prestata con riferimento al piano di ammortamento originario.

Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso:

- al pagamento della prestazione assicurata con riferimento alle garanzie D e IPT;
- in caso di decesso dell'Assicurato;
- in caso di esercizio del diritto di recesso da parte dell'Assicurato;
- in caso di estinzione anticipata del finanziamento, salvo quanto previsto all'art. 5.

Il presente contratto è stipulato senza clausola di tacito rinnovo.

ART. 5 – ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata del finanziamento da parte dell'Assicurato, il Programma Assicurativo cessa e l'Assicuratore restituirà all'Assicurato la porzione di premio relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata del finanziamento e la sua scadenza originaria, al netto delle spese sostenute per il rimborso del premio pari a € 40.00. La porzione di premio da restituire è calcolata: per il premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo; per i caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura. L'Assicurato, in alternativa, può richiedere che il Programma Assicurativo rimanga in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento mediante apposita comunicazione, da consegnare alla Contraente contestualmente all'estinzione del finanziamento.

ART. 6 – RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo, **a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore presso Bamado Servizi Assicurativi S.r.l., Viale della Liberazione n. 1, 20094 Corsico (MI), entro 30 giorni dalla data di perfezionamento del contratto (così come descritta all'art. 3 delle Condizioni di assicurazione).** In tal caso, sarà restituito all'Assicurato il premio già pagato, al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso da parte dell'Assicurato.

ART. 7 – PRESTAZIONI ASSICURATE

- In caso di **Decesso a seguito di infortunio (D)** dell'Assicurato, **salvo i casi di esclusione specificati all'art. 8,** l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del D.
- In caso di **Invalità Permanente Totale (IPT)** dell'Assicurato, **salvo i casi di esclusione specificati all'art. 8,** l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'IPT. **L'IPT corrisponde ad un'invalità di almeno il 60% secondo la tabella INAIL (D.P.R. n. 1124 del 30/06/65 e successive modifiche) e deve essere riconosciuta con certificazione medica.**
- In caso di **Inabilità Temporanea Totale (ITT)** dell'Assicurato, **salvo i casi di esclusione specificati all'art. 8,** l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario una somma pari all'ammontare delle rate di rimborso mensili del finanziamento, **dovute dopo il**



periodo di franchigia, che hanno scadenza nel periodo di ITT comprovato. Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario, alla data d'inizio dell'ITT, esercitare una professione di lavoro autonomo o non esercitare alcuna attività lavorativa che produca reddito. La prestazione viene corrisposta a condizione che l'ITT abbia una durata superiore a 60 giorni consecutivi (franchigia assoluta) e sia certificata da un medico. La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di inabilità. Nessuna nuova prestazione è dovuta dall'Assicuratore allorché siano state indennizzate 12 mensilità.

- In caso di **Perdita Involontaria di Impiego (PII)** dell'Assicurato, a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo (Legge n. 604/1966 art. 3), **salvo i casi di esclusioni specificati all'art. 8**, l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario, una somma pari all'ammontare delle rate di rimborso mensili del finanziamento, **dovute dopo il periodo di franchigia**, che hanno scadenza nel periodo di inattività lavorativa comprovato. **La prestazione viene corrisposta a condizione che la PII abbia una durata superiore a 90 giorni consecutivi (franchigia assoluta). La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di interruzione del lavoro.** Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario, alla data della notifica del licenziamento: **esercitare una professione di lavoro dipendente, presso Aziende o Enti Italiani di diritto pubblico o privato, con un contratto di lavoro di diritto italiano, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore e con un'anzianità minima di 12 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro; aver perso il lavoro a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo; essere in possesso dei requisiti previsti dalla legge come disoccupato totale alla ricerca attiva di occupazione; ricevere i sussidi di disoccupazione previsti dalla legge (mobilità e CIGS).** Nessuna nuova rata è dovuta dall'Assicuratore allorché siano state indennizzate 12 mensilità.

ART. 8 – LIMITAZIONI

Carenza: non sono garantiti i licenziamenti notificati (garanzia PII) durante i primi 60 giorni dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo.

Franchigia: per la garanzia ITT è previsto un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni, che decorre dal 1° giorno di inabilità; per la garanzia PII è previsto un periodo di franchigia assoluta di 90 giorni, che decorre dal 1° giorno di interruzione del lavoro.

