

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Gentile Cliente, sulla base delle notizie acquisite sulle Sue caratteristiche personali ed esigenze assicurative (incluse le informazioni in merito all'età, all'attività lavorativa, alla situazione familiare e finanziaria) abbiamo elaborato il riepilogo delle sue esigenze assicurative per offrirle un contratto adeguato ai suoi bisogni ed alle Sue aspettative in relazione al contratto. Le chiediamo pertanto di verificare in maniera consapevole gli esiti sotto riepilogati.

GENERALITÀ DEL CONTRAENTE/DICHIARANTE

Nome	Cognome	Data di nascita
Codice Fiscale	Sesso	Provincia di residenza

VALUTAZIONE DEI BISOGNI E DELLE ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE

1) E' interessato alla sottoscrizione di un prodotto assicurativo a protezione della persona abbinato, anche nella durata, al finanziamento erogato da Younited S.A. 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) Ciascuna persona fisica può aderire fino ad un massimo di 2 programmi assicurativi, ma 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 ne abbia già sottoscritto un'altra 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 DEL CLIENTE RELATIVE AL QUESTIONARIO DI ADEGUATEZZA:

In considerazione degli esiti delle valutazioni sopra riportate, dichiaro di aver verificato in maniera consapevole la veridicità delle affermazioni suindicate, 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 fornire le informazioni necessarie per la valutazione della coerenza del contratto e delle esigenze assicurative dell'Assicurato, 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

DICHIARAZIONI DELL'INTERMEDIARIO RELATIVE AL QUESTIONARIO DI ADEGUATEZZA:

In considerazione delle Sue caratteristiche e delle Sue esigenze assicurative, Younited SA dichiara che la polizza assicurativa in stipula col presente contratto è pienamente adeguata ai Suoi bisogni e alle Sue aspettative

Luogo :

Data :

MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Polizza Creditor Protection Insurance - Convenzione assicurativa CL/25/168 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

Capitale iniziale finanziato :

Percentuale capitale Assicurato :

**Se il finanziamento è cointestato, ciascun Assicurato dovrà compilare e sottoscrivere il modulo di adesione al Programma Assicurativo.**

* **Se il finanziamento non è cointestato**, può essere assicurata una sola persona fisica (l'intestatario del finanziamento) per una somma pari al **100%** del Capitale iniziale del finanziamento.

Se il finanziamento è cointestato, possono essere assicurate fino a 2 persone fisiche (l'intestatario e il cointestatario, coobbligato o garante del finanziamento) per una somma pari al:

- **50%** del Capitale iniziale del finanziamento per ciascuna persona fisica;
- **100%** del Capitale iniziale del finanziamento per ciascuna persona fisica.

DATI DELL'ASSICURATO

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

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

Il Premio è annuo ed è frazionato su base mensile senza oneri aggiuntivi a carico dell'Assicurato. Il Premio viene addebitato dalla Contraente sul conto corrente bancario dell'Assicurato unitamente alla rata di rimborso mensile del finanziamento ed è versato dalla Contraente alla Compagnia su base mensile.

Premio annuo (commissioni e imposte incluse):	Premio mensile :	Commissioni mensili percepite dall'Intermediario/i :
---	------------------	--

GARANZIE: Il Programma assicurativo prevede le garanzie incluse nel Pacchetto di Garanzie selezionato.

<input type="radio"/>	PACCHETTO DI GARANZIE A	DECESSO per qualsiasi causa (con raddoppio della prestazione in caso di Sinistro dovuto a Infortunio) MALATTIA GRAVE
<input type="radio"/>	PACCHETTO DI GARANZIE B	DECESSO per qualsiasi causa INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE a seguito di Infortunio o Malattia MALATTIA GRAVE
<input type="radio"/>	PACCHETTO DI GARANZIE C RISERVATO AI DIPENDENTI PRIVATI	DECESSO per qualsiasi causa INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia PERDITA INVOLONTARIA DI IMPIEGO a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo MALATTIA GRAVE
<input type="radio"/>	PACCHETTO DI GARANZIE D	DECESSO per qualsiasi causa

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 di oblio oncologico.
- L'Assicurato ha la possibilità di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia: 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 E PRECONTRATTUALE

Dichiaro di:

- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle mie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del Contratto con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione (artt. 58 e 74 Regolamento Ivass n. 40/2018);
- consentire l'invio dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo all'indirizzo e-mail fornito, con facoltà di chiederne gratuitamente copia in formato cartaceo alla Compagnia (artt. 56 e 74 Regolamento Ivass n. 40/2018).

Data (gg/mm/aa) _____ 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. e MetLife Europe Insurance d.a.c. in qualità di Titolari del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei miei dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati, acconsento al trattamento di categorie particolari di dati personali per l'emissione e gestione del contratto.

