

Set informativo

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Meno Male! Gold

Contratto di Assicurazione Infortuni stipulato con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

I documenti che compongono il Set informativo sono i seguenti:

- **DIP Danni - Documento informativo precontrattuale danni**
- **DIP aggiuntivo Danni - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo danni**
- **Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario e dell'Informativa Privacy**
- **Fac-simile del Certificato di assicurazione**

Il contratto è stato predisposto secondo le linee guida "Contratti semplici e chiari" redatte da ANIA il 6 febbraio 2018.

Mod. MMGF2F Ed. 2019/07

MetLife Europe d.a.c. è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 415123, capitale sociale autorizzato pari ad € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna. Amministratori: Sarah Alicia Celso (cittadina americana), Brenda Dunne (cittadina irlandese), Eilish Finan (cittadina irlandese), Michael Hatzidimitriou (cittadino greco), Nick Hayter (cittadino inglese), Ruairi O'Flynn (cittadino irlandese), Dirk Ostijn (cittadino belga), Miriam Sweeney (cittadina irlandese), Mario Valdes (cittadino messicano).

Sede secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c., Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, **Direzione generale**, Via Olona n. 2, 20123 Milano, Codice fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Roma n. 12083481007, REA n. 1348910, abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. I.00110 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicuratrici.

Assicurazione Infortuni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
(DIP Danni)



Compagnia:
MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto:
Meno Male! Gold

Questo documento è stato realizzato in data 01/07/2019 ed è l'ultimo disponibile

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza facoltativa che ha lo scopo di proteggere l'assicurato in caso di infortunio subito a casa, al lavoro o nel tempo libero.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

GARANZIE BASE:

- ✓ **Decesso da infortunio**
Somma assicurata: importo variabile in base al piano assicurativo scelto.
- ✓ **Invalidità Permanente da infortunio**
Somma assicurata: importo variabile in base al piano assicurativo scelto. L'indennizzo è calcolato sulla base della somma assicurata, in proporzione al grado di invalidità permanente accertato.
- ✓ **Diaria da Ricovero da infortunio**
Somma assicurata: importo giornaliero variabile in base al piano assicurativo scelto, fino ad un massimo di 120 giorni per annualità assicurativa.
- ✓ **Diaria da gesso da infortunio**
Somma assicurata: importo giornaliero variabile in base al piano assicurativo scelto, fino ad un massimo di 40 giorni per annualità assicurativa.

GARANZIE OPZIONALI:

- **Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione da infortunio**
Somma assicurata: importo variabile in base al piano assicurativo.
- **Rimborso spese mediche da infortunio**
Somma assicurata: importo variabile in base al piano assicurativo.

Le garanzie opzionali possono essere selezionate solo se è stato scelto il piano assicurativo **Standard**, **Extra** o **Top**.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ non soddisfano i requisiti di assicurabilità indicati nella sezione "A chi è rivolto questo prodotto?" del DIP aggiuntivo Danni;
- ✗ sono o sono state affette da alcolismo cronico, tossicodipendenza, HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
- ✗ sono portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico;
- ✗ svolgono una delle seguenti attività lavorative: vigile del fuoco; militare; minatore; speleologo; alpinista; sommozzatore; pescatore; personale viaggiante di navigazione aerea e/o marittima; collaudatore di veicoli; personale adibito alla detenzione, manipolazione, trasporto ed uso di armi, esplosivi e/o presente in ambienti ove ne viene fatto uso.



Ci sono limiti di copertura?

Per tutte le garanzie sono escluse dalla polizza le conseguenze di:

- ! guerra (dichiarata o non dichiarata), insurrezione, occupazione militare ed invasione; se l'assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;
- ! danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- ! delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- ! partecipazione attiva dell'assicurato a tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere;
- ! atti di terrorismo perpetrati tramite l'utilizzo di sostanze chimiche, biologiche o dell'energia nucleare;
- ! abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- ! alcolismo;
- ! suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- ! viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo, ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;
- ! infortuni antecedenti alla data di inizio della polizza;
- ! malattia mentale o nervosa se causa o concausa dell'infortunio;
- ! guida e uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni e nelle relative prove e di mezzi di locomozione subacquee;
- ! collaudo di mezzi di trasporto in genere e guida dei medesimi qualora l'assicurato sia privo della prescritta abilitazione;
- ! partecipazione a competizioni e relative prove e/o allenamenti a carattere professionistico o comunque remunerative;
- ! servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- ! lo svolgimento delle attività di pugilato, atletica pesante, alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere, sci acrobatico, football americano e rugby, anche se effettuate per professione;
- ! infarto.

Per la garanzia **Diaria da Ricovero**:

- ! non sono considerati ricoveri indennizzabili le degenze diurne in day hospital.

Per la garanzia **Diaria da gesso**:

- ! sono inoltre escluse le fratture delle ossa nasali, le infrazioni e le lesioni cartilaginee.

Per la garanzia **Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione**:

- ! è inoltre esclusa la lussazione che colpisca la medesima parte anatomica (recidiva).

Per la garanzia **Rimborso spese mediche**, è inoltre prevista:

- ! una franchigia pari al 10% con il minimo di € 100,00 per le prestazioni non erogate dal Servizio Sanitario Nazionale.

Sono inoltre escluse:

- ! le cure odontoiatriche, le parodontopatie e le protesi dentarie;
- ! le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica e/o le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo prevalente avvenga nell'ambito della medicina estetica;
- ! gli onorari versati a medici o altri professionisti intervenuti per la quantificazione e liquidazione del danno conseguente all'Infortunio.



Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.



Che obblighi ho?

Hai il dovere di pagare il premio.

In caso di sinistro, devi comunicarlo tempestivamente per iscritto alla Compagnia presentando i documenti elencati nel modulo di denuncia.



Quando e come devo pagare?

Il premio è annuale e comprensivo di imposta. Se preferisci, puoi pagarlo anche con cadenza mensile, trimestrale o semestrale senza costi aggiuntivi. Puoi scegliere di pagare il premio alla Compagnia tramite bonifico bancario o addebito diretto Sepa (SDD) in conto corrente bancario, oppure all'intermediario abilitato all'incasso tramite i mezzi di pagamento previsti dalla normativa di riferimento ed indicati nell'Informativa precontrattuale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa inizia alle ore 24,00 della data di sottoscrizione del certificato di assicurazione, a condizione che il premio sia pagato. La polizza ha durata annuale. Successivamente si **rinnova tacitamente** di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo:

- in caso di sottoscrizione dell'Opzione Individuo, il contraente sia in possesso dei requisiti di assicurabilità e non abbia ancora compiuto 75 anni;
- in caso di sottoscrizione dell'Opzione Azienda, almeno uno degli assicurati sia in possesso dei requisiti di assicurabilità e non abbia ancora compiuto 75 anni;
- in caso di sottoscrizione dell'Opzione Famiglia, il contraente ed almeno un altro componente del nucleo familiare siano in possesso dei requisiti di assicurabilità e non abbiano ancora compiuto 75 anni (o 25 anni con riferimento ai figli del contraente).



Come posso disdire la polizza?

Puoi recedere dalla polizza:

- in caso di ripensamento, entro 60 giorni dalla data di sottoscrizione del certificato di assicurazione;
- dopo ogni sinistro, entro 60 giorni dalla data di pagamento o rifiuto dell'indennizzo.

In caso di recesso ti sarà restituito il premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Puoi in ogni caso disdire la polizza ad ogni ricorrenza annuale con 30 giorni di preavviso. In tal caso la polizza cessa ed il premio non sarà più dovuto.

Per recedere o disdire la polizza puoi inviare una lettera raccomandata A/R alla Compagnia all'indirizzo: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma.

Assicurazione Infortuni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Impresa che realizza il prodotto: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia



Prodotto: Meno Male! Gold

Questo documento è stato realizzato in data 01/07/2019 ed è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni) per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero I.00110, con Sede in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma | tel 06.492161 | sito internet: www.metlife.it | pec: mel-italia@legallmail.it.

MetLife Europe d.a.c. è una società di capitali del gruppo Metropolitan Life Insurance Inc. (MetLife) costituita in Irlanda ed iscritta al Registro delle Imprese Irlandese (numero di iscrizione 415123) avente Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. MetLife Europe d.a.c. è autorizzata dalla Central Bank of Ireland (numero di riferimento C42062) ad esercitare l'attività assicurativa nei rami vita I, III, IV e V e nei rami danni 1 e 2, così come definiti dal D.lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private). Il contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma, tel. 06.492161, fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa.

