

## QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Gentile Cliente, la compilazione del presente questionario è mirata ad acquisire le informazioni necessarie al fine di offrirle un contratto adeguato che risponda ai suoi bisogni ed alle Sue esigenze assicurative. Le chiediamo pertanto di rispondere in maniera consapevole alle domande riportate di seguito, informandola che il rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di comprendere il contratto sia o meno adeguato e adatto ai suoi bisogni ed esigenze assicurative, determinando così il mancato collocamento del prodotto assicurativo.

### GENERALITÀ DEL CONTRAENTE/DICHIARANTE

Cognome e Nome

Data di nascita

Codice fiscale

Sesso

Provincia di residenza

### VALUTAZIONE DEI BISOGNI E DELLE ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE

1) E' interessato alla sottoscrizione di prodotti assicurativi a protezione della persona ?

Si

No

### VALUTAZIONE DEI BISOGNI E DELLE ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE

1) E' interessato alla polizza che prevede un indennizzo a favore del beneficiario nel caso di eventi che possano compromettere la Sua capacità nel far fronte al rimborso del finanziamento?

Si

No

2) La polizza assicurativa è cumulabile con altre polizze eventualmente in essere aventi ad oggetto i medesimi rischi assicurati. È interessato ad acquistare una polizza anche nel caso in cui abbia già sottoscritto un'altra polizza avente ad oggetto tutti o in parte i medesimi rischi assicurati?

Si

No

3) In relazione al bilancio familiare, ha una capacità finanziaria per sostenere il pagamento del premio?

Si

No

4) La polizza assicurativa prevede franchigie ed esclusioni che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione. E' interessato alla polizza che prevede la presenza di limitazioni di questo tipo?

Si

No

### DICHIARAZIONI RELATIVE AL QUESTIONARIO DI ADEGUATEZZA: firma nell'apposito riquadro.

In considerazione delle risposte sopra fornite, dichiaro di aver risposto in maniera consapevole e veritiera al questionario suindicato, assumendomi ogni responsabilità conseguente.

Il sottoscritto prende atto del fatto che in caso di risposta negativa anche ad una sola delle domande poste nel questionario, ovvero in caso di rifiuto di rispondere alle domande, non sarà possibile procedere alla sottoscrizione della polizza, poiché l'intermediario l'avrà ritenuta inadeguata o non adatta ai suoi bisogni ed esigenze assicurative, ovvero perché non sarà stato in grado di effettuare la valutazione.

FIRMA DEL  
CLIENTE

Luogo : Roma

Data :

## MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Convenzione assicurativa n. CL/17/160 stipulata da Younited SA con MetLife Europe d.a.c Rappresentanza Generale per l'Italia e MetLife Europe Insurance d.a.c Rappresentanza Generale per l'Italia

### ASSICURATO

Nome :	Cognome :		
Luogo di Nascita :	Data di Nascita :	Sesso : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Codice Fiscale :	Recapito Telefonico :		
Indirizzo di Residenza :	Cap :	Comune :	Prov :

### INFORMATIVA RELATIVA AI COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Il Premio è annuo costante ed è dovuto dall'Assicurato per l'intera durata del piano di rimborso del finanziamento, ovvero per la sua durata residua in caso di adesione al Programma Assicurativo successiva alla data di erogazione del finanziamento. Il Premio è frazionato su base mensile senza oneri aggiuntivi a carico dell'Assicurato. Il Premio viene addebitato dalla Contraente sul conto corrente bancario dell'Assicurato ed è versato da quest'ultima alla Compagnia su base mensile.

Premio annuo :	Premio mensile :	Commissioni mensili percepite dall'Intermediario/i :
----------------	------------------	--

### DICHIARAZIONI ASSICURATO

**Avvertenze:**

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;

b) 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).

### INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Dichiaro di:

- aver ricevuto copia dell'informativa precontrattuale e dei seguenti documenti che compongono il Set informativo relativo al prodotto assicurativo, ai sensi degli artt. 56 e 75 del Regolamento Ivass n. 40/2018: a) DIP Vita; b) DIP Danni; c) DIP aggiuntivo Multirischi; d) Condizioni di assicurazione, comprensive dell'informativa sul trattamento dei dati personali e del glossario; e) Certificato di Assicurazione;
- aver scelto per la trasmissione della documentazione indicata al punto 1, nonché di quella da inviare in corso di contratto, la modalità:  email  cartacea;
- 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 degli artt. 58 e 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della normativa italiana sulla Privacy (D.Lgs. n. 196/2003, successive modifiche e integrazioni e normativa di attuazione del Regolamento Generale sulla protezione dei dati n. 2016/679) dichiaro di aver letto e compreso le finalità di trattamento dei dati da parte delle Rappresentanze Generali di MetLife Europe d.a.c. e MetLife Europe Insurance d.a.c. in qualità di Titolari del trattamento, come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabili su [www.metlife.it](http://www.metlife.it), nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte:

Do  Nego il consenso al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili (necessario)

Do  Nego il consenso ad essere sottoposto a decisioni automatizzate finalizzate alla sottoscrizione del contratto (necessario)

Dichiaro, inoltre, di essere consapevole che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati acquisendo il relativo consenso nei casi in cui sia necessario, come precisato nell'Informativa stessa.

► **Data (gg/mm/aa)** \_\_\_\_\_ **Firma Assicurato (leggibile)** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL  
CLIENTE**

## ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

### Presa visione dell'Informativa precontrattuale e del Fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo, dichiarato di:

- essere a conoscenza che il contratto di assicurazione prevede 3 distinti Prodotti Assicurativi (A), (B) e (C) proposti, in via alternativa, in base all'età del soggetto Assicurato alla data di adesione al Programma Assicurativo;
- essere a conoscenza che la garanzia opzionale perdita involontaria di impiego - Prodotto Assicurativo (B) - è riservata ai soggetti che alla data di adesione al Programma Assicurativo: a) esercitino una professione di lavoro dipendente del settore privato con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana; b) abbiano maturato un'anzianità di almeno 12 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro; c) non esercitino tale professione presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado;
- aderire, anche mediante Firma elettronica avanzata, al Prodotto Assicurativo di seguito indicato

<input type="checkbox"/> PRODOTTO ASSICURATIVO (A)	Per i soggetti con età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti	Garanzia Decesso
<input type="checkbox"/> PRODOTTO ASSICURATIVO (B)	Per i soggetti con età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti	Garanzie base Decesso, Invalidità Permanente Totale e Inabilità Temporanea Totale
<input type="checkbox"/> PRODOTTO ASSICURATIVO (B)	Per i soggetti con età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti	Garanzie base Decesso, Invalidità Permanente Totale e Inabilità Temporanea Totale Garanzia opzionale Perdita Involontaria di Impiego
<input type="checkbox"/> PRODOTTO ASSICURATIVO (C)	Per i soggetti con età compresa tra 65 e 76 anni non compiuti	Garanzia Decesso

- essere a conoscenza che l'adesione al Programma Assicurativo è facoltativa;
- essere consapevole che il contratto di assicurazione si conclude nel momento in cui la Contraente, ricevuto il Modulo di adesione al Programma Assicurativo debitamente compilato e sottoscritto in tutte le sue parti dall'Assicurato, comunichi per iscritto al medesimo l'avvenuto perfezionamento del Contratto, ovvero nel momento dell'adesione telefonica al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato;
- essere consapevole che la copertura assicurativa 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 60 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento, ovvero dalle ore 24.00 del giorno dell'adesione telefonica, a condizione che il Premio sia stato pagato;
- essere a conoscenza del diritto di recedere senza alcuna penalità e senza dover indicare il motivo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa secondo quanto specificato nelle condizioni di assicurazione;
- essere a conoscenza che per tutte le garanzie il beneficiario è l'Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi legittimi e testamentari, salvo il caso in cui sia stato designato un beneficiario diverso;
- rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle condizioni di assicurazione;
- con riferimento al Prodotto Assicurativo (B), in caso di adesione sia alle garanzie base che alla garanzia opzionale, non aver ricevuto dal datore di lavoro una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale vengo individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione;
- 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 Younited SA 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 (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_ Firma Assicurato (leggibile) \_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre di non essere titolare di una pensione di invalidità e/o inabilità e di non aver presentato domanda per ottenerla.