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Assicurato (leggibile) _____

ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

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

1. essere a conoscenza che il contratto di assicurazione prevede 4 pacchetti di garanzie proposti, in via alternativa, in base all'età e alla professione dell'Assicurato alla data di adesione al Programma Assicurativo;
2. essere a conoscenza che il **pacchetto di garanzie C** è riservato a coloro che alla data di adesione al Programma Assicurativo: esercitano una professione di lavoro dipendente del settore privato da almeno 12 mesi consecutivi presso lo stesso datore di lavoro, con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana; non esercitano tale professione presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado;
3. aderire al Programma Assicurativo, anche mediante Firma digitale, ed in particolare al pacchetto di garanzie sopra selezionato;
4. essere a conoscenza che la Polizza è **connessa al finanziamento** e che rimane in vigore per tutta la durata del medesimo; di conseguenza, in caso di estinzione anticipata totale del finanziamento, la Polizza cessa;
5. essere a conoscenza che la Polizza è **facoltativa** e non è necessaria per ottenere il finanziamento;
6. 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;
7. in caso di acquisto del **pacchetto di garanzie C**, 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;
8. 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 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 di aver letto e compreso le Condizioni di assicurazione e di approvarne specificamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 c.c. i seguenti articoli: Art. 2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo; Art. 2.4 – Estinzione anticipata (totale o parziale) o trasferimento del finanziamento; Art. 2.5 – Recesso; Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie; Art. 11 – Persone assicurabili; Art. 12 – Limitazioni valide per tutte le garanzie; Artt. 13.2, 14.2, 15.2, 16.2 e 17.2 – Esclusioni; Artt. 13.3, 14.3, 15.3, 16.3, 17.3 – Prestazione massima; Artt. 16.4 e 17.5 – Franchigia; Artt. 15.4, 17.4 – Carenza; Art. 18 – Denuncia di Sinistro; Art. 19 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro.

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Assicurato (leggibile) _____

Dichiaro di rispettare i requisiti di assicurabilità indicati all'art. 11 delle Condizioni di assicurazione e, in particolare, di non essere portatore di invalidità/inabilità permanente superiore al 33% riconosciuta da INPS, INAIL o altro ente pubblico preposto.

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Assicurato (leggibile) _____

DESIGNAZIONE DI BENEFICIARIO – FACOLTATIVA

Per tutte le garanzie il Beneficiario è l'Assicurato come sopra identificato o, in caso di decesso, i suoi eredi legittimi e testamentari. Con riferimento alla garanzia Decesso, l'Assicurato ha tuttavia la possibilità di designare un Beneficiario diverso compilando la presente sezione, a condizione che il soggetto sia identificabile.

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

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;
- 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'Assicurato direttamente 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) _____

ALLEGATO 3**MODULO UNICO PRECONTRATTUALE (MUP) PER I PRODOTTI ASSICURATIVI**

Il distributore ha l'obbligo di consegnare/trasmettere al contraente il presente Modulo, prima della sottoscrizione della proposta o del contratto di assicurazione. Il documento può essere fornito con modalità non cartacea se appropriato rispetto alle modalità di distribuzione del prodotto assicurativo e il contraente lo consente (art. 120-quater del Codice delle Assicurazioni Private).

SEZIONE I**Informazioni generali sul distributore che entra in contatto con il contraente**

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere verificati consultando il Registro Unico degli Intermediari (RUI) o l'elenco annesso al RUI, sul sito internet dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (www.ivass.it)

Quando si utilizza il Sito internet sotto indicato come strumento di promozione e vendita a distanza, l'intermediario incaricato è **YOUNITED S.A.** (come di seguito individuata)

Dati Intermediario	
Denominazione	
Iscritto in data	
alla sezione RUI	
Numero iscrizione	
Sede Operativa	
Telefono	
Sito web	
E-mail	
PEC	

L'attività di intermediazione assicurativa è svolta per YOUNITED S.A., con sede legale in 21 rue de Châteaudun 75009, Parigi (Francia), numero di registrazione Stato d'origine: 11061269; operante in Italia in regime di stabilimento e iscritta al numero UE00009799 dell'Elenco annesso al RUI, con sede secondaria in Via Sardegna 40, 00187 Roma.

Autorità di vigilanza dello Stato membro d'origine: *Autorité De Contrôle Prudentiel (ACP)*.

Indirizzo Internet al quale è possibile consultare il Registro dello Stato membro d'origine in cui è iscritto l'intermediario: www.orias.fr.

Nominativo del responsabile della sede secondaria italiana: Stefano Piscitelli.

Indirizzo email/PEC della sede secondaria: pretunion@legalmail.it.

Sito web: www.younited-credit.it.

Data di inizio dell'attività di intermediazione: 03/02/2016.

L'attività di intermediazione assicurativa è soggetta alla vigilanza dell'IVASS quale autorità competente.

SEZIONE II**Informazioni sul modello di distribuzione**

- a) Le Imprese per le quali è distribuito il prodotto:
 - MetLife Europe d.a.c., Rappresentanza Generale per l'Italia
 - MetLife Europe Insurance d.a.c., Rappresentanza Generale per l'Italia
- b) Nel caso in cui la distribuzione avvenga tramite un intermediario iscritto alla sezione E del RUI l'attività di distribuzione assicurativa è svolta per Younited S.A. con sede legale in Via Sardegna 40, 00187 Roma, con numero di iscrizione al RUI: UE00009799.