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

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2017 è pari a € 1.607.899.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari a € 4.379.000,00 rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 4.379.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 1.603.520.000,00. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c. è pari al 148%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 812.529.362 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 1.205.095.607. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 309.154.275. Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito <http://www.metlife.eu/financial-reports/>.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

GARANZIE BASE

Decesso da Infortunio	In caso di decesso a seguito di infortunio, l'Impresa corrisponde la somma assicurata prevista dal piano assicurativo scelto. La prestazione viene corrisposta a condizione che: - l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza; - il decesso sia avvenuto, anche successivamente alla scadenza del contratto, entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.
Invalidità Permanente da Infortunio	In caso di Invalidità Permanente a seguito di Infortunio (IP), l'Impresa corrisponde un indennizzo calcolato sulla base della somma assicurata prevista dal piano assicurativo scelto, in proporzione al grado di IP accertato: - IP fino al 3%: in franchigia, nessun indennizzo viene corrisposto; - IP dal 3% al 10%: l'indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente la franchigia del 3%; - IP dal 10% al 50%: l'indennizzo viene corrisposto interamente, senza applicazione della franchigia del 3%; - IP dal 50% al 75%: l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata; - IP superiore al 75%: l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 150% della somma assicurata. L'indennizzo viene corrisposto a condizione che: - l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza; - l'IP venga accertata, anche successivamente alla scadenza del contratto, entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.
Diaria da Ricovero da infortunio	In caso di ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio, l'Impresa corrisponde la diaria prevista dal piano assicurativo scelto, per ogni giorno di degenza con pernottamento, fino ad un massimo di 120 giorni per annualità assicurativa. La prestazione viene corrisposta a condizione che: - l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza; - il ricovero sia iniziato nel periodo di validità della polizza.
Diaria da gesso da infortunio	In caso di frattura ossea a seguito di infortunio che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante, l'Impresa corrisponde la diaria prevista dal piano assicurativo scelto, per ogni giorno in cui l'assicurato è portatore di apparecchio gessato o tutore immobilizzante. Sono inclusi in garanzia anche i distacchi parcellari. La prestazione viene corrisposta a condizione che: - l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza; - la frattura ossea sia stata diagnosticata entro 30 giorni dalla data dell'infortunio; - l'apparecchio gessato o il tutore immobilizzante sia stato applicato e rimosso da personale medico. Per le fratture ossee di seguito riportate, purché radiologicamente accertate, l'Impresa corrisponde la prestazione sulla base dei giorni di riposo indicati nel certificato di pronto soccorso, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato: frattura del bacino; frattura dello sterno; frattura del femore; frattura della colonna vertebrale; frattura di una o più costole; frattura del cranio.

GARANZIE OPZIONALI – possono essere selezionate solo se è stato scelto il piano assicurativo Standard, Extra o Top

Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione da Infortunio	In caso di Lussazione a seguito di infortunio della colonna vertebrale, dell'anca, del ginocchio, del polso, del gomito, della caviglia, della spalla, della mascella, di una o più dita delle mani o dei piedi, l'Impresa corrisponde la somma assicurata prevista dal piano assicurativo scelto. Resta inteso che qualora l'assicurato subisca la lussazione di due o più dita delle mani o dei piedi in conseguenza del medesimo sinistro, l'Impresa corrisponderà una sola prestazione. La prestazione viene corrisposta a condizione che: ▪ l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza; ▪ la riduzione della lussazione sia effettuata in istituto di cura e sia eseguita da personale medico. In caso di Commozione cerebrale a seguito di infortunio, l'Impresa corrisponde la somma assicurata prevista dal piano assicurativo scelto. La prestazione viene corrisposta a condizione che: ▪ l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza; ▪ la commozione cerebrale derivi da un trauma improvviso dell'organo cerebrale focale che abbia comportato una perdita, anche se momentanea, della coscienza e/o della sensibilità e/o dell'attività circolatoria e respiratoria. In caso di Ustione a seguito di infortunio, l'Impresa corrisponde la somma assicurata prevista dal piano assicurativo scelto. La prestazione viene corrisposta a condizione che: ▪ l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza; ▪ la percentuale corporea colpita da ustione sia pari o superiore al 4,5% del corpo.
Rimborso spese mediche da Infortunio	In caso di infortunio, l'Impresa rimborsa le spese mediche e di cura sostenute, entro 120 giorni dalla data dell'infortunio, fino al raggiungimento del massimale previsto dalla polizza. Il rimborso viene effettuato previa deduzione di una franchigia pari al 10%, con il minimo di € 100,00 per sinistro, che rimane a carico dell'assicurato. Qualora l'assicurato si avvalga di prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale, l'Impresa rimborserà i ticket integralmente senza applicazione della franchigia. La prestazione viene corrisposta a cura ultimata, a condizione che l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Piano assicurativo	Al momento della sottoscrizione del certificato di assicurazione, è possibile scegliere tra diversi piani assicurativi, ciascuno dei quali prevede somme assicurate differenti. Il premio varia in base al piano assicurativo scelto.					
	SOMMA ASSICURATA		PIANO ASSICURATIVO			
	GARANZIE		BASIC	STANDARD	EXTRA	TOP
	DECESSO		€ 50.000,00	€ 100.000,00	€ 150.000,00	€ 200.000,00
	INVALIDITÀ PERMANENTE		€ 30.000,00	€ 100.000,00	€ 150.000,00	€ 200.000,00
	DIARIA DA RICOVERO		€ 25,00	€ 50,00	€ 100,00	€ 150,00
	DIARIA DA GESSO		€ 25,00	€ 50,00	€ 100,00	€ 150,00
	LUSSAZIONE, COMMOZIONE CEREBRALE ED USTIONE		-----	€ 1.000,00	€ 1.500,00	€ 2.000,00
	RIMBORSO SPESE MEDICHE	Con ricovero / intervento chirurgico		-----	Fino a € 2.500,00	Fino a € 5.000,00
Senza ricovero / intervento chirurgico e per trattamenti fisioterapici / rieducativi		-----	Fino a € 1.250,00	Fino a € 2.500,00	Fino a € 3.750,00	

Opzione contrattuale	Al momento della sottoscrizione del certificato di assicurazione, è possibile scegliere una delle seguenti opzioni contrattuali:				
	▪ <u>Opzione Individuo</u> : le garanzie operano a favore del contraente;				
	▪ <u>Opzione Azienda</u> : le garanzie operano a favore degli assicurati indicati nel certificato di assicurazione, fino ad un massimo di 10 persone;				
	▪ <u>Opzione Famiglia</u> : le garanzie operano a favore dei componenti del nucleo familiare.				

	Che cosa NON è assicurato?
Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

	Ci sono limiti di copertura?
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.	

	Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: i sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto all'Impresa all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Sinistri, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma, Indirizzo Email sinistri@metlife.it. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dall'Impresa, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet www.metlife.it nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile telefonare al numero 06.492161. Assistenza diretta/in convenzione: non prevista. Gestione da parte di altre imprese: non prevista. Prescrizione: l'assicurazione di cui al presente contratto è classificata nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Dichiarazioni inesatte o reticenti	Eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sul rischio da assicurare (come ad esempio non dichiarare di essere portatore di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile) possono comportare la cessazione della polizza o la perdita del diritto a ricevere l'indennizzo.
Obblighi dell'impresa	In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa si impegna al pagamento di quanto dovuto entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Hai diritto al rimborso del premio in caso di recesso dal contratto. Se hai sottoscritto l'<u>Opzione Individuo</u> o l'<u>Opzione Famiglia</u>, hai inoltre diritto al rimborso del premio se in corso di contratto il contraente perde i requisiti di assicurabilità o diventa soggetto non assicurabile. Se hai sottoscritto l'<u>Opzione Azienda</u>, hai inoltre diritto al rimborso del premio nei seguenti casi: ▪ cessazione di attività dell'azienda; ▪ se in corso di contratto l'assicurato perde i requisiti di assicurabilità o diventa soggetto non assicurabile. L'Impresa effettua il rimborso del premio al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La polizza cessa: ▪ in caso di recesso dal contratto; ▪ in caso di disdetta del contratto. Se è stata sottoscritta l'<u>Opzione Individuo</u> o l'<u>Opzione Famiglia</u>, la polizza cessa inoltre: ▪ in caso di decesso del contraente; ▪ se in corso di contratto il contraente perde i requisiti di assicurabilità o diventa soggetto non assicurabile. Se è stata sottoscritta l'<u>Opzione Azienda</u>, la polizza cessa inoltre: ▪ in caso di cessazione di attività dell'azienda; ▪ se in corso di contratto tutti gli assicurati decedono; ▪ se in corso di contratto tutti gli assicurati perdono i requisiti di assicurabilità o diventano soggetti non assicurabili. In caso di sottoscrizione dell'<u>Opzione Famiglia</u>, la polizza rimane attiva se il contraente ed almeno un altro componente del nucleo familiare sono in possesso dei requisiti di assicurabilità. Diversamente la polizza cesserà.
Sospensione	Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, la polizza resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Se il pagamento del premio o della prima rata di premio non avviene entro 6 mesi dalla data di scadenza, la polizza viene annullata e sarà necessario inoltrare una nuova richiesta all'Impresa per attivarne una nuova. Se alle scadenze previste il contraente non paga i premi successivi, la polizza resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza. Il contraente può riattivare la polizza versando i premi mancanti. In questo caso la polizza riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto, senza efficacia retroattiva. Pertanto eventuali sinistri verificatisi durante il periodo di sospensione della polizza non saranno indennizzati.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non prevista.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto assicurativo è rivolto al singolo individuo, alla famiglia o all'azienda.

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

- sono residenti in Italia;
- sono munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- in caso di sottoscrizione dell'Opzione Individuo o dell'Opzione Azienda, hanno un'età compresa tra 18 e 71 anni non compiuti;
- in caso di sottoscrizione dell'Opzione Famiglia, con riferimento al contraente ed al coniuge/partner civile/convincente more uxorio del contraente, hanno un'età compresa tra 18 e 71 anni non compiuti e con riferimento ai figli del contraente non hanno ancora compiuto 25 anni.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione (inclusi nell'importo del premio): 30,00% del premio netto imposte.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o email alla funzione Ufficio Reclami dell'Impresa, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati: METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma Tel. 06.492161 Fax 06.49216300 Indirizzo e-mail: reclami@metlife.it Il reclamante potrà presentare reclamo all'Impresa anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti". Il reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS – Servizio tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it. In ogni caso, resta salva la facoltà di proporre il reclamo nei confronti dell'Autorità di Vigilanza dello Stato membro di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c. al seguente indirizzo: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland oppure Irish Financial Services Ombudsman, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Tel: +353 1 6620899, Fax: +353 1 6620890.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria per le controversie relative ai contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, ferma restando la possibilità di adire l'autorità giudiziaria o di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente al presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il collegio medico. Il collegio medico risiede nel comune, sede dell'istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali del collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET).