► Data (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_ Firma Assicurato (leggibile) \_\_\_\_\_

### BENEFICIARIO (FACOLTATIVO)

Per tutte le garanzie il beneficiario è l'Assicurato come sopra identificato o, in caso di decesso, i suoi eredi legittimi e testamentari. L'Assicurato ha tuttavia la possibilità di designare un beneficiario diverso in caso di decesso compilando la presente sezione.

In caso di decesso, il sottoscritto designa il seguente beneficiario:

Nome	Cognome	Gggy:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Luogo di nascita	Data di nascita			
Codice Fiscale	Recapito telefonico			
Indirizzo di residenza	Cap	Comune		Prov.
Indirizzo email				

Il sottoscritto dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario, qualora indicato in forma nominativa, prima dell'evento.

### AVVERTENZE:

- in caso di mancata compilazione dei dati relativi al beneficiario, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario;
- la modifica o revoca del beneficiario deve essere comunicata tempestivamente alla Compagnia.

Per specifiche esigenze di riservatezza, il sottoscritto identifica inoltre un referente terzo, diverso dal beneficiario, a cui la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato (indicare i dati anagrafici e il codice fiscale utili per l'identificazione):

► Data (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_ Firma Assicurato (leggibile) \_\_\_\_\_

## COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI

Ai sensi delle disposizioni del D.lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private) e del regolamento ISVAP n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, consegnano/trasmettono al contraente copia del documento (Allegato n. 7B del Regolamento ISVAP) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
- b) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano al contraente - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informazione completa e corretta;
- c) sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;
- d) informano il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;
- e) consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- f) possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
  1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
  2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
  3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

## INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO

Ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare al Contraente il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del Contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

### PARTE I – Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con il Contraente

- a) Younited SA  
*Ragione Sociale*
- b) Francia, www.orias.fr, n. registrazione 11061269, Autorité de Control Prudential (ACP)  
*Stato membro in cui l'intermediario è registrato, indirizzo internet del registro, numero di registrazione, Autorità di vigilanza*
- c) Via Sardegna 40, 00187 Roma  
*Sede secondaria*
- d) Tommaso Gamaleri  
*Nominativo del Responsabile*
- e) 03/02/2016  
*Data di inizio dell'attività di intermediazione nel territorio della Repubblica*
- f) 06 997201, www.younited-credit.it, clienti@younited-credit.it, pretunion@legalmail.it  
*Recapito telefonico ed eventuali indirizzi internet e di posta elettronica e di posta certificata*

**Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere verificati consultando l'elenco annesso al registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'IVASS (www.IVASS.it).**

### PARTE II – Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

- a) L'intermediario non è detentore di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di nessuna impresa di assicurazione.
- b) Nessuna impresa di assicurazioni è detentrica di una partecipazione superiore al 10% del capitale sociale di Younited SA.
- c) L'intermediario propone contratti in assenza di obblighi contrattuali che gli impongano di offrire esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione. L'intermediario avvisa il contraente del suo diritto di richiedere la denominazione delle imprese di assicurazione con le quali l'intermediario ha o potrebbe avere rapporti d'affari e, su richiesta del medesimo, ad indicare tali imprese.

**Le informazioni si riferiscono sia al soggetto che entra in contatto con il Contraente che all'intermediario per il quale è svolta l'attività**

### PARTE III – Informazioni sugli strumenti di tutela del Contraente

- a) Younited SA ha stipulato una fidejussione bancaria idonea a garantire una capacità finanziaria pari al 4 per cento dei premi incassati, con un minimo di euro 15.000.
- b) Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, il Contraente ha facoltà di inoltrare reclamo per iscritto all'impresa di assicurazione di cui sono offerti i prodotti. Il Contraente, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte del Contraente entro il termine massimo di quarantacinque giorni, può rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'impresa.