SEZIONE III**Informazioni relative a situazioni di potenziale conflitto d'interesse**

Appartenenza a gruppi assicurativi dell'intermediario per il quale è svolta l'attività

- a) Younited SA - intermediario per cui è svolta l'attività di intermediazione assicurativa - non detiene alcuna

partecipazione diretta o indiretta pari o superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di alcuna impresa di assicurazione.

- b) Nessuna impresa di assicurazione o impresa controllante di un'impresa di assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta pari o superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto dell'intermediario.

Appartenenza a gruppi assicurativi dell'intermediario iscritto alla sezione E del RUI, se presente

- a) L'intermediario non detiene una partecipazione diretta o indiretta pari o superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di alcuna impresa di assicurazione.
- b) Nessuna impresa di assicurazione o impresa controllante di un'impresa di assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta pari o superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto dell'intermediario.

SEZIONE IV

Informazioni sull'attività di distribuzione e consulenza

- a) L'intermediario non fornisce al contraente una consulenza ai sensi dell'articolo 119-ter, commi 3 e 4, del Codice ovvero una raccomandazione personalizzata
- b) L'intermediario non distribuisce in modo esclusivo i contratti di una o più imprese di assicurazione
- c) L'intermediario distribuisce i contratti in assenza di obblighi contrattuali che impongono di offrire in modo esclusivo i contratti di una o più imprese di assicurazione

SEZIONE V

Informazioni sulle remunerazioni

- a) Natura del compenso: commissione inclusa nel premio assicurativo.
- b) Provvigione percepita: La modalità di calcolo della provvigione percepita in caso di polizze connesse ai finanziamenti (*Creditor Protection Insurance*) e l'ammontare, sia in termini assoluti che percentuali, sono indicati in dettaglio nel "Modulo di Adesione al Programma Assicurativo" nella sezione "Informativa relativa ai costi della copertura assicurativa" della relativa documentazione contrattuale.
- c) L'informativa di cui alle lettere precedenti è relativa ai compensi complessivamente percepiti dagli intermediari coinvolti nella distribuzione del prodotto assicurativo, compresi i collaboratori iscritti nella Sezione E del RUI.

SEZIONE VI

Informazioni sul pagamento dei premi

- a) I premi pagati dal contraente all'intermediario e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso; in alternativa può essere stipulata da parte dall'intermediario una fideiussione bancaria idonea a garantire una capacità finanziaria pari al 4 per cento dei premi incassati, con un minimo di euro 19.5103.
- b) le modalità di pagamento dei premi sono: altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici (a titolo esemplificativo: addebito diretto sul conto corrente del contraente / SDD).

SEZIONE VII

Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

RECLAMI

E' facoltà del contraente, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare per iscritto i reclami relativi al comportamento dell'intermediario inviando una comunicazione tramite:

- Posta cartacea, con lettera raccomandata A/R indirizzata a: Younited S.A., via Sardegna 40, 00187 Roma;
- Posta elettronica indirizzata a reclami@younited-credit.it
- Posta elettronica certificata indirizzata a reclami-younited@legalmail.it
- apposito contact form online disponibile sul sito www.younited-credit.it

L'intermediario è tenuto a dare risposta scritta entro 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento del reclamo. Il contraente ha inoltre la possibilità, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'intermediario entro il termine di legge (45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo da parte dell'intermediario), di rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma (fax: 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it, info su: www.ivass.it), allegando la

documentazione relativa al reclamo trattato dall'intermediario.

Per i reclami rivolti all'impresa si veda anche quanto riportato nel DIP aggiuntivo del prodotto assicurativo a cui si fa riferimento.

E' altresì la facoltà del contraente di:

- presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo all'intermediario e/o all'impresa o in caso di assenza di riscontro entro il termine di legge, tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare gli ulteriori requisiti di ammissibilità, le informazioni relative alle modalità di presentazione del ricorso e ogni altra indicazione utile oppure
- presentare ricorso al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'intermediario aderisce o è sottoposto ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215
- avvalersi di altri eventuali sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti dalla normativa vigente indicati nel DIP aggiuntivo.

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE

Nel caso in cui l'intermediario che entra in contatto con il cliente sia iscritto alla sezione E del RUI, con riferimento a tale intermediario, l'attività di distribuzione è garantita da un contratto di assicurazione della responsabilità civile o analoga forma di garanzia, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge.

SEZIONE VIII

Informazioni sul diritto all'oblio oncologico

- a) Il contraente può esercitare il diritto all'oblio oncologico previsto dall'art. 2 della Legge 7 dicembre 2023, n. 193, sia in fase di stipula della polizza assicurativa sia durante il rapporto contrattuale, conformemente a quanto indicato dagli artt. 56-bis, 56-ter e 68-bis del Reg. IVASS n. 40/2018. Si rimanda al DIP aggiuntivo ed al sito internet www.metlife.it per la lettura di tutte le pertinenti informazioni. È possibile inviare la certificazione attestante l'avvenuto oblio oncologico all'impresa mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o inviando una PEC all'indirizzo mel-italia@legalmail.it
- b) Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.