Esclusioni

- **Per tutte le garanzie, le conseguenze:**
 - di una malattia insorta o di un infortunio verificatosi prima della data di adesione al Programma Assicurativo;
 - dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;
 - di stati di alcolismo acuto o cronico;
 - di un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;
 - di tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - di guerra o insurrezione;
 - di qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);
 - di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;
 - di tutti i rischi nucleari.
- **Solo per D:** il suicidio dell'Assicurato accaduto nel primo anno successivo alla data di adesione al Programma Assicurativo.
- **Solo per IPT e ITT:** le conseguenze: di malattie mentali o disturbi psichici in genere; di ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata; della gravidanza, del puerperio e delle patologie correlate.
- **Solo per PII:** i licenziamenti notificati prima della data di adesione al Programma Assicurativo o durante il periodo di carenza; i licenziamenti dovuti a motivi disciplinari o professionali; i licenziamenti tra congiunti, ascendenti o discendenti; le dimissioni e le rotture negoziate del contratto di lavoro; le cessazioni, alla loro scadenza, dei contratti di lavoro a tempo determinato, stagionali, temporanei o ad interim; il raggiungimento dell'età di quiescenza o dell'età necessaria per l'erogazione della pensione di anzianità, ovvero in caso di applicazione del regime di prepensionamento; ogni forma di cessazione del contratto di lavoro che possa dar luogo al pagamento dei sussidi di disoccupazione senza ricerca attiva di una nuova occupazione; le disoccupazioni parziali; le situazioni di disoccupazione che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni ordinaria o edilizia.

Prestazione massima: la prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o dei Programmi assicurativi di cui è titolare, è di €5.000,00 in caso di D o IPT e di €3.000,00 al mese in caso di ITT o PII. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dall'ambito della prestazione pagabile.

ART. 9 – PREMIO ASSICURATIVO

Il premio unico per l'intera durata del Programma Assicurativo, è calcolato applicando il tasso di premio, pari al 3,00%, al capitale iniziale del finanziamento. Il premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima, su delegazione dell'Assicurato, all'Assicuratore in via anticipata ed in un'unica soluzione.

Ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile, 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. 10 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro, il Denunciante deve contattare nel più breve tempo possibile il servizio assistenza sinistri predisposto dall'Assicuratore presso *Bamado Servizi Assicurativi S.r.l., Servizio Gestione Sinistri Creditor Protection Insurance, Viale della Liberazione n. 1, 20094 Corsico (MI), Tel. 02/36529745, Fax 02/36529709*, che fornirà all'Assicurato (o ai suoi eredi/beneficiari) i seguenti moduli da compilare: 1) modulo di denuncia sinistro; 2) modulo di rapporto medico; 3) modulo per il trattamento dei dati personali dell'Assicurato a fini assicurativi (D.lgs. n. 196/2003). **Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta utilizzando i moduli prestampati forniti, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati alla fine del modulo di denuncia.** L'Assicuratore ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, qualora ciò sia reso indispensabile per la corretta valutazione del sinistro. **L'Assicuratore si riserva il diritto di far effettuare in ogni momento ed a sue spese accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni allo stesso comunicate. Ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.** In caso di indennizzo, l'Assicuratore si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa, salvo casi particolari.

ART. 11 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile, l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare per iscritto all'Assicuratore mutamenti che aggravino il rischio. Si informa l'Assicurato che, in caso di mancata comunicazione, il pagamento dell'indennizzo non è dovuto o è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

ART. 12 – RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

- relativamente alle garanzie **Decesso, Invalidità Permanente Totale e Inabilità Temporanea Totale**, **Alico Italia S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Castro Pretorio n. 124, 00185 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, Indirizzo e-mail reclami@alico.com;**
- relativamente alla garanzia **Perdita Involontaria d'Impiego**, **MetLife Insurance Limited - Compliance Officer - Level 28, One Canada Square, Canary Wharf, London E14 5AA, Tel. +44.207.715.2000, Fax +44.207.715.2583, Indirizzo e-mail italiancustomerservice@metlife.com.**

L'Impresa gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.

Relativamente alle garanzie **Decesso, Invalidità Permanente Totale e Inabilità Temporanea Totale**, in conformità al disposto del Regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi all'ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma - corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Impresa e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali l'Assicuratore non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, 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).

Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Non rientrano nella competenza dell'ISVAP i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Relativamente alla garanzia **Perdita Involontaria d'Impiego**, l'Impresa s'impegna a gestire il reclamo entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Ove l'esponente dovesse ritenersi insoddisfatto della risposta ricevuta, potrà altresì presentare reclamo direttamente al Financial Ombudsman Service (FOS), 183 Marsh Wall, London E14 9SP, United Kingdom. La richiesta rivolta al Financial Ombudsman Service (FOS) dovrà essere presentata entro il termine di sei mesi dal riscontro al reclamo. Le richieste al Financial Ombudsman Service potranno essere inviate a mezzo email all'indirizzo complaint.info@financial-ombudsman.org.uk, ovvero a mezzo fax al numero +44 00 20 7964 1001, o a mezzo posta al seguente indirizzo: The Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9SR, UK. Per maggiori informazioni si potrà anche contattare l'Ombudsman al numero +44 00 20 7964 0500.