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Infortuni Meno Male! Gold

Questo documento è stato realizzato in data 01/07/2019 ed è l'ultimo disponibile

INDICE

GLOSSARIO	2
SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI	3
Art. 1 – Caratteristiche del prodotto	3
Art. 2 – Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo	3
2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto	3
2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo	3
2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo	4
2.4 – Recesso	4
2.5 – Disdetta	4
Art. 3 – Premio assicurativo	4
3.1 – Premio	4
3.2 – Modalità di pagamento del Premio	4
3.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi	4
Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti	5
Art. 5 – Aggravamento e Diminuzione del rischio in corso di Contratto	5
Art. 6 – Legge applicabile	5
Art. 7 – Prescrizione	5
Art. 8 – Risoluzione delle controversie	5
8.1 – Foro competente / Procedimento di mediazione	5
8.2 – Arbitrato	5
Art. 9 – Valuta	5
Art. 10 – Esonero dalla denuncia di altri contratti di assicurazione	6
Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione	6
SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO	6
Art. 12 – Programma Assicurativo ed opzioni contrattuali	6
12.1 – Programma Assicurativo	6
12.2 – Opzioni contrattuali	6
Art. 13 – Validità territoriale delle garanzie	6
Art. 14 – Piano assicurativo e Somma assicurata	6
Art. 15 – Persone assicurabili	6
Art. 16 – Esclusioni valide per tutte le garanzie	7
SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO	7
Art. 17 – Decesso a seguito di Infortunio (garanzia base)	7
17.1 – Oggetto della garanzia	7
17.2 – Prestazione massima	8
Art. 18 – Invalidità Permanente a seguito di Infortunio (garanzia base)	8
18.1 – Oggetto della garanzia	8
18.2 – Franchigia	8
18.3 – Criteri di Indennizzo	8
18.4 – Prestazione massima	9
Art. 19 – Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio (garanzia base)	9
19.1 – Oggetto della garanzia	9
19.2 – Esclusioni	9
19.3 – Prestazione massima	9
Art. 20 – Diaria da gesso a seguito di Infortunio (garanzia base)	10
20.1 – Oggetto della garanzia	10
20.2 – Esclusioni	10
20.3 – Prestazione massima	10
Art. 21 – Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione a seguito di Infortunio (garanzia opzionale)	10
21.1 – Oggetto della garanzia	10
21.2 – Esclusioni	11
21.3 – Prestazione massima	11
Art. 22 – Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio (garanzia opzionale)	11
22.1 – Oggetto della garanzia	11
22.2 – Esclusioni	11
22.3 – Franchigia	11
22.4 – Prestazione massima	12

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	12
Art. 23 – Denuncia di Sinistro	12
Art. 24 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro	12
Art. 25 – Criteri per la determinazione dell’Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro	12
SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI	13
Art. 26 – Richiesta di Informazioni	13
Art. 27 – Reclami	13
27.1 – Reclami all’Impresa di assicurazioni	13
27.2 – Reclami all’Intermediario	13
27.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza	13
INFORMATIVA PRIVACY	14

GLOSSARIO

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

Annualità assicurativa: periodo pari ad un anno, calcolato a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

Apparecchio gessato: applicazione permanente e inamovibile di mezzo di contenzione costituito da fasce o docce confezionate con gesso o schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanica.

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita o persona viene stipulato il Contratto.

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

Certificato di assicurazione (o di Polizza): il documento che prova il Contratto.

Commozione cerebrale: trauma improvviso dell'organo cerebrale focale confinato a un'area del cervello oppure diffuso coinvolgente più di un'area cerebrale.

Compagnia: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma, tel. 06.492161, fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare la Compagnia.

Contraente: la persona fisica o la persona giuridica per il tramite del rappresentante legale che sottoscrive il Contratto e sostiene l'onere economico del Premio.

Contratto (o Polizza): il contratto di assicurazione stipulato dal Contraente con la Compagnia.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento.

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

Diaria: indennità giornaliera.

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

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

Esterio: il territorio al di fuori dei confini dell'Italia.

Franchigia: la parte del danno, espressa in cifra fissa o in percentuale, che in caso di Sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

Frattura ossea: rottura di un osso parziale o totale, con o senza spostamento, prodotta da un trauma.

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

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

Istituto di cura: struttura sanitaria pubblica o casa di cura privata regolarmente autorizzata ai sensi di legge all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono considerati convenzionalmente istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture per anziani, le case di cura per lungodegenze o convalescenza, le strutture che hanno prevalentemente finalità estetiche, dietologiche, fisioterapiche e riabilitative.

Italia: il territorio della Repubblica italiana, comprese la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

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

Lussazione: spostamento permanente delle superfici articolari l'una rispetto all'altra.

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

Malattia mentale o nervosa: ogni patologia mentale e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricompresa nell'articolo V della nona revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9 del OMS) e successive modifiche.

Nucleo familiare: comprende le persone fisiche di seguito indicate:

- il Contraente;
- una delle seguenti persone a scelta del Contraente:
 - il coniuge del Contraente non divorziato o separato legalmente, presente nello stato di famiglia;
 - il partner unito civilmente con il Contraente (l. 76/2016) non divorziato;
 - il convivente more uxorio del Contraente, stabilmente convivente con il Contraente nella stessa residenza;
- i figli del Contraente, compresi i minori legalmente affidati od adottati, che siano presenti nello stato di famiglia e siano fiscalmente "a carico".

Premio: la somma versata alla Compagnia per le garanzie offerte.

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

Programma Assicurativo: l'insieme delle garanzie offerte dalla Compagnia.

Ricovero: la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento, disposta da personale medico e documentata da cartella clinica. Resta inteso che la permanenza in Istituto di cura o Pronto Soccorso senza che sia disposto il Ricovero da parte di personale medico non è indennizzabile a termini di Polizza.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è offerto il Programma Assicurativo.

Trattamento fisioterapico/rieducativo: le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguite da un medico specialista regolarmente iscritto all'albo o da un professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni dell'apparato muscolo scheletrico.

Tutore immobilizzante: presidio immobilizzante inamovibile, limitatamente al tronco o ai grandi segmenti scheletrici, per il quale l'Assicurato sia costretto a riposo assoluto o sia impossibilitato a deambulare liberamente e comunque non sia in grado di attendere autonomamente alle normali esigenze di vita e/o alle occupazioni professionali.

Ustione: lesione dei tessuti per effetto di elevato calore/freddo o per l'azione di sostanze chimiche caustiche, scariche elettriche, radiazioni.

SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1 – Caratteristiche del prodotto

Si tratta di una Polizza facoltativa che ha lo scopo di proteggere l'Assicurato in caso di Infortunio subito a casa, al lavoro o nel tempo libero.

Sono inclusi nel Programma Assicurativo anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza e colpa anche gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici e fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico aereo regolare e i voli su aeromobili di autorità civili e militari durante servizio regolare di traffico civile; **sono comunque esclusi i viaggi ed i voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;**
- gli infortuni subiti durante lo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) insurrezione, occupazione militare ed invasione **per un periodo massimo di 14 giorni** dall'inizio delle ostilità, se l'Assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, in un paese fino ad allora in pace;
- gli infortuni causati da malessere o malore e dagli stati di incoscienza **che non siano provocati dall'abuso di psicofarmaci, dall'uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico o da Alcolismo;**
- le lesioni determinate da sforzi, **esclusi gli infarti;**
- le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo, con l'intesa che:
 - qualora l'ernia risulti operabile, non verrà riconosciuto alcun Indennizzo;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà riconosciuto solamente il grado di invalidità permanente accertato, con il limite massimo del 10% dell'invalidità permanente totale; in caso di contestazioni circa la natura e la operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa all'arbitrato secondo la procedura prevista all'art. 8.2.

La Compagnia assume il rischio sulla base delle comunicazioni del Contraente.

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

2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si conclude e si intende perfezionato al momento della sottoscrizione del Certificato di assicurazione. Il Contraente può scegliere di ricevere la documentazione contrattuale ed eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia in corso di Contratto in formato cartaceo o elettronico e sarà informato circa la possibilità di cambiare, anche in corso di Contratto, la modalità di invio senza alcun costo a suo carico.



La Compagnia si riserva il diritto di non stipulare un nuovo Contratto con soggetti che risultano già essere stati assicurati con la medesima per la stessa tipologia di rischio.

2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di sottoscrizione del Certificato di assicurazione, a condizione che il Premio sia pagato.

Il Programma Assicurativo ha durata annuale. Successivamente esso si intenderà **tacitamente rinnovato** di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo:

- in caso di sottoscrizione dell'**Opzione Individuo**, il Contraente sia in possesso dei requisiti di assicurabilità indicati all'art. 15 lett. a) e b), non abbia ancora compiuto 75 anni ed il Premio sia pagato;

- in caso di sottoscrizione dell'**Opzione Azienda**, almeno uno degli assicurati sia in possesso dei requisiti di assicurabilità indicati all'art. 15 lett. a) e b), non abbia ancora compiuto 75 anni ed il Premio sia pagato;
- in caso di sottoscrizione dell'**Opzione Famiglia**, il Contraente ed almeno un altro componente del Nucleo familiare siano in possesso dei requisiti di assicurabilità indicati all'art. 15 lett. a) e b), non abbiano ancora compiuto 75 anni (o 25 anni con riferimento ai figli del Contraente) ed il Premio sia pagato.

2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso di recesso dal Contratto;
- b) in caso di disdetta del Contratto.

Se è stata sottoscritta l'**Opzione Individuo** o l'**Opzione Famiglia**, il Programma Assicurativo cessa inoltre:

- c) in caso di decesso del Contraente;
- d) se in corso di Contratto il Contraente perde i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 15 lett. a), b) o diventa soggetto non assicurabile ai sensi dell'art. 15.

Se è stata sottoscritta l'**Opzione Azienda**, il Programma Assicurativo cessa inoltre:

- e) in caso di cessazione di attività dell'azienda;
- f) se in corso di Contratto tutti gli assicurati decedono;
- g) se in corso di Contratto tutti gli assicurati perdono i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 15 lett. a), b) o diventano soggetti non assicurabili ai sensi dell'art. 15.