In alternativa potrà indirizzare il reclamo all'ISVAP, all'indirizzo sopra indicato, che provvederà all'inoltro all'FSSA, con il preventivo consenso dell'esponente in caso di oneri aggiuntivi per lo stesso. In caso di inoltro, la risposta del sistema competente è tempestivamente trasmessa dall'ISVAP all'esponente.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internalmarket/finservices-retail/finnet/index_en.htm) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Art. 13 – FINANCIAL SERVICES COMPENSATION SCHEME (Fondo di indennizzo per i servizi di natura finanziaria)

MetLife Insurance Limited è garantita dal Fondo di indennizzo per i servizi di natura finanziaria del Regno Unito. L'assicurato potrà essere indennizzato dal Fondo ove MetLife Insurance Limited non sia in grado di adempiere ai propri obblighi finanziari, in ragione delle circostanze relative al reclamo. Ulteriori informazioni relative al Fondo sono rese disponibili dal FINANCIAL



SERVICES COMPENSATION SCHEME (Fondo di indennizzo per i servizi di natura finanziaria) sul sito www.fscs.org.uk o al seguente numero di telefono: + 442078927300.

ART. 14 – LEGGE APPLICABILE

Al contratto si applica la legge italiana.

ART. 15 – FORO COMPETENTE

Qualsiasi controversia tra l'Assicuratore e l'Assicurato in relazione all'esecuzione, interpretazione, validità o cessazione del Programma Assicurativo, sarà risolta mediante ricorso all'Autorità giudiziaria ordinaria. Il foro competente per territorio in via esclusiva è quello del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gentile Assicurato, La informiamo che i Suoi dati personali acquisiti direttamente da Lei o tramite terzi¹, anche successivamente nel corso del rapporto con Lei instaurato, saranno utilizzati dalle Nostre Società, Alico Italia S.p.A. e MetLife Insurance Limited (titolari del trattamento) al solo fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti². A tali scopi Lei potrebbe fornire alle Nostre Società eventuali dati sensibili³ (come, ad esempio, le informazioni riportate in questionari sanitari o certificati medici, cartelle cliniche) 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). Il conferimento dei Suoi dati risulta pertanto necessario per il perseguimento delle suddette finalità. Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirLe correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti. I Suoi dati saranno utilizzati, nell'ambito delle Nostre strutture, solo dal personale preposto alla gestione del rapporto di assicurazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e con modalità strettamente coerenti con le finalità appena richiamate. Alcuni Suoi dati potranno essere comunicati a: (i) società del Nostro gruppo e a società di Nostra fiducia, che svolgono per Nostro conto attività e servizi strettamente connessi al rapporto di assicurazione e che utilizzeranno i Suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento⁴, nonché (ii) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto⁵. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile sul sito internet: www.alicoitalia.com e www.metlife.co.uk. Taluni Suoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea e negli U.S.A.⁶ qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla elaborazione di specifiche statistiche in relazione ai rischi assicurati, alla gestione dei premi e delle liquidazioni dei sinistri. La invitiamo pertanto a rilasciare alle Nostre Società, con la sottoscrizione della clausola posta nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo, il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, ivi compresi i dati sensibili da Lei eventualmente forniti, ai fini della gestione del Suo rapporto di assicurazione e dello svolgimento delle attività connesse, nei limiti e con le modalità sopra indicate. In ogni momento, Lei potrà consultare i Suoi dati ed eventualmente chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione od opporsi al loro trattamento (ed esercitare gli altri diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003), rivolgendosi al Responsabile del Dipartimento Corporate, in qualità di responsabile del trattamento dei Suoi dati, presso Alico Italia S.p.A., Viale Castro Pretorio n. 124, 00185 Roma, tel. 06.492161, fax 06.49216300, e-mail sede.roma@alico.com ed al Compliance Officer, in qualità di responsabile del trattamento dei Suoi dati, presso MetLife Insurance Limited, Level 28, One Canada Square, Canary Wharf, London E14 5AA, United Kingdom.

¹ Come, ad esempio, 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.

² Stipulazione ed esecuzione di contratti di assicurazione, raccolta premi, liquidazione sinistri, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio a difesa dei diritti dell'assicuratore, adempimento degli specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.

³ Per dato sensibile s'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 o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (art. 4, comma 1, lett. d) del d.lgs. 196/2003).

⁴ In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia, società di servizio cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione.

⁵ ANIA, ISVAP, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Casellario Centrale Infortunati.

⁶ Precisamente alla società di riassicurazione, nonché ad Alico (American Life Insurance Company) e MetLife Inc.



C) GLOSSARIO

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **01/12/2010**.

Di seguito una spiegazione dei termini solitamente utilizzati nei contratti assicurativi che la Contraente e l'Assicurato potranno utilizzare per una migliore comprensione del contratto.