Nei casi b), c), f) non è dovuta alcuna restituzione di Premio.

Nei casi d), e), g) la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Nel caso a) la Compagnia procederà alla restituzione del Premio nei termini specificati all'art. 2.4.



In caso di sottoscrizione dell'**Opzione Famiglia**, il Programma Assicurativo rimane attivo qualora il Contraente ed almeno un altro componente del Nucleo familiare siano in possesso dei requisiti di assicurabilità indicati all'art. 15 lett. a) e b), non abbiano ancora compiuto 75 anni (o 25 anni con riferimento ai figli del Contraente). Diversamente il Programma Assicurativo cesserà.

2.4 – Recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto, a mezzo di **lettera raccomandata A/R** indirizzata alla Compagnia, **entro 60 giorni** dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo. **Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione.** In tal caso, la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

Dopo ogni Sinistro, il Contraente e la Compagnia hanno diritto di recedere dal Contratto, dandone comunicazione all'altra parte con **lettera raccomandata A/R, entro 60 giorni** dalla data di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo. **Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione.** In tal caso, la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

2.5 – Disdetta

Il Contraente e la Compagnia hanno diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza annuale del medesimo, dandone comunicazione all'altra parte con **lettera raccomandata A/R** e con **preavviso di 30 giorni** sulla data di scadenza. In tal caso, le garanzie cessano alla scadenza annuale del Contratto ed il Premio non sarà più dovuto.

Art. 3 – Premio assicurativo

3.1 – Premio

Il Premio è annuale ed è pari all'importo indicato nel Certificato di assicurazione.

Il Premio viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, rimarrà totalmente acquisito dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

3.2 – Modalità di pagamento del Premio

Il Premio può essere pagato alla Compagnia tramite bonifico bancario o addebito diretto Sepa (SDD) in conto corrente bancario, oppure all'intermediario abilitato all'incasso tramite i mezzi di pagamento previsti dalla normativa di riferimento ed indicati nell'Informativa precontrattuale.

La Compagnia consente il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale del Premio senza costi aggiuntivi.

3.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi

Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se il Contraente non paga il Premio o la prima rata di Premio stabilita dal Contratto, il Programma Assicurativo resta sospeso fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Se il pagamento del Premio o della rata di Premio non avviene entro 6 mesi dalla data di scadenza, la Polizza viene annullata e sarà necessario inoltrare una nuova richiesta alla Compagnia per attivarne una nuova.

Se alle scadenze previste il Contraente non paga i premi successivi, il Programma Assicurativo resta sospeso dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza.

Il Contraente può riattivare il Programma Assicurativo versando i premi mancanti. In questo caso il Programma Assicurativo riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto, senza

efficacia retroattiva. Pertanto eventuali sinistri verificatisi durante il periodo di sospensione del Programma Assicurativo non saranno indennizzati.



In caso di pagamento del Premio tramite addebito diretto Sepa (SDD) in conto corrente bancario, il Contraente dovrà assicurarsi che sul conto corrente bancario utilizzato per i pagamenti vi siano fondi sufficienti. In caso di variazione dei dati relativi al conto corrente bancario, il Contraente dovrà darne notizia alla Compagnia entro e non oltre **5 giorni** dalla data di variazione. Resta inteso che, qualora il pagamento del Premio non vada a buon fine per causa non imputabile al Contraente, il Programma Assicurativo non sarà sospeso, fermo l'onere per il Contraente di attivarsi senza ritardo ai fini della soluzione del problema.

Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia, tali per cui la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'Indennizzo in conseguenza di un Sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. In particolare, tali dichiarazioni false, inesatte o reticenti:

- sono causa di annullamento del Contratto quando l'Assicurato abbia agito con dolo o con colpa grave. In tal caso, la Compagnia avrà diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo anno. Qualora il Sinistro si verifichi prima che siano decorsi 3 mesi dal giorno in cui la Compagnia ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, la Compagnia non sarà tenuta a pagare la somma assicurata, in linea con quanto previsto dall'art. 1892 c.c.;
- non sono causa di annullamento del Contratto quando l'Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave. Tuttavia, in tali casi, la Compagnia potrà recedere dal Contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Qualora il Sinistro si verifichi prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Compagnia, o prima che la Compagnia abbia dichiarato di recedere dal Contratto, la somma dovuta sarà ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dall'art. 1893 c.c.

Art. 5 – Aggravamento e Diminuzione del rischio in corso di Contratto

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni dello stato di salute o della professione dell'Assicurato, salvo quanto previsto all'art. 15.

Art. 6 – Legge applicabile

Al Contratto si applica la legge italiana.

Art. 7 – Prescrizione

Le garanzie di cui al presente Contratto sono classificate nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in **2 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. **Eventuali sinistri denunciati dopo il termine sopra indicato non saranno pertanto indennizzati dalla Compagnia.**

Art. 8 – Risoluzione delle controversie

8.1 – Foro competente / Procedimento di mediazione

Per le controversie relative al Contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del consumatore (Contraente, Assicurato o Beneficiario) previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ai sensi della Legge n. 98/2013, salvo eventuali modifiche successive. La domanda di mediazione viene presentata tramite deposito di apposita istanza presso un organismo di mediazione accreditato presso il Ministero di Grazia e Giustizia, nel luogo del giudice competente per territorio.

8.2 – Arbitrato

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, ferma restando la possibilità di adire l'Autorità giudiziaria o di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, la Compagnia e l'Assicurato (di seguito le "parti") potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel Comune, Sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Art. 9 – Valuta

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

Art. 10 – Esonero dalla denuncia di altri contratti di assicurazione

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altri contratti di assicurazione per lo stesso rischio.

Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione

La Compagnia rinuncia al diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'Infortunio per il recupero dell'Indennizzo pagato.

SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 12 – Programma Assicurativo ed opzioni contrattuali

12.1 – Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti **garanzie base**:

- Decesso** a seguito di Infortunio;
- Invalità Permanente** a seguito di Infortunio;
- Diaria da Ricovero** a seguito di Infortunio;
- Diaria da gesso** a seguito di Infortunio.

Alle garanzie base possono essere abbinate le seguenti **garanzie opzionali**:

- Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione** a seguito di Infortunio;
- Rimborso spese mediche** a seguito di Infortunio.

i Le garanzie opzionali possono essere selezionate solo se è stato scelto il piano assicurativo **Standard, Extra o Top** ai sensi dell'art. 14.

12.2 – Opzioni contrattuali

Il Contraente, al momento della sottoscrizione del Certificato di assicurazione, può scegliere una delle seguenti opzioni contrattuali:

- **Opzione Individuo**: le garanzie operano a favore del Contraente;
- **Opzione Azienda**: le garanzie operano a favore degli assicurati indicati dal Contraente nel Certificato di assicurazione, fino ad un massimo di 10 persone fisiche;
- **Opzione Famiglia**: le garanzie operano a favore del Nucleo Familiare, così come definito nel Glossario.

Art. 13 – Validità territoriale delle garanzie

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.

Art. 14 – Piano assicurativo e Somma assicurata

Il Contraente, al momento della sottoscrizione del Certificato di assicurazione, può scegliere tra 4 piani assicurativi - **Basic, Standard, Extra e Top** - ciascuno dei quali prevede somme assicurate differenti. Il Premio varia in base al piano assicurativo scelto. Il piano assicurativo scelto e le corrispondenti somme assicurate sono indicate nel Certificato di assicurazione.

SOMMA ASSICURATA		PIANO ASSICURATIVO			
GARANZIE		BASIC	STANDARD	EXTRA	TOP
DECESSO		€ 50.000,00	€ 100.000,00	€ 150.000,00	€ 200.000,00
INVALIDITÀ PERMANENTE		€ 30.000,00	€ 100.000,00	€ 150.000,00	€ 200.000,00
DIARIA DA RICOVERO		€ 25,00	€ 50,00	€ 100,00	€ 150,00
DIARIA DA GESSO		€ 25,00	€ 50,00	€ 100,00	€ 150,00
LUSSAZIONE, COMMOZIONE CEREBRALE ED USTIONE		-----	€ 1.000,00	€ 1.500,00	€ 2.000,00
RIMBORSO SPESE MEDICHE	Con ricovero / intervento chirurgico	-----	Fino a € 2.500,00	Fino a € 5.000,00	Fino a € 7.500,00
	Senza ricovero / intervento chirurgico e per trattamenti fisioterapici / rieducativi	-----	Fino a € 1.250,00	Fino a € 2.500,00	Fino a € 3.750,00

Art. 15 – Persone assicurabili

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

- siano residenti in Italia;
- siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- in caso di sottoscrizione dell'**Opzione Individuo** o dell'**Opzione Azienda**, abbiano un'età compresa tra 18 e 71 anni non compiuti;
- in caso di sottoscrizione dell'**Opzione Famiglia**, con riferimento al Contraente ed al coniuge/partner civile/convivente more uxorio del Contraente, abbiano un'età compresa tra 18 e 71 anni non compiuti e con riferimento ai figli del Contraente non abbiano ancora compiuto 25 anni.

Non sono assicurabili le persone fisiche che:

- siano o siano state affette da alcolismo cronico, tossicodipendenza, HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
- siano portatrici di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico;
- svolgano una delle seguenti attività lavorative: vigile del fuoco; militare; minatore; speleologo; alpinista; sommozzatore; pescatore; personale viaggiante di navigazione aerea e/o marittima; collaudatore di veicoli; personale adibito alla detenzione, manipolazione, trasporto ed uso di armi, esplosivi e/o presente in ambienti ove ne viene fatto uso.

Qualora l'Assicurato dovesse perdere i requisiti di assicurabilità di cui alle lett. a), b) o divenire soggetto non assicurabile in corso di Contratto, le garanzie cessano dalla medesima data nei suoi confronti ed eventuali sinistri accaduti successivamente non saranno indennizzati dalla Compagnia.

Resta inteso che:

- in caso di sottoscrizione dell'**Opzione Individuo** e dell'**Opzione Azienda**, la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto;
 - in caso di sottoscrizione dell'**Opzione Famiglia**, non è dovuta alcuna restituzione di Premio.
- Si rinvia a quanto stabilito all'art. 2.3, relativamente all'eventuale cessazione dell'intero Programma Assicurativo.

Art. 16 – Esclusioni valide per tutte le garanzie

- La Compagnia non sarà tenuta a prestare alcuna garanzia e non sarà obbligata a liquidare alcun Sinistro o prestazione di cui al presente Contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzione, divieto o restrizione in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle sanzioni economiche o commerciali, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea o da altre leggi o regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- guerra (dichiarata o non dichiarata), insurrezione, occupazione militare ed invasione; se l'Assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;
- danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere;
- atti di terrorismo perpetrati tramite l'utilizzo di sostanze chimiche, biologiche o dell'energia nucleare;
- abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- Alcolismo;
- suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo, ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;
- infortuni antecedenti alla data di Decorrenza del Programma Assicurativo;
- Malattia mentale o nervosa se causa o concausa dell'Infortunio;
- guida e uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni e nelle relative prove e di mezzi di locomozione subacquei;
- collaudo di mezzi di trasporto in genere e guida dei medesimi qualora l'Assicurato sia privo della prescritta abilitazione;
- partecipazione a competizioni e relative prove e/o allenamenti a carattere professionistico o comunque remunerative;
- servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- lo svolgimento delle attività di pugilato, atletica pesante, alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere, sci acrobatico, football americano e rugby, anche se effettuate per professione;
- infarto.

SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Art. 17 – Decesso a seguito di Infortunio (garanzia base)

17.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Decesso a seguito di Infortunio dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario la somma assicurata prevista dal piano assicurativo scelto dal Contraente.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- il decesso sia avvenuto, anche successivamente alla scadenza del Contratto, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio.

PIANO ASSICURATIVO	BASIC	STANDARD	EXTRA	TOP
SOMMA ASSICURATA	€ 50.000,00	€ 100.000,00	€ 150.000,00	€ 200.000,00

17.2 – Prestazione massima

In caso di sottoscrizione dell'**Opzione Famiglia**, la prestazione massima per Nucleo familiare e per Annualità assicurativa è pari alla somma assicurata prevista dal piano assicurativo scelto dal Contraente, indipendentemente dal numero degli assicurati colpiti da Sinistro.

Esempio

L'esempio è formulato considerando la sottoscrizione del piano assicurativo Standard che prevede una somma assicurata pari a € 100.00,00.

Qualora nell'arco della medesima Annualità assicurativa vengano a mancare sia il coniuge che il figlio del Contraente, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo complessivo pari a € 100.000,00.

Art. 18 – Invalidità Permanente a seguito di Infortunio (garanzia base)

18.1 – Oggetto della garanzia



Per Invalidità Permanente si intende la perdita permanente, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione esercitata. L'Invalidità Permanente deve essere stata causata da Infortunio oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato. Per il calcolo del grado di Invalidità Permanente si conviene di adottare come riferimento la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche.

In caso di Invalidità Permanente a seguito di Infortunio dell'Assicurato (IP), la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario un Indennizzo calcolato sulla base della somma assicurata prevista dal piano assicurativo scelto dal Contraente, in proporzione al grado di IP accertato:

- **IP pari o inferiore al 3%:** in Franchigia, nessun Indennizzo viene corrisposto;
- **IP superiore 3% e fino al 10%:** l'Indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente la Franchigia del 3%;
- **IP superiore al 10% e fino al 50%:** l'Indennizzo viene corrisposto interamente, senza applicazione della Franchigia del 3%;
- **IP superiore al 50% e fino al 75%:** l'Indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata;
- **IP superiore al 75%:** l'Indennizzo viene corrisposto nella misura del 150% della somma assicurata.

0%	3%	10%	50%	75%
Nessun Indennizzo	Indennizzo con detrazione della Franchigia	Indennizzo senza detrazione della Franchigia	Indennizzo pari al 100% della somma assicurata	Indennizzo pari al 150% della somma assicurata

L'indennizzo viene corrisposto a condizione che:

- l'**Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Programma Assicurativo**;
- l'**Invalidità Permanente venga accertata, anche successivamente alla scadenza del Contratto, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio**;
- l'**Invalidità Permanente sia superiore alla Franchigia del 3%.**

Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato prima che la Compagnia abbia accertato la stabilizzazione dei postumi invalidanti ed il decesso non sia indennizzabile a termini di Polizza, gli eredi dell'Assicurato potranno comunque dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea a provare lo stato di Invalidità Permanente.

PIANO ASSICURATIVO	BASIC	STANDARD	EXTRA	TOP
SOMMA ASSICURATA	€ 30.000,00	€ 100.000,00	€ 150.000,00	€ 200.000,00

18.2 – Franchigia

In caso di Invalidità Permanente fino al 10%, è prevista l'applicazione di una Franchigia del 3%.

Esempio

L'esempio è formulato considerando la sottoscrizione del piano assicurativo Standard che prevede una somma assicurata pari a € 100.00,00.

La Compagnia corrisponderà l'Indennizzo di seguito indicato, in proporzione al grado di Invalidità Permanente accertato.

INVALIDITÀ PERMANENTE	2%	7%	20%	55%	80%
INDENNIZZO	Nessuno Il grado di invalidità permanente è inferiore alla Franchigia del 3%	€ 4.000,00 Si applica la Franchigia del 3%	€ 20.000,00 Non si applica la Franchigia del 3%	€ 100.000,00 L'Indennizzo è pari al 100% della somma assicurata	€ 150.000,00 L'Indennizzo è pari al 150% della somma assicurata

18.3 – Criteri di Indennizzo

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti. Pertanto, se al momento dell'Infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti.

La determinazione del grado di Invalidità Permanente viene effettuata in base alla tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche, tenuto conto che:

- per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancino, le percentuali di Invalidità Permanente previste per il lato destro varranno per il lato sinistro;

- la perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di Invalidità Permanente indicate in tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- nel caso di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti l'Indennizzo viene stabilito mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, sino al limite massimo del 100%. L'Indennizzo per la perdita anatomica di una falange del pollice o di una falange dell'alluce è stabilito nella metà della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito, mentre per la perdita di una falange di qualunque altro dito l'indennizzo è stabilito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale;
- nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di riferimento, l'Indennizzo è stabilito tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione;
- per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi;
- in caso di perdita anatomica o funzionale di un organo o arto già minorato, le percentuali di Invalidità Permanente saranno diminuite tenendo conto del grado di Invalidità Permanente preesistente;
- per la perdita di elementi dentari potrà essere concesso l'Indennizzo per Invalidità Permanente in misura da stabilirsi caso per caso, proporzionalmente alla diminuita capacità masticatoria o fonatoria causata dalla perdita stessa.

18.4 – Prestazione massima

In caso di sottoscrizione dell'**Opzione Famiglia**, la prestazione massima per Nucleo familiare e per Annualità assicurativa è pari al 100% - o al 150% in caso di Invalidità Permanente superiore al 75% - della somma assicurata prevista dal piano assicurativo scelto dal Contraente, indipendentemente dal numero degli Assicurati colpiti da Sinistro.

Esempio

Gli esempi sono formulati considerando la sottoscrizione del piano assicurativo Standard che prevede una somma assicurata pari a € 100.000,00.

Caso 1

Viene riconosciuto invalido il coniuge del Contraente nella misura del 55%. La Compagnia corrisponde un Indennizzo pari al 100% della somma assicurata, ovvero € 100.000,00. Successivamente, nel corso della stessa Annualità assicurativa, viene riconosciuto invalido anche il figlio del Contraente nella misura del 10%. La Compagnia non corrisponderà un Indennizzo aggiuntivo perché ha già corrisposto il 100% della somma assicurata in relazione al Sinistro occorso al coniuge.

Caso 2

Viene riconosciuto invalido il coniuge del Contraente nella misura del 80%. La Compagnia corrisponde un Indennizzo pari al 150% della somma assicurata, ovvero € 150.000,00. Successivamente, nel corso della stessa Annualità assicurativa, viene riconosciuto invalido anche il figlio del Contraente nella misura del 10%. La Compagnia non corrisponderà un Indennizzo aggiuntivo perché ha già corrisposto il 150% della somma assicurata in relazione al Sinistro occorso al coniuge.

Caso 3

Viene riconosciuto invalido il coniuge del Contraente nella misura del 55%. La Compagnia corrisponde un Indennizzo pari al 100% della somma assicurata, ovvero € 100.000,00. Successivamente, nel corso della stessa Annualità assicurativa, viene riconosciuto invalido anche il figlio del Contraente nella misura del 80%. La Compagnia non corrisponderà un Indennizzo aggiuntivo perché ha già corrisposto il 100% della somma assicurata in relazione al Sinistro occorso al coniuge. La circostanza che la percentuale di invalidità riconosciuta al figlio sia maggiore di quella riconosciuta al coniuge non dà diritto ad alcun Indennizzo aggiuntivo.

Art. 19 – Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio (garanzia base)

19.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Ricovero in Istituto di cura a seguito di Infortunio dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario la Diaria prevista dal piano assicurativo scelto dal Contraente, per ogni giorno di degenza con pernottamento.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'**Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;**
- il **Ricovero sia iniziato nel periodo di validità del Programma Assicurativo.**

Al termine del periodo di validità del Programma Assicurativo, qualora l'Assicurato sia ancora ricoverato, la Compagnia corrisponderà la prestazione per l'intero periodo di degenza, **fino a concorrenza dei limiti indicati all'art. 19.3.**

PIANO ASSICURATIVO	BASIC	STANDARD	EXTRA	TOP
DIARIA	€ 25,00	€ 50,00	€ 100,00	€ 150,00

19.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 16, non sono considerati ricoveri indennizzabili le degenze diurne in Day hospital.