Si avvertono tuttavia la Contraente e l'Assicurato che le definizioni di seguito riportate non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del Programma Assicurativo, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente i termini definiti nelle Condizioni di assicurazione.

Assicurato: persona fisica sulla cui vita o persona viene stipulato il contratto o a cui si riferisce il rischio oggetto di assicurazione, che può coincidere o no con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Assicuratore: Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale la Contraente stipula il contratto collettivo di assicurazione.

Beneficiario: persona fisica o giuridica designata nel contratto, che può coincidere o no con la Contraente stessa e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Carenza (o sospensione del Programma Assicurativo): periodo di tempo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo l'Assicuratore non corrisponde la prestazione assicurata.

Caricamenti: parte del premio versato dalla Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'Assicuratore.

Compagnia: Vedi "Assicuratore".

Condizioni contrattuali (o di polizza): insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi: l'insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse dell'Assicuratore può collidere con quello della Contraente o dell'Assicurato.

Contraente: persona giuridica che stipula il contratto collettivo di assicurazione con l'Assicuratore e che versa al medesimo i premi pagati dagli Assicurati.

Contratto di assicurazione: contratto con il quale l'Assicuratore, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare la prestazione assicurata al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Costi accessori (diritti fissi): oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico della Contraente per l'emissione del contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

Decorrenza della garanzia: momento in cui le garanzie divengono operanti, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Detraibilità fiscale (del premio versato): misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione dalle imposte sui redditi.

Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto è efficace.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dall'Assicuratore, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Fascicolo informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare alla Contraente ed all'Assicurato, composto da: Nota informativa, Condizioni di assicurazione, Glossario e Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

Franchigia assoluta: periodo di tempo superato il quale l'Assicuratore indennizza il sinistro.

Franchigia relativa: periodo di tempo superato il quale l'Assicuratore indennizza il sinistro a partire dalla data dell'evento.

Garanzia: copertura assicurativa prevista dal contratto in base alla quale l'Assicuratore si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario (es. decesso, invalidità permanente totale, ecc.).

Impresa: Vedi "Assicuratore".

Inabilità temporanea totale: incapacità totale ad attendere alle proprie occupazioni per un periodo di tempo limitato.

Indennizzo: somma dovuta dall'Assicuratore al Beneficiario in caso di sinistro.

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

Intermediario: la persona fisica o la società, iscritta nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

Invalidità permanente totale: definitiva e totale incapacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie abituali occupazioni.

ISVAP: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Liquidazione: pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

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

Massimale: somma massima garantita dall'Assicuratore al Beneficiario.

Montante lordo: la somma delle rate mensili da versare, previste dal piano di rimborso definito in fase di sottoscrizione del



contratto di finanziamento.

Perdita involontaria d'impiego: perdita dell'impiego non dipendente dalla volontà dell'Assicurato.

Polizza collettiva: contratto di assicurazione sulla vita stipulato da un Contraente costituito da una persona giuridica per conto di un gruppo di Assicurati.

Premio annuo: importo versato annualmente all'Assicuratore secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.

Premio complessivo (o lordo): importo complessivo da versare all'Assicuratore quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

Premio di tariffa: somma di premio puro e dei caricamenti.

Premio periodico: premio versato all'inizio di ciascun periodo secondo quanto previsto dal contratto. Può essere stabilito in misura costante, e quindi rimanere invariato per tutta la durata del contratto, oppure in misura variabile, per cui la sua entità può cambiare di periodo in periodo.

Premio puro: importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dall'Assicuratore con il contratto di assicurazione. È la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulle probabilità di morte o di sopravvivenza dell'Assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.

Premio unico: importo da corrispondere in soluzione unica all'Assicuratore al momento della conclusione del contratto di assicurazione.

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

Prestazione assicurata: somma che l'Assicuratore garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Proposta: documento o modulo sottoscritto dall'Assicurato con il quale egli manifesta all'Assicuratore la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Programma Assicurativo: insieme delle garanzie assicurative offerte dall'Assicuratore.

Questionario medico: modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che l'Assicuratore utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Recesso (o diritto di ripensamento): diritto dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Ricorrenza annuale: l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Ricovero ospedaliero: degenza che comporti almeno un pernottamento in una struttura ospedaliera.

Rischio demografico: rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno dell'Assicuratore di erogare la prestazione assicurata.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Superpremio: maggiorazione di premio richiesta dall'Assicuratore nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (superpremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (superpremio professionale o sportivo).

Tecniche di comunicazione a distanza: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Assicuratore (o di un intermediario incaricato dall'Assicuratore) e dell'Assicurato, possa impiegarsi per la trasmissione delle comunicazioni inerenti al contratto.

Tasso di premio: importo indicativo di premio per unità (o migliaia di unità) di prestazione.