19.3 – Prestazione massima

La prestazione è corrisposta fino ad un massimo di **120 giorni** per Assicurato e per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli infortuni e dei ricoveri occorsi durante l'Annualità assicurativa medesima.

Esempio

L'esempio è formulato considerando la sottoscrizione del piano assicurativo Standard che prevede una Diaria pari a € 50,00 ed il limite massimo di 120 giorni per Annualità assicurativa.

Qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di cura a seguito di Infortunio per 130 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 6.000,00.

Art. 20 – Diaria da gesso a seguito di Infortunio (garanzia base)

20.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio dell'Assicurato che comporti l'applicazione di Apparecchio gessato o Tutore immobilizzante, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario la Diaria prevista dal piano assicurativo scelto dal Contraente, per ogni giorno in cui l'Assicurato sia portatore di Apparecchio gessato o Tutore immobilizzante. Sono inclusi in garanzia anche i distacchi parcellari.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- la Frattura ossea sia stata diagnosticata entro 30 giorni dalla data dell'Infortunio;
- l'Apparecchio gessato o il Tutore immobilizzante sia stato applicato e rimosso da personale medico.

Per le fratture ossee di seguito riportate, purché radiologicamente accertate, la Compagnia corrisponde la prestazione sulla base dei giorni di riposo indicati nel certificato di Pronto Soccorso, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato: frattura del bacino; frattura dello sterno; frattura del femore; frattura della colonna vertebrale; frattura di una o più costole; frattura del cranio.



Nel caso in cui venga denunciato un Sinistro e contemporaneamente, a seguito della documentazione medica prodotta, si evidenzi che l'Assicurato sia affetto da **osteoporosi** o da **altra Malattia delle ossa**, la garanzia Diaria da gesso a seguito di Infortunio opera con riferimento al Sinistro denunciato, dopodiché cesserà. Resta inteso che l'Assicurato potrà continuare ad usufruire di tutte le altre garanzie previste dal Programma Assicurativo.

In caso di sottoscrizione dell'**Opzione Azienda** o dell'**Opzione Famiglia**, la garanzia Diaria da gesso a seguito di Infortunio continua ad operare nei confronti degli altri assicurati.

PIANO ASSICURATIVO	BASIC	STANDARD	EXTRA	TOP
DIARIA	€ 25,00	€ 50,00	€ 100,00	€ 150,00

20.2– Esclusioni

In aggiunta alle esclusioni indicate all'art. 16, sono escluse dal Programma Assicurativo le fratture delle ossa nasali, le infrazioni e le lesioni cartilaginee.

20.3 – Prestazione massima

La prestazione è corrisposta fino ad un massimo di **40 giorni** per Assicurato e per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli infortuni e delle fratture ossee riportate durante l'Annualità assicurativa medesima.

Esempio

L'esempio è formulato considerando la sottoscrizione del piano assicurativo Standard che prevede una Diaria pari a € 50,00 ed il limite massimo di 40 giorni per Annualità assicurativa.

Qualora venga applicato all'Assicurato un Apparecchio gessato per 50 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 2.000,00.

Art. 21 – Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione a seguito di Infortunio (garanzia opzionale)

21.1 – Oggetto della garanzia

A. Lussazione

In caso di Lussazione a seguito di Infortunio dell'Assicurato tra quelle garantite, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario la somma assicurata prevista dal piano assicurativo scelto dal Contraente.



Lussazioni garantite: colonna vertebrale; anca; ginocchio; polso; gomito; caviglia; spalla; mascella; una o più dita (delle mani o dei piedi). Resta inteso che qualora l'Assicurato subisca la Lussazione di 2 o più dita delle mani o dei piedi in conseguenza del medesimo Sinistro, la Compagnia corrisponderà una sola prestazione.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- la riduzione della Lussazione sia effettuata in Istituto di cura e sia eseguita da personale medico.

PIANO ASSICURATIVO	BASIC	STANDARD	EXTRA	TOP
SOMMA ASSICURATA	-----	€ 1.000,00	€ 1.500,00	€ 2.000,00

B. Commozione cerebrale

In caso di Commozione cerebrale a seguito di Infortunio dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario la somma assicurata prevista dal piano assicurativo scelto dal Contraente.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;

- la **Commozione cerebrale** derivi da un trauma improvviso dell'organo cerebrale focale che abbia comportato una perdita, anche se momentanea, della coscienza e/o della sensibilità e/o dell'attività circolatoria e respiratoria.

PIANO ASSICURATIVO	BASIC	STANDARD	EXTRA	TOP
SOMMA ASSICURATA	-----	€ 1.000,00	€ 1.500,00	€ 2.000,00

C. Ustione

In caso di Ustione a seguito di Infortunio dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario la somma assicurata prevista dal piano assicurativo scelto dal Contraente per ogni ustione.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'**Infortunio** si sia verificato nel periodo di validità del **Programma Assicurativo**;
- la **percentuale corporea colpita da Ustione** sia pari o superiore al **4,5% del corpo**.

PIANO ASSICURATIVO	BASIC	STANDARD	EXTRA	TOP
SOMMA ASSICURATA	-----	€ 1.000,00	€ 1.500,00	€ 2.000,00

21.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 16, è esclusa dal Programma Assicurativo la **Lussazione** che colpisca la medesima parte anatomica (recidiva).

21.3 – Prestazione massima

La prestazione massima per Assicurato e per Annualità assicurativa è pari alla somma di seguito indicata, in base al piano assicurativo scelto, indipendentemente dal numero delle lussazioni, delle commozioni cerebrali e delle ustioni riportate durante l'Annualità assicurativa medesima.

PIANO ASSICURATIVO	BASIC	STANDARD	EXTRA	TOP
PRESTAZIONE MASSIMA	-----	€ 3.000,00	€ 4.500,00	€ 6.000,00

Esempio

L'esempio è formulato considerando la sottoscrizione del piano assicurativo Standard che prevede una somma assicurata pari a € 1.000,00 ed una prestazione massima pari a € 3.000,00 per Annualità assicurativa.

Qualora l'assicurato nella medesima Annualità assicurativa riporti 2 lussazioni tra quelle garantite, una Commozione cerebrale ed un'Ustione, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 3.000,00.

Art. 22 – Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio (garanzia opzionale)

22.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Infortunio dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, rimborsa al Beneficiario le spese mediche e di cura sostenute **entro 120 giorni** dalla data dell'Infortunio. **La prestazione viene corrisposta a cura ultimata, previa deduzione della Franchigia, a condizione che l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Programma Assicurativo.**



Le spese mediche e di cura oggetto di rimborso sono esclusivamente quelle relative a:

- accertamenti diagnostici;
- onorari per visite specialistiche;
- in caso di intervento chirurgico, onorari dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
- rette di degenza;
- medicinali riportati nel prontuario medico;
- trasporto dell'Assicurato al pronto soccorso con mezzi sanitari adibiti al soccorso medico;
- trattamento fisioterapico/rieducativo prescritto da medico specialista.

22.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 16, sono escluse dal Programma Assicurativo:

- le cure odontoiatriche;
- le parodontopatie;
- le protesi dentarie;
- le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica e/o le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo prevalente avvenga nell'ambito della medicina estetica;
- gli onorari versati a medici o altri professionisti intervenuti per la quantificazione e liquidazione del danno conseguente all'Infortunio.

22.3 – Franchigia

La prestazione viene corrisposta previa deduzione di una **Franchigia pari al 10%**, con il minimo di **€ 100,00** per Sinistro, che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora l'Assicurato si avvalga di prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborserà i ticket integralmente senza applicazione della Franchigia.

Esempio

L'esempio è formulato considerando spese mediche e di cure per complessivi € 900,00. In questo caso la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 800,00.

22.4 – Prestazione massima

La prestazione massima per Assicurato e per Annualità assicurativa è pari alla somma indicata di seguito.

PIANO ASSICURATIVO		BASIC	STANDARD	EXTRA	TOP
PRESTAZIONE MASSIMA	Con ricovero / intervento chirurgico (Day hospital incluso)	-----	€ 2.500,00	€ 5.000,00	€ 7.500,00
	Senza ricovero / intervento chirurgico e per trattamenti fisioterapici / rieducativi	-----	€ 1.250,00	€ 2.500,00	€ 3.750,00

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Art. 23 – Denuncia di Sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia all'indirizzo **MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Sinistri, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma, Indirizzo Email sinistri@metlife.it**. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dalla Compagnia, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet www.metlife.it nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile telefonare al numero **06.492161**. La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati di seguito. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. Resta inteso che in caso di denuncia incompleta la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione. La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate.

Art. 24 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

Decesso a seguito di Infortunio

- Originale del certificato di morte
- Originale o copia conforme all'originale del certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza

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

- Verbale del Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Certificato autoptico
- Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico

Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio

- Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico

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

- Verbale del Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Verbale redatto dalle autorità intervenute

Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio

- Cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza

Diaria da gesso a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Esame radiografico attestante la Frattura ossea
- Certificati medici originali attestanti l'applicazione e rimozione dell'Apparecchio gessato o del Tutore immobilizzante

Lussazione a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Esame radiografico attestante la Lussazione

Commozione cerebrale a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento

Ustione a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso con indicazione della percentuale corporea colpita da Ustione rilasciato entro 48 ore dall'evento

Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Parcele, distinte e ricevute di pagamento in originale

Art. 25 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro

I criteri per la determinazione dell'Indennizzo sono indicati nella Sezione III - agli articoli denominati "Oggetto della garanzia" - per ciascuna garanzia offerta.

In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. Resta inteso che qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovi nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI

Art. 26 – Richiesta di Informazioni

L'Assicurato ha il diritto di richiedere alla Compagnia informazioni in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo ed alle modalità di determinazione della prestazione assicurata. La richiesta può essere effettuata contattando la Compagnia al Numero Verde 800.319.665, attraverso il sito web www.metlife.it cliccando su "Assistenza Clienti", oppure scrivendo all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma. La Compagnia si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

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

Art. 27 – Reclami

27.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o email alla funzione Ufficio Reclami della Compagnia, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati:

METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI

Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma | Tel. 06.492161 | Fax 06.49216300 | Indirizzo e-mail: reclami@metlife.it

Il reclamante potrà presentare reclamo alla Compagnia anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti".

Il reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.

27.2 – Reclami all'Intermediario

I reclami relativi al comportamento dell'Intermediario, dei suoi dipendenti o collaboratori dovranno essere indirizzati direttamente alla sua sede e saranno gestiti direttamente dall'Intermediario che fornirà riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa, dandone contestuale notizia al reclamante, lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il predetto termine.

27.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma | Fax 06.42133.206 | PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it nei seguenti casi:

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

Il reclamante potrà presentare reclamo all'IVASS utilizzando il modello disponibile sul sito www.ivass.it, avendo cura di indicare i seguenti elementi:

- nome, cognome e domicilio del reclamante;
- soggetto o soggetti di cui si lamenta l'operato;
- descrizione dei motivi della lamentela ed eventuale documentazione a sostegno della stessa;
- documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia o dall'Intermediario.

In ogni caso, resta salva la facoltà di proporre il reclamo nei confronti dell'Autorità di Vigilanza dello Stato membro di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c. al seguente indirizzo: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland oppure Irish Financial Services Ombudsman, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Tel: +353 1 6620899, Fax: +353 1 6620890.

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

Resta comunque salva la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione (L. 98/2013) o di negoziazione assistita (L. 162/2014) salvo eventuali modifiche successive.

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami per i quali il reclamante abbia già fatto ricorso all'Autorità Giudiziaria.

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Cliente,

Siamo **MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia**, con sede amministrativa in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma e sede legale in Irlanda, in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 (di seguito "**MetLife**" o "**Società**"). MetLife rivestirà il ruolo di titolare del trattamento dei suoi dati personali.

MetLife crede fortemente nella protezione della riservatezza e della sicurezza dei dati personali della propria clientela. Questo documento si riferisce alla nostra "Informativa Privacy" e descrive come utilizziamo i suoi dati personali che raccogliamo e riceviamo nel rispetto della Legge Italiana in materia di Privacy (D.Lgs n. 196/2003 o "Codice Privacy", sue successive modifiche e integrazioni, Regolamento (UE) 2016/679 o "GDPR" e relativa legge di attuazione).

Desideriamo informarla che, al fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti, nonché per verificare la qualità dei servizi resi, MetLife ha bisogno di trattare i soli dati personali che la riguardano necessari per stipulare ed eseguire il contratto (es. nome, recapiti, incluso e-mail e numeri telefonici, età, data di nascita, sesso, occupazione, etc.) che possono essere acquisiti:

- i. direttamente da lei;
- ii. tramite terzi, nel caso di polizze collettive o individuali che la qualificano come assicurato o beneficiario, stipulate anche tramite agenti, broker o altri intermediari assicurativi, ovvero nel caso in cui, per una corretta e sicura assunzione e gestione dei rischi, sia necessario acquisire informazioni aggiuntive tramite società di informazioni commerciali ovvero mediante la consultazione di banche dati, elenchi o registri legittimamente consultabili.

Tenuto conto che nella stipula e gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe fornire dati di terzi il cui trattamento è strumentale alla gestione del rapporto assicurativo (ad es. per la designazione beneficiaria o del referente terzo, per l'estensione della copertura ad altri soggetti, quali il nucleo familiare, testimoni, etc.) le precisiamo che è suo onere, fornire la presente informativa ai terzi suddetti, acquisendo il consenso ove necessario. Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente Informativa Privacy.

Ai fini dell'emissione e gestione della polizza, potrebbe fornire a MetLife o agli altri intermediari assicurativi che collaborano con MetLife, eventuali dati che la normativa qualifica come "particolari categorie di dati personali" indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es. la liquidazione di un eventuale sinistro). Per "dato particolare" si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute (come, ad esempio, alcune informazioni attestanti il suo stato di salute riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche) e la vita sessuale.

Il conferimento dei suoi dati è pertanto necessario per il perseguimento delle predette finalità e, in alcuni casi, obbligatorio a livello normativo (es. per l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa antiriciclaggio o per effettuare le verifiche di coerenza del prodotto assicurativo offerto ai suoi bisogni assicurativi). Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirle correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi richiesti, né di contattarla per esigenze legate alla gestione del contratto.

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

Quali sono i suoi diritti?

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

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

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

Il diritto alla cancellazione dei suoi dati personali laddove non ci sia per noi una ragione valida per continuare ad utilizzarli (c.d. "diritto all'oblio"). Non si tratta di un diritto assoluto alla cancellazione. Potremmo avere il diritto o l'obbligo di conservare alcune informazioni, ad esempio nel caso in cui ciò sia necessario per adempiere ad un obbligo legale - incluso il mantenimento della copertura assicurativa per il tempo contrattualmente previsto - o qualora vi sia un altro valido motivo giuridico per conservarle.

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

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

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

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

Diritti relativi al processo decisionale automatizzato, inclusa la profilazione. Utilizziamo tecnologie per costruire i profili della nostra clientela per offrire i prodotti coerenti alle esigenze assicurative oppure per accettare o respingere in maniera automatizzata richieste di adesione basate su fattori predeterminati (es. età, stato di salute, abitudine al fumo, capitale assicurato, etc.) e determinare il giusto premio da applicare o la durata della copertura. Ciò implica che dal profilo di rischio riscontrato, potrebbe essere considerato non eligibile a determinate coperture. In altre circostanze, la sua copertura potrebbe essere interrotta (ad es. per il raggiungimento dei limiti di età o per mancato pagamento del premio entro i limiti consentiti). L'utilizzo di processi decisionali automatizzati per tali finalità è necessario ai fini della conclusione e della gestione dei nostri contratti di polizza, riduce gli errori e aumenta il livello di servizio. Se dovesse ritenere che la nostra tecnologia abbia commesso degli errori, può contattare il nostro Responsabile Privacy per richiedere una verifica scrivendo a info.privacy@metlife.it.

Fatti salvi i diritti sopra indicati, informiamo che, coerentemente con la normativa vigente, in caso di richieste pretestuose, manifestamente infondate e ripetitive, ci riserviamo la possibilità di addebitare un contributo spese in base ai costi amministrativi sostenuti.

Come contattarci o chiedere aiuto

Per ogni domanda o richiesta di aiuto in relazione alla nostra Informativa Privacy, la preghiamo di contattare il nostro **Responsabile della protezione dei dati personali**, i cui recapiti sono di seguito riportati: **Telefono: (+39) 06 492161 o e-mail info.privacy@metlife.it.**

La preghiamo di contattarci nel caso in cui non fosse soddisfatto delle modalità in cui raccogliamo, condividiamo o utilizziamo i suoi dati personali o per revocare il consenso precedentemente reso, ove possibile. Potrà contattarci utilizzando i recapiti sopra riportati. Nel caso in cui non dovesse ritenersi soddisfatto della nostra risposta, ha il diritto di presentare un reclamo all' Autorità Garante per la Protezione dei dati personali, Piazza Monte Citorio, 121 - 00186, Roma, Tel: **(+39) 06.696771** o visitando il sito **www.garanteprivacy.it**.

Come possiamo contattarla

Possiamo contattarla attraverso uno o più dei seguenti canali di comunicazione: telefono, mail, email, messaggi SMS, messaggistica istantanea o attraverso altri mezzi di comunicazione elettronici. Archiviamo le chiamate ed altre registrazioni di comunicazioni in sicurezza secondo quanto

previsto dalle nostre politiche di conservazione dalle altre Leggi applicabili. L'accesso a tali registrazioni è limitato agli individui che hanno la necessità di accedervi per le finalità indicate nella presente Informativa.

Come proteggiamo i suoi dati personali

La sicurezza e la riservatezza dei suoi dati personali è fondamentale per noi. Noi disponiamo di misure tecniche, amministrative e fisiche implementate per:

- proteggere i suoi dati personali da accessi non autorizzati e da utilizzi impropri;
- rendere sicuri i nostri sistemi IT e salvaguardare le informazioni;
- assicurare di poter ripristinare i suoi dati nei casi in cui gli stessi siano stati corrotti o persi in situazioni di *disaster recovery*.

Laddove appropriato, utilizziamo la cifratura o altre misure di sicurezza che noi riteniamo appropriate per proteggere i suoi dati personali. Inoltre, rivediamo le nostre misure di sicurezza periodicamente per considerare appropriate nuove tecnologie e per aggiornare le procedure. Ma, nonostante i nostri ragionevoli sforzi, nessuna misura di sicurezza è perfetta o impenetrabile.

Comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e sondaggi

Previo suo consenso, le offriamo l'opportunità di essere contattato per ricevere materiale promozionale in relazione ai prodotti, offerte speciali o servizi che riteniamo possano essere di suo interesse e comunicazioni commerciali (c.d. marketing diretto). Tali comunicazioni potranno essere effettuate, previo consenso, sulla base di una preventiva attività di profilazione, volta ad individuare i suoi specifici interessi.

Nel caso in cui non volesse più ricevere materiale pubblicitario o promozionale, le offriamo delle semplici modalità per comunicarcelo. Ogni qual volta riceverà direttamente una comunicazione commerciale le verrà detto come potrà ottenere la cancellazione dell'iscrizione. Lei potrà anche selezionare l'opzione "disiscrizione" per ogni comunicazione marketing che le inviamo via mail o modificare le proprie preferenze attraverso il nostro sito web www.metlife.it, scrivendo a MetLife Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma oppure attraverso l'indirizzo e-mail info.privacy@metlife.it.

A chi possono essere comunicati i suoi dati

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

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

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

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

Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

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

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

Per quali finalità di trattamento potremmo chiederle il consenso

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

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

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

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

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

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

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Polizza Infortuni Meno Male! Gold

Questo documento è stato realizzato in data 01/07/2019 ed è l'ultimo disponibile

Certificato N. _____

DATI DEL CONTRAENTE

Il rappresentante legale in caso di Contraente persona giuridica

Nome	Cognome	Sesso ☐ M ☐ F	Codice Fiscale	
Data di Nascita	Comune di Nascita (o stato estero)	Prov.	Cittadinanza	
Stato Civile: ☐ Coniugato/a ☐ Celibe/Nubile ☐ Divorziato/a ☐ Vedovo/a ☐ Convivente				
Indirizzo di Residenza	Cap	Comune	Prov.	Stato
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)	Cap	Comune	Prov.	Stato
Telefono	Cellulare	E-mail		
Documento di Riconoscimento: ☐ Carta di Identità ☐ Passaporto ☐ Patente		Numero		
Data di Rilascio	Data di Scadenza	Comune (o stato estero) ed Ente di Rilascio		

DATI DELL'AZIENDA

In caso di Contraente persona giuridica

Denominazione	Luogo e Data di Costituzione			
Codice Fiscale	Partita Iva			
Indirizzo Sede Legale	Cap	Comune	Prov.	Stato
Attività Economica	Sottogruppo	Gruppo/Ramo		

DATI DELL'ASSICURATO (*)

Se persona diversa dal Contraente

Nome	Cognome	Sesso ☐ M ☐ F	Codice Fiscale	
Data di Nascita	Comune di Nascita (o stato estero)	Prov.	Cittadinanza	
Stato Civile: ☐ Coniugato/a ☐ Celibe/Nubile ☐ Divorziato/a ☐ Vedovo/a ☐ Convivente				
Indirizzo di Residenza	Cap	Comune	Prov.	Stato
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)	Cap	Comune	Prov.	Stato
Telefono	Cellulare	E-mail		

(*) In caso di sottoscrizione dell'Opzione Azienda o dell'Opzione Famiglia, ciascun Assicurato dovrà compilare e sottoscrivere il presente Certificato.

DATI DELL'INTERMEDIARIO

Ragione Sociale	Codice			
Indirizzo	Cap	Comune	Prov.	Stato

DATI DELLA POLIZZA

GARANZIE

SOMMA ASSICURATA / DIARIA

BASE

- ☐ Decesso a seguito di Infortunio
☐ Invalidità Permanente a seguito di Infortunio
☐ Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio
☐ Diaria da Gesso a seguito di Infortunio

€

€

€

€

OPZIONALI - sottoscrivibili in caso di adesione ai piani assicurativi **Standard, Extra e Top**

- ☐ Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione a seguito di Infortunio
☐ Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio

€

Opzione Contrattuale: ☐ Individuo ☐ Azienda ☐ Famiglia

Piano Assicurativo: ☐ Basic ☐ Standard ☐ Extra ☐ Top

Decorrenza: dalle ore 24.00 del

Durata: annuale con tacito rinnovo

Premio Annuale: €

Frazionamento: ☐ Mensile ☐ Trimestrale ☐ Semestrale

Numero di Rate^(*):

Premio di Rata^(*): €

^(*) Solo in caso di frazionamento del Premio

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio viene corrisposto dal Contraente nella modalità di seguito indicata:

- ☐ all'Intermediario abilitato all'incasso
☐ alla Compagnia tramite bonifico bancario in favore di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, UBI Banca S.p.A.
 IBAN IT75 V031 1103 2060 0000 0004 341
☐ alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del Contraente

IBAN:

CODICE PAESE	CODICE CONTROLO	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE
-----------------	--------------------	-----	-----	-----	--------------------------

Mandato per addebito diretto SEPA

Il Contraente, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza:

- la Compagnia a richiedere alla banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente;
- la banca del sottoscritto a procedere all'addebito secondo le disposizioni impartite dalla Compagnia.

Il Contraente ha diritto di ottenere il rimborso dell'addebito in conto, secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con la propria banca. Il rimborso deve essere richiesto entro 8 settimane a partire dalla data di addebito.

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

AVVERTENZE

- a) 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.
 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.
 c) In caso di sottoscrizione dell'Opzione Azienda, possono essere assicurate fino a 10 persone fisiche.
 d) In caso di sottoscrizione dell'Opzione Azienda o dell'Opzione Famiglia, ciascun Assicurato dovrà compilare e sottoscrivere il presente Certificato.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE / ASSICURATO

INFORMATIVA CONTRATTUALE / PRECONTRATTUALE

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia dell'informativa precontrattuale e dei seguenti documenti che compongono il Set informativo relativo al prodotto assicurativo **Meno Male! Gold – Mod. MMGF2F Ed. 2019/07**, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018: a) DIP Danni; b) DIP aggiuntivo Danni; c) Condizioni di assicurazione comprensive del Glossario e dell'Informativa Privacy; d) Fac-simile del Certificato di assicurazione.

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Il Contraente, sotto la propria responsabilità, dichiara di:

- aderire al Programma Assicurativo dopo aver preso visione dell'informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo;
- essere a conoscenza che il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di sottoscrizione del presente Certificato, a condizione che il Premio sia pagato, e che ha durata annuale;
- approvare il meccanismo di rinnovo tacito del Programma Assicurativo, così come disciplinato nelle Condizioni di assicurazione;
- essere a conoscenza del diritto di recedere senza alcuna penalità e senza dover indicare il motivo entro 60 giorni dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo, secondo quanto specificato nelle Condizioni di assicurazione;
- in caso di sottoscrizione dell'Opzione Individuo o dell'Opzione Famiglia, rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle Condizioni di assicurazione;
- essere a conoscenza che il Beneficiario è l'Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi legittimi e testamentari;
- aver fornito alla Compagnia le informazioni necessarie alla valutazione delle proprie richieste ed esigenze di copertura assicurativa prima della sottoscrizione del presente Certificato;
- ☐ aver fornito ☐ non aver fornito le informazioni necessarie alla verifica della coerenza del contratto di assicurazione con le suddette richieste ed esigenze prima sottoscrizione del presente Certificato, ai sensi dell'art. 58 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- aver scelto, per la trasmissione della documentazione e delle comunicazioni in corso di Contratto, la modalità: ☐ email ☐ cartacea
- essere a conoscenza che è suo obbligo consegnare a ciascun Assicurato copia dell'informativa precontrattuale e del Set informativo.

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

CONSENSO ALLA STIPULA DEL CONTRATTO

L'Assicurato, sotto la propria responsabilità, dichiara di:

- prestare il consenso alla stipula del contratto di assicurazione sulla propria vita da parte del Contraente ai sensi dell'art. 1919 c.c.;
- rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle Condizioni di assicurazione;
- non svolgere una delle seguenti attività lavorative: vigile del fuoco; militare; minatore; speleologo; alpinista; sommozzatore; pescatore; personale viaggiante di navigazione aerea e/o marittima; collaudatore di veicoli; personale adibito alla detenzione, manipolazione, trasporto ed uso di armi, esplosivi e/o presente in ambienti ove ne viene fatto uso;
- essere a conoscenza che il Beneficiario è l'Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi legittimi e testamentari.

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

Il sottoscritto dichiara di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di assicurazione contenute nel Set informativo e di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., i seguenti articoli delle Condizioni di assicurazione: art. 2 Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo; art. 3 Premio assicurativo; art. 7 Prescrizione; art. 8 Risoluzione delle controversie; art. 15 Persone assicurabili; art. 16 Esclusioni valide per tutte le garanzie; artt. 17 e seguenti della Sezione III – Garanzie del Programma Assicurativo.

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiaro di aver letto e compreso le finalità di trattamento dei dati da parte delle Rappresentanze Generali di **MetLife Europe d.a.c.** in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che i miei dati personali sono necessari 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**.

Inoltre:

- ☐ Do ☐ Nego il consenso a sottoporre i dati a **profilazione per finalità commerciali, anche attraverso decisioni automatizzate**
- ☐ Do ☐ Nego il consenso ad essere **ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie, vendita diretta e ricerche di mercato** con modalità di contatto automatizzate o tradizionali

Data (gg/mm/aa)

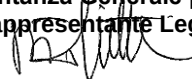
Firma Contraente

Ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiaro di aver letto e compreso le finalità di trattamento dei dati da parte delle Rappresentanze Generali di **MetLife Europe d.a.c.** in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che i miei dati personali sono necessari per l'esecuzione e gestione del contratto e che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornirò eventualmente i dati, acconsento al trattamento di **categorie particolari di dati personali**.

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

MetLife Europe d.a.c.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Legale



Certificato di assicurazione - Pagina 3 di 3

MetLife Europe d.a.c. è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 415123, capitale sociale autorizzato pari ad € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna. Amministratori: Sarah Alicia Celso (cittadina americana), Brenda Dunne (cittadina irlandese), Eilish Finan (cittadina irlandese), Michael Hatzidimitriou (cittadino greco), Nick Hayter (cittadino inglese), Ruairi O'Flynn (cittadino irlandese), Dirk Ostijn (cittadino belga), Miriam Sweeney (cittadina irlandese), Mario Valdes (cittadino messicano).

Sede secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c., Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, **Direzione generale**, Via Olona n. 2, 20123 Milano, Codice fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Roma n. 12083481007, REA n. 1348910, abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. I.00110 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicuratrici.