

MetLife Protezione Junior

Il gesto in più per la loro protezione



MetLife[®]



MetLife Protezione Junior

Contratto di assicurazione Infortuni e Malattia

MetLife Europe Limited

Rappresentanza Generale per l'Italia

PROTEZIONE JUNIOR

Contratto di assicurazione Infortuni e Malattia.

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) Nota informativa, comprensiva del glossario
- b) Condizioni di assicurazione
- c) Certificato di assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Certificato di assicurazione.

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia offre gratuitamente ai propri clienti le garanzie di Assistenza elencate nella Polizza Collettiva n. 167576 stipulata con Inter Partner Assistance SA Rappresentanza Generale per l'Italia.

Avvertenza: la Compagnia si impegna a pubblicare sul proprio sito internet www.metlife.it gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente Fascicolo informativo, non derivanti da innovazioni normative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai contraenti/assicurati, senza obbligo di alcuna altra comunicazione.

A) NOTA INFORMATIVA

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **01/07/2014**

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del Certificato di assicurazione.

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

MetLife Europe Limited 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 Limited 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 Limited iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via Andrea Vesalio n. 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 Limited 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.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il patrimonio netto di MetLife Europe Limited alla data del 31 dicembre 2013 è pari a € 522.183.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari ad € 2.421.000,00 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 2.421.000 emesse, e conferimenti per € 362.753.000,00 al netto di utili non distribuiti per € 406.065.000,00. L'indice di solvibilità di MetLife Europe Limited, ossia il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 221%.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il Contratto ha durata annuale con clausola di tacito rinnovo.

Avvertenza: ad ogni ricorrenza annuale, il Contraente e la Compagnia hanno diritto di disdire il Contratto, con conseguente cessazione della copertura assicurativa, secondo i termini e le modalità indicate all'art. 5 delle Condizioni di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed Esclusioni

Il Contratto prevede le seguenti coperture assicurative a scelta del Contraente:

1. Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo

Al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, il Contraente ha la possibilità di scegliere tra il Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo Versione A ed il Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo Versione B. I due

pacchetti differiscono esclusivamente per le garanzie Diaria da Ricovero ed Intervento chirurgico che, nel Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo Versione A operano esclusivamente a seguito di Infortunio, mentre nel Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo Versione B operano sia a seguito di Infortunio che di Malattia.

▪ **Versione A**

- Frattura ossea, Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione a seguito di Infortunio
- Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio
- Intervento chirurgico a seguito di Infortunio
- Malattia Grave
- Prestazione odontoiatrica a seguito di Infortunio

▪ **Versione B**

- Frattura ossea, Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione a seguito di Infortunio
- Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia
- Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia
- Malattia Grave
- Prestazione odontoiatrica a seguito di Infortunio

2. **Pacchetto Opzionale a protezione del genitore**

In abbinamento al Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo, il Contraente può sottoscrivere anche il Pacchetto Opzionale a protezione del genitore, che prevede le seguenti coperture:

- Decesso a seguito di Infortunio
- Invalidità Permanente a seguito di Infortunio

Si rinvia agli artt. 2 e 7 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole coperture.

Avvertenza: si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative ovvero condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo e si rinvia agli artt. 2, 3, 4, 7, 8 e 10 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti franchigie e massimali alle coperture assicurative e si rinvia all'art. 7 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio. Per facilitarne la comprensione si illustra il relativo meccanismo di funzionamento mediante esemplificazioni numeriche.

▪ **Frattura ossea, Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione a seguito di Infortunio**

Considerato:

- un Piano Assicurativo S
 - una Frattura multipla del bacino di cui una composta ed una esposta (somma assicurata € 167,00), una Lussazione della schiena (somma assicurata € 121,00) ed una Commozione cerebrale (somma assicurata € 40,00), occorse al bambino/ragazzo Assicurato nella medesima annualità assicurativa
 - il Massimale di € 250,00 per annualità assicurativa e per Assicurato
- la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 250,00.

▪ **Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia**

Considerato:

- un Piano Assicurativo S
- una Diaria giornaliera pari a € 25,00
- il limite massimo di 365 giorni per anno e per persona
- un Ricovero in Istituto di Cura pari a 400 giorni

la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 9.125,00.

▪ **Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia**

Considerato:

- un Piano Assicurativo S
- un Intervento chirurgico in Classe II (somma assicurata € 180,00) ed un Intervento chirurgico in Classe IV (somma assicurata € 430,00), occorsi al bambino/ragazzo Assicurato nella medesima annualità assicurativa
- il Massimale di € 500,00 per annualità assicurativa e per Assicurato

la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 500,00.

▪ **Malattia Grave**

Considerato:

- un Piano Assicurativo S
- la diagnosi di una Malattia Grave
- l'ammontare dell'Indennizzo prestabilito in misura fissa e forfettaria pari a € 2.500,00

la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 2.500,00

▪ Prestazione odontoiatrica a seguito di Infortunio

Considerato

- una spesa per cure dentarie pari a € 700,00 sostenute nella medesima annualità assicurativa
- il Massimale di € 500,00 per annualità assicurativa e per evento

la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 500,00.

▪ Decesso a seguito di Infortunio

Considerato:

- una somma assicurata pari a € 600,00
- una durata assicurata pari a 5 anni
- un ragazzo che al momento del decesso del genitore abbia 18 anni di età

la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a quanto segue:

- 1°anno, € 600,00 mensili
- 2°anno, € 618,00 mensili
- 3°anno, € 636,54 mensili
- al compimento del 21°anno di età del ragazzo, la Compagnia corrisponderà la somma residua pari a € 15.971,40

▪ Invalidità Permanente (IP) a seguito di Infortunio

Considerato:

- una somma assicurata pari a € 600,00
- una durata assicurata pari a 5 anni
- un ragazzo che al momento del riconoscimento del IP del genitore abbia 18 anni di età

la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a quanto segue:

- 1°anno, € 600,00 mensili
- 2°anno, € 618,00 mensili
- 3°anno, € 636,54 mensili
- al compimento del 21°anno di età del ragazzo, la Compagnia corrisponderà la somma residua pari a € 15.971,40

Avvertenza: si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti limiti massimi di età assicurabile e si rinvia all'art. 3 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

4. Periodi di Carenza contrattuali

Si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti periodi di Carenza e si rinvia all'art. 8 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

5. Dichiarazioni del Contraente in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Avvertenza: si richiama l'attenzione sul fatto che, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile, le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del Contratto possono determinare l'annullamento del Programma Assicurativo, ovvero la perdita totale o parziale dell'Indennizzo da corrispondersi in relazione al Sinistro. Si rinvia all'art. 3 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

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

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

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. 3 delle Condizioni di assicurazione.

7. Premi

Il Premio è annuo ed è pari all'importo indicato nel Certificato di assicurazione, in funzione del/i Pacchetto/i di Garanzie e del Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del Programma Assicurativo.

Il Premio può essere corrisposto direttamente alla Compagnia, tramite addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente o bonifico bancario, oppure all'Intermediario, qualora sia abilitato all'incasso, tramite i mezzi di pagamento previsti dalla normativa di riferimento ed indicati nell'Informativa precontrattuale di cui all'art. 49 del Regolamento IVASS n. 5/2006.

La Compagnia consente il frazionamento mensile o semestrale del premio senza oneri aggiuntivi a carico del Contraente.

Avvertenze: il frazionamento mensile del Premio è consentito a condizione che la rata abbia un importo minimo di € 8,00; in caso di frazionamento mensile del Premio, il pagamento può essere effettuato unicamente attraverso addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente.

8. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

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

9. Diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo **entro 60 giorni dalla data di perfezionamento del Contratto (così come descritta all'art. 3 delle Condizioni di assicurazione) a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Compagnia.** In tal caso la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

Con riferimento alle garanzie prestate a seguito di Infortunio, dopo ogni Sinistro denunciato a termini di polizza, il Contraente e la Compagnia hanno diritto di recedere dal Programma Assicurativo dandone comunicazione all'altra parte **mediante lettera raccomandata A/R, entro 60 giorni dalla data di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo**. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione. In tal caso la Compagnia restituirà al Contraente il Premio già pagato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal Contratto

L'assicurazione di cui al presente Contratto è classificata nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile Il comma, i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

11. Legge applicabile al Contratto

Al Contratto si applica la legge italiana.

12. Regime fiscale

Al presente Contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR).

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

Avvertenza: si richiama l'attenzione sull'individuazione del momento di insorgenza del Sinistro, sulle modalità e sui termini per la denuncia del Sinistro, sulle eventuali spese per l'accertamento del danno e sulle ipotesi in cui è richiesta la visita medica. Si rinvia all'art. 11 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle procedure liquidative.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: **MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Reclami, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, Indirizzo e-mail reclami@metlife.it**

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

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 n. 21, 00187 Roma - corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Impresa e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami riguardanti le disposizioni del Codice del Consumo relative alla commercializzazione a distanza di prodotti assicurativi;
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Compagnia non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto).

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

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

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 Limited 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/internalmarket/finances-retail/finnet/index_en.htm) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

15. Arbitrato

Avvertenza: qualora per la risoluzione di eventuali controversie le parti dovessero ricorrere in arbitrato, si rammenta che è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

Glossario

Assicurato:

- con riferimento al Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo, il bambino/ragazzo indicato nel Certificato di assicurazione;
- con riferimento al Pacchetto Opzionale a protezione del genitore, il genitore del bambino/ragazzo Assicurato indicato nel Certificato di assicurazione. **Avvertenza: sono assicurabili entrambi i genitori, a condizione che i medesimi esercitino la potestà genitoriale comune sul minore.**

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

Certificato di assicurazione (o di polizza): il documento sottoscritto dal Contraente, che prova l'adesione al Programma Assicurativo.

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 Limited con Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. MetLife Europe Limited è iscritta nell'elenco delle imprese di assicurazioni ammesse da IVASS ad operare in Italia in regime di stabilimento (numero di iscrizione I.00110) e svolge la propria attività assicurativa attraverso la propria Rappresentanza Generale per l'Italia iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via Andrea Vesalio n. 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.

Contraente: qualsiasi persona fisica di età maggiorenne che abbia un rapporto di parentela o affinità fino al terzo grado con il bambino/ragazzo Assicurato e che abbia aderito al Programma Assicurativo e corrisposto il Premio.

Contratto: il Contratto di assicurazione stipulato dal Contraente con la Compagnia.

Day hospital: degenza diurna senza pernottamento.

Decorrenza del Programma Assicurativo: il momento in cui il Programma Assicurativo acquista efficacia.

Diaria: indennità giornaliera.

Difetto fisico: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Durata del Programma Assicurativo: il periodo di efficacia del Programma Assicurativo.

Elenco degli interventi chirurgici: l'elenco degli interventi chirurgici coperti, classificati per tipologia e suddivisi per classi di Indennizzo (Mod. P/LNC01).

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

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

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

Frattura composta: frattura dell'osso senza dislocazione di frammenti.

Frattura di colles: frattura del radio, dell'ulna o scomposta al polso.

Frattura esposta: frattura dell'osso che perfora l'epidermide.

Frattura multipla: più fratture dello stesso osso.

Frattura scomposta: frattura dell'osso con dislocazione di frammenti.

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.

Intervento chirurgico: tecnica terapeutica cruenta applicata sull'Assicurato mediante uso di strumenti operatori, finalizzata a risolvere una patologia o una lesione conseguente ad Infortunio o Malattia.

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.

IVASS (già ISVAP): Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

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 congenita: una malattia o un disordine presente fin dalla nascita.

Malattia cronica: malattia ad andamento prolungato con scarsa tendenza alla guarigione.

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 decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10 del OMS) e successive modifiche.

Malattia preesistente: malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti che siano note e/o diagnosticate all'Assicurato alla data di adesione al Programma Assicurativo.

Massimale: la prestazione massima garantita dalla Compagnia.

Premio: la somma versata alla Compagnia per la copertura assicurativa offerta.

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 dell'Assicurato in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Rivalsa o Regresso: azione della Compagnia nei confronti del responsabile del Sinistro per il recupero dell'Indennizzo pagato.

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

Ubbriachezza: condizione conseguente all'assunzione di alcool, nella quale il livello di alcolemia risulta essere pari o superiore ai limiti previsti dalle vigenti normative in tema di circolazione stradale.

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

MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

**MetLife Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Legale
Maurizio Taglietti**



B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **01/07/2014**

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è assunta dalla Compagnia in base alle dichiarazioni del Contraente.

ART. 2 – GARANZIE

Il Programma Assicurativo offerto dalla Compagnia prevede i seguenti Pacchetti di Garanzie a scelta del Contraente:

1. Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo

Al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, il Contraente ha la possibilità di scegliere tra il Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo Versione A ed il Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo Versione B. I due pacchetti differiscono esclusivamente per le garanzie Diaria da Ricovero ed Intervento chirurgico che, nel Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo Versione A operano esclusivamente a seguito di Infortunio, mentre nel Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo Versione B operano sia a seguito di Infortunio che di Malattia.

▪ Versione A

- Frattura ossea, Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione a seguito di Infortunio
- Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio
- Intervento chirurgico a seguito di Infortunio
- Malattia Grave
- Prestazione odontoiatrica a seguito di Infortunio

▪ Versione B

- Frattura ossea, Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione a seguito di Infortunio
- Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia
- Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia
- Malattia Grave
- Prestazione odontoiatrica a seguito di Infortunio

2. Pacchetto Opzionale a protezione del genitore

In abbinamento al Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo, il Contraente può sottoscrivere anche il Pacchetto Opzionale a protezione del genitore, che prevede le seguenti garanzie:

- Decesso a seguito di Infortunio
- Invalidità Permanente a seguito di Infortunio

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, **a condizione che l'Assicurato si rechi all'Estero per un massimo di 60 giorni all'anno.**

Con riferimento alle garanzie prestate a seguito di Infortunio, il Programma Assicurativo, **nei limiti ed alle condizioni di polizza**, opera per gli Infortuni occorsi all'Assicurato nello svolgimento delle attività professionali e di ogni altra attività attinente al tempo libero.

Sono compresi in garanzia 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 e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- 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 aerei effettuati:**
 - **su aeromobili di imprese/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;**
 - **su aeromobili di aeroclubs;**
 - **su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;**
- gli infortuni subiti durante lo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dal territorio della Repubblica Italiana in un paese fino ad allora in pace; sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano;

- gli infortuni causati da malessere o malore e dagli stati di incoscienza che non siano causati dall'uso di stupefacenti, allucinogeni o alcolici.

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

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

- a) siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana e siano muniti di Codice Fiscale;
- b) con riferimento ai bambini/ragazzi, abbiano un'età compresa tra 3 mesi e 16 anni non compiuti;
- c) con riferimento ai genitori, abbiano un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti.

Non sono assicurabili, indipendentemente dall'attuale stato di salute, le persone fisiche che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o siano portatrici di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica riconosciuta dall'INPS o da altro Ente previdenziale pubblico. Qualora le condizioni di non assicurabilità dovessero insorgere in corso di Contratto (salvo il caso di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica riconosciuta al bambino/ragazzo Assicurato) il Programma Assicurativo cessa dalla data in cui la condizione di non assicurabilità è divenuta nota o è stata diagnosticata all'Assicurato ed eventuali Sinistri verificatisi dopo tale data non saranno indennizzati dalla Compagnia. Resta inteso che:

- laddove la condizione di non assicurabilità sopravvenuta dovesse riguardare il bambino/ragazzo Assicurato, il Programma Assicurativo cessa sia con riferimento al Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo che al Pacchetto Opzionale a protezione del genitore;
- laddove la condizione di non assicurabilità sopravvenuta dovesse riguardare il genitore Assicurato, il Programma Assicurativo cessa con riferimento al solo Pacchetto Opzionale a protezione del genitore.

In entrambi i casi, la Compagnia restituirà al Contraente il Premio già pagato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Avvertenze:

- in caso di sottoscrizione del Contratto per 2 o più bambini/ragazzi, laddove la condizione di non assicurabilità dovesse riguardare uno soltanto di essi, il Programma Assicurativo continua ad operare con riferimento agli altri bambini/ragazzi assicurati;
- in caso di sottoscrizione del Contratto per entrambi i genitori, laddove la condizione di non assicurabilità dovesse riguardare uno soltanto di essi, il Programma Assicurativo cessa anche con riferimento all'altro genitore assicurato.

Modalità di perfezionamento del Contratto: il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione da parte del Contraente della clausola di adesione riportata nel Certificato di assicurazione.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

ART. 4 – DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24,00 della data di perfezionamento del Contratto (così come descritta all'art. 3) a condizione che il Premio corrispondente risulti pagato. In caso di pagamento del Premio successivo alla data di perfezionamento del Contratto, il Programma Assicurativo decorrerà dalle ore 24.00 della data di effettivo pagamento del Premio.

Il Programma Assicurativo ha durata annuale. Successivamente esso si intenderà tacitamente rinnovato, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 3 lett. a) ed il Premio corrispondente risulti pagato, salvo disdetta da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 5.

Il Programma Assicurativo cessa:

- con riferimento sia al Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo che al Pacchetto Opzionale a protezione del genitore:
 - a) in caso vengano meno i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 3 lett. a) del bambino/ragazzo Assicurato;
 - b) alla prima ricorrenza annuale del Programma Assicurativo immediatamente successiva al compimento del 21° anno di età del bambino/ragazzo Assicurato;
 - c) in caso di Decesso del bambino/ragazzo Assicurato;
 - d) in caso di diagnosi di Malattia Grave al bambino/ragazzo Assicurato;
 - e) in caso di esercizio del diritto di recesso da parte del Contraente;
 - f) in caso di esercizio del diritto di disdetta da parte del Contraente o della Compagnia.
- limitatamente al Pacchetto Opzionale a protezione del genitore:
 - g) in caso vengano meno i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 3 lett. a) del genitore Assicurato;
 - h) alla prima ricorrenza annuale del Programma Assicurativo immediatamente successiva al compimento del 70° anno di età del genitore Assicurato;
 - i) in caso di decesso del genitore Assicurato;
 - j) al pagamento della prestazione assicurata per la garanzia invalidità permanente.

Nelle ipotesi a), e), g) la Compagnia restituirà al Contraente il Premio già pagato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Nelle ipotesi b), c), d), f), h), i), j) la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio.

Avvertenze:

- in caso di sottoscrizione del Contratto per 2 o più figli, laddove la causa di cessazione del Programma Assicurativo dovesse riguardare uno soltanto di essi, il Programma Assicurativo continua ad operare con riferimento agli altri figli assicurati;
- in caso di sottoscrizione del Contratto per entrambi i genitori, laddove la causa di cessazione del Programma Assicurativo dovesse riguardare uno soltanto di essi, il Programma Assicurativo cessa anche con riferimento all'altro genitore assicurato.

ART. 5 – RECESSO / DISDETTA

5.1 – Recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo **entro 60 giorni dalla data di perfezionamento del Contratto (così come descritta all'art. 3) a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Compagnia.** In tal caso la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

Con riferimento alle garanzie prestate a seguito di Infortunio, dopo ogni Sinistro denunciato a termini di polizza, il Contraente e la Compagnia hanno diritto di recedere dal Programma Assicurativo dandone comunicazione all'altra parte **mediante lettera raccomandata A/R, entro 60 giorni dalla data di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo.** Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione. In tal caso la Compagnia restituirà al Contraente il Premio già pagato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

5.2 Disdetta

Il Contraente e la Compagnia hanno diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza annuale, con conseguente cessazione della copertura assicurativa, dandone comunicazione all'altra parte **mediante lettera raccomandata A/R, con preavviso di 30 giorni sulla data di scadenza.**

ART. 6 – DETERMINAZIONE DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA

Il Contraente, al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, ha la facoltà di scegliere tra 4 distinti Piani Assicurativi (S, M, L ed XL) cui corrispondono differenti somme assicurate. La prestazione assicurata è determinata in funzione del Piano Assicurativo prescelto dal Contraente. Il Piano Assicurativo prescelto e le corrispondenti somme assicurate sono indicate nel Certificato di assicurazione. La scelta è indipendente per Pacchetto di Garanzie. Di conseguenza il Contraente potrà scegliere ad esempio il Piano Assicurativo M con riferimento al Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo ed il Piano Assicurativo L con riferimento al Pacchetto Opzionale a protezione del genitore.

ART. 7 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo

a) **Frattura ossea, Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione a seguito di Infortunio**

i. Frattura ossea

In caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio del bambino/ragazzo Assicurato, la Compagnia corrisponde a favore del medesimo un Indennizzo pari alla somma assicurata prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, in funzione della tipologia di Frattura garantita. **La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso e dell'esame radiografico attestante la Frattura ossea, a condizione che la medesima sia stata diagnosticata entro 3 mesi dalla data dell'Infortunio e che l'Infortunio sia avvenuto durante il periodo di validità del Programma Assicurativo.**

Nel caso in cui venga denunciato un Sinistro per una Frattura ossea garantita e contemporaneamente, a seguito della documentazione medica prodotta, si evidenzi che il bambino/ragazzo Assicurato sia affetto da osteoporosi o da altra malattia delle ossa, la copertura opera con riferimento al Sinistro denunciato, ma da quel momento in avanti cessa la prestazione per Frattura ossea a seguito di Infortunio. Il bambino/ragazzo Assicurato potrà tuttavia usufruire di tutte le altre prestazioni previste dal Programma Assicurativo.

ii. Lussazione

In caso di Lussazione a seguito di Infortunio del bambino/ragazzo Assicurato, la Compagnia corrisponde a favore del medesimo un Indennizzo pari alla somma assicurata prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, in funzione della tipologia di Lussazione garantita. **La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso e dell'esame radiografico attestante la Lussazione, a condizione che:**

- la riduzione della lussazione sia effettuata in Istituto di Cura;
- prima della riduzione sia eseguito esame radiografico;
- la procedura sia eseguita da un medico che valuti la necessità di effettuare la riduzione con o senza anestesia.

Non potrà in ogni caso essere indennizzata una Lussazione che colpisca la medesima parte anatomica (recidiva).

iii. Commozione cerebrale

In caso di Commozione cerebrale a seguito di Infortunio del bambino/ragazzo Assicurato, la Compagnia corrisponde a favore del medesimo un Indennizzo pari alla somma assicurata prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. **La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso attestante la Commozione cerebrale, a condizione che 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.**

iv. Ustione

In caso di Ustione a seguito di Infortunio del bambino/ragazzo Assicurato, la Compagnia corrisponde a favore del medesimo un Indennizzo pari alla somma assicurata prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. **La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso attestante l'Ustione, a condizione che nel certificato venga indicata la percentuale corporea colpita da Ustione e che detta percentuale sia pari o superiore al 4,5% del corpo.**

Il Massimale per annualità assicurativa e per Assicurato è indicato nel Certificato di assicurazione in funzione del Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo.

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Frattura ossea, Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione a seguito di Infortunio.

Considerato:

- un Piano Assicurativo S
 - una Frattura multipla del bacino di cui una composta ed una esposta (somma assicurata € 167,00), una Lussazione della schiena (somma assicurata € 121,00) ed una Commozione cerebrale (somma assicurata € 40,00), occorse al bambino/ragazzo Assicurato nella medesima annualità assicurativa
 - il Massimale di € 250,00 per annualità assicurativa e per Assicurato
- la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 250,00.

b) Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia – Avvertenza: la Malattia è coperta in caso di adesione al Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo Versione B

In caso di Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio o Malattia del bambino/ragazzo Assicurato, la Compagnia corrisponde a favore del medesimo un Indennizzo pari alla somma assicurata prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, per ogni giorno di degenza con pernottamento, **fino ad un massimo di 365 giorni per annualità assicurativa e per Assicurato.**

La Diaria sarà corrisposta dietro presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza. Ai fini del computo della Diaria saranno computati i soli pernottamenti. Non sono considerati ricoveri indennizzabili le degenze diurne in Day hospital.

Al termine del periodo di validità del Programma Assicurativo, qualora il bambino/ragazzo Assicurato sia ancora ricoverato, la Compagnia corrisponderà la Diaria per l'intero periodo di degenza, **a condizione che il Ricovero sia iniziato durante il periodo di validità del Programma Assicurativo e sempre entro i limiti sopraindicati.**

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia.

Considerato:

- un Piano Assicurativo S
 - una Diaria giornaliera pari a € 25,00
 - il limite massimo di 365 giorni per anno e per persona
 - un Ricovero in Istituto di Cura pari a 400 giorni
- la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 9.125,00.

c) Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia – Avvertenza: la Malattia è coperta in caso di adesione al Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo Versione B

In caso di Intervento chirurgico occorso al bambino/ragazzo Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia, la Compagnia corrisponde a favore del medesimo un Indennizzo pari alla somma assicurata, in base al Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo ed alla Classe di appartenenza dell'Intervento effettuato così come specificata nell'Elenco degli interventi chirurgici.

La prestazione è dovuta unicamente se l'Intervento chirurgico cui l'Assicurato è stato sottoposto:

- **sia ricompreso tra quelli elencati nell'Elenco degli interventi chirurgici;**
- **sia stato effettuato dietro prescrizione medica;**
- **sia stato effettuato, in regime di Ricovero ordinario o Day hospital, in un Istituto di Cura regolarmente autorizzato al Ricovero in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità;**
- **venga effettuato in Italia o all'Estero qualora il bambino/ragazzo Assicurato si trovi in viaggio fuori del paese per un massimo di 60 giorni.**

Il Massimale per annualità assicurativa e per Assicurato è indicato nel Certificato di assicurazione in funzione del Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo.

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia.

Considerato:

- un Piano Assicurativo S
 - un Intervento chirurgico in Classe II (somma assicurata € 180,00) ed un Intervento chirurgico in Classe IV (somma assicurata € 430,00), occorsi al bambino/ragazzo Assicurato nella medesima annualità assicurativa
 - il Massimale di € 500,00 per annualità assicurativa e per Assicurato
- la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 500,00.

d) Malattia Grave

In caso di Malattia Grave diagnosticata al bambino/ragazzo Assicurato, la Compagnia tiene indenne il medesimo per le spese sostenute a seguito di Ricovero, con o senza Intervento chirurgico, accertamenti e cure, mediante un Indennizzo prestabilito in misura fissa e forfettaria pari alla somma assicurata prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, **a condizione che:**

- **la Malattia Grave sia stata diagnosticata per la prima volta al bambino/ragazzo Assicurato;**
- **il bambino/ragazzo Assicurato sopravviva per un periodo di almeno 30 giorni dopo la data della prima diagnosi della Malattia Grave.**

Per Malattia Grave si intende esclusivamente una delle seguenti malattie gravi, o le condizioni che implicano uno dei seguenti interventi chirurgici: cancro (eccetto la leucemia linfocitica cronica, i cancro non invasivi in situ, tutti i cancro della pelle ed i tumori in presenza del virus H.I.V.); meningite batterica; distrofia muscolare; trapianto dei seguenti organi: cuore, polmone, fegato, rene e pancreas).

La diagnosi della Malattia Grave deve essere effettuata da un medico specialista e supportata da evidenze cliniche.

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Malattia Grave.

Considerato:

- un Piano Assicurativo S
 - la diagnosi di una Malattia Grave
 - l'ammontare dell'Indennizzo prestabilito in misura fissa e forfettaria pari a € 2.500,00
- la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 2.500,00

e) Prestazione odontoiatrica a seguito di Infortunio

In caso di prestazione odontoiatrica resa necessaria a seguito di Infortunio del bambino/ragazzo Assicurato, la Compagnia corrisponde a favore del medesimo le spese relative alle cure dentarie sostenute, **fino ad un massimo di € 500,00 per annualità assicurativa e per evento. La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso e della documentazione medica attestante l'Infortunio, le fratture dentali, l'ortopanoramica e le cure dentarie effettuate.**

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Prestazione odontoiatrica a seguito di Infortunio.

Considerato:

- una spesa per cure dentarie pari a € 700,00 sostenute nella medesima annualità assicurativa
 - il Massimale di € 500,00 per annualità assicurativa e per evento
- la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 500,00.

Pacchetto Opzionale a protezione del genitore

f) Decesso a seguito di Infortunio

In caso di Decesso a seguito di Infortunio del genitore Assicurato, la Compagnia:

- corrisponde a favore del bambino/ragazzo Assicurato un Indennizzo mensile pari alla somma ed alla durata assicurata, prescelta dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. **L'Indennizzo mensile si incrementa annualmente sulla base del piano indicato nel Certificato di assicurazione ed è corrisposto fino al compimento del 21° anno di età del bambino/ragazzo Assicurato, dopodiché la Compagnia corrisponderà l'eventuale somma residua in un'unica soluzione;**
- presta a titolo gratuito le garanzie relative al Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo fino al compimento del 21° anno di età del bambino/ragazzo Assicurato.

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Decesso a seguito di Infortunio.

Considerato:

- una somma assicurata pari a € 600,00
- una durata assicurata pari a 5 anni
- un ragazzo che al momento del decesso del genitore abbia 18 anni di età

la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a quanto segue:

- 1°anno, € 600,00 mensili
- 2°anno, € 618,00 mensili
- 3°anno, € 636,54 mensili
- al compimento del 21°anno di età del ragazzo, la Compagnia corrisponderà la somma residua pari a € 15.971,40

g) Invalidità Permanente (IP) a seguito di Infortunio

In caso di Invalidità Permanente a seguito di Infortunio del genitore Assicurato, la Compagnia:

- corrisponde a favore del bambino/ragazzo Assicurato un Indennizzo mensile pari alla somma ed alla durata assicurata, prescelta dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. **L'Indennizzo mensile si incrementa annualmente sulla base del piano indicato nel Certificato di assicurazione ed è corrisposto fino al compimento del 21° anno di età del bambino/ragazzo Assicurato, dopodiché la Compagnia corrisponderà l'eventuale somma residua in un'unica soluzione;**
- presta a titolo gratuito le garanzie relative al Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo fino al compimento del 21°anno di età del bambino/ragazzo Assicurato.

Per IP si intende un'invalidità di grado pari o superiore al 40% secondo la tabella INAIL (D.P.R. n. 1124 del 30/06/65) accertata da INPS o altro Ente Pubblico preposto. Il parere dell'INPS o di altro Ente Pubblico non è vincolante per la Compagnia che si riserva in ogni caso la facoltà di sottoporre l'Assicurato a visita medico-legale.

Sono indennizzabili le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute. L'indennizzo viene pertanto determinato come se l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti o sopravvenute.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un senso, organo o arto già minorato, le percentuali di IP sono diminuite tenendo conto del grado di IP preesistente.

La perdita totale 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 IP vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale di IP pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, fino al limite massimo del 100%.

In caso di menomazioni a 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.

In caso di menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di IP tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

In caso di Assicurato mancino le percentuali di IP previste per l'arto superiore destro si applicano all'arto superiore sinistro e viceversa.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera IP soltanto l'asportazione totale.

Nei casi di IP non specificati nella tabella INAIL sopra citata, l'Indennizzo è stabilito in riferimento ai valori previsti dalla tabella stessa e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Se l'Infortunio ha per conseguenza una IP e questa, anche se successiva alla scadenza del Contratto, si verifica entro 2 anni dal giorno in cui l'Infortunio è avvenuto, la Compagnia corrisponde al bambino/ragazzo Assicurato un Indennizzo calcolato sulla base dei criteri che precedono.

Il diritto all'Indennizzo per IP è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se il genitore Assicurato muore per causa indipendente dall'Infortunio, dopo che l'Indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Compagnia corrisponderà le prestazioni previste dal Programma Assicurativo.

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Invalidità Permanente (IP) a seguito di Infortunio.

Considerato:

- una somma assicurata pari a € 600,00
- una durata assicurata pari a 5 anni
- un ragazzo che al momento del riconoscimento del IP del genitore abbia 18 anni di età

la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a quanto segue:

- 1°anno, € 600,00 mensili
- 2°anno, € 618,00 mensili
- 3°anno, € 636,54 mensili
- al compimento del 21°anno di età del ragazzo, la Compagnia corrisponderà la somma residua pari a € 15.971,40

Avvertenze:

- **in caso di sottoscrizione del Pacchetto Opzionale a protezione del genitore per entrambi i genitori ed al verificarsi di un evento simultaneo che cagioni il decesso e/o il riconoscimento di una IP per entrambi, l'Indennizzo mensile che verrà erogato sarà pari a 1,5 volte la somma assicurata. Pertanto, considerando ad esempio una somma assicurata pari a € 500,00, l'Indennizzo erogato sarà pari a €750,00;**
- **in caso di bambino/ragazzo che non abbia ancora compiuto 18 anni di età, l'Indennizzo sarà corrisposto per il tramite del soggetto legittimato alla riscossione (genitore o tutore).**

ART. 8 – LIMITAZIONI / ESCLUSIONI

Avvertenza: la Compagnia non sarà tenuto a garantire alcuna copertura assicurativa e non sarà obbligato a liquidare alcun Sinistro o prestazione di cui al presente Contratto, qualora ciò possa esporre lo stesso 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.

Carenza: durante i primi 90 giorni dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo non sono coperti:

- i ricoveri e gli interventi chirurgici conseguenti a Malattia;
- le malattie gravi diagnosticate nello stesso periodo.

Resta inteso che qualora il Programma Assicurativo venga emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro Programma Assicurativo relativo al medesimo Assicurato ed alle stesse garanzie, il termine di Carenza non troverà applicazione per le somme già assicurate.

Esclusioni

Sono escluse dal Programma Assicurativo:

Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo

- Limitatamente ai ricoveri ed agli interventi chirurgici a seguito di Malattia:
 - i check-up, ovvero le consultazioni mediche e/o le procedure diagnostiche di routine;
 - gli interventi di chirurgia dentale;
 - gli interventi di chirurgia estetica;
 - gli interventi di chirurgia plastica, salvo non si tratti di chirurgia ricostruttiva a seguito di Infortunio o Malattia;
 - i ricoveri e gli interventi chirurgici che siano conseguenza di malattie mentali o nervose (così come definite nel Glossario);
 - le malattie preesistenti già conosciute e/o diagnosticate al momento dell'adesione al Programma Assicurativo;
 - i difetti fisici e le malattie congenite (così come definite nel Glossario) diagnosticate durante i primi 180 giorni dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.
- Limitatamente alle malattie gravi (elencate all'art. 7 lett. d):
 - le malattie preesistenti già conosciute e/o diagnosticate al momento dell'adesione al Programma Assicurativo;
 - le malattie che siano conseguenza dell'abuso di alcool, dell'uso di sostanze stupefacenti, allucinogene o di psicofarmaci in dosi non prescritte dal medico;
 - le malattie conseguenti ad infezione HIV non trasmessa al momento del parto.
 - i difetti fisici e le malattie congenite (così come definite nel Glossario).

Pacchetto Opzionale a protezione del genitore

- il suicidio o il tentato suicidio e qualsiasi atto di autolesionismo intenzionale;
- la partecipazione a sommosse, guerra civile, disobbedienza civile, assemblee e scioperi non autorizzati e atti di disordine violento in qualsiasi modo definito;
- tentare, commettere o prendere parte ad azioni criminali o ad attività illegali;
- la partecipazione a competizioni - o relative prove e/o allenamenti - svolte sotto l'egida delle Federazioni sportive competenti o comunque remunerative o a carattere professionistico;
- la partecipazione alle seguenti attività svolte a carattere professionistico o non: guida e uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni e nelle relative prove, paracadutismo, volo planato, deltaplano, lancio con l'elastico e sports aerei in genere; pugilato; atletica pesante; alpinismo; speleologia; sci acrobatico; football americano; rugby;
- le conseguenze dell'abuso di alcool, dell'uso di sostanze stupefacenti, allucinogene o di psicofarmaci in dosi non prescritte dal medico;
- la partecipazione ad atti di guerra dichiarata e non o durante l'esecuzione di compiti di polizia come membro appartenente ad un corpo civile o militare dello Stato, anche in tempo di pace;
- esposizioni a radiazioni nucleari, chimiche, biologiche;
- le conseguenze di infortuni già verificatisi al momento dell'adesione al Programma Assicurativo;
- le conseguenze di malattie mentali o nervose (così come definite nel Glossario) se causa o concausa dell'Infortunio;
- l'infarto.

ART. 9 – AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni della professione o dello stato di salute dell'Assicurato, salvo quanto previsto all'art. 3.

ART. 10 – PREMIO ASSICURATIVO

10.1 – Premio

Il Premio è annuo ed è pari all'importo indicato nel Certificato di assicurazione, in funzione del/i Pacchetto/i di Garanzie e del Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo.

In caso di sottoscrizione del Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo, per i figli successivi al primo, è previsto uno sconto di Premio pari al:

- 10% per il 2° bambino/ragazzo;
- 20% per il 3° bambino/ragazzo e successivi.

Il Premio può essere corrisposto direttamente alla Compagnia, tramite addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente o bonifico bancario, oppure all'Intermediario, qualora sia abilitato all'incasso, tramite i mezzi di pagamento previsti dalla normativa di riferimento ed indicati nell'Informativa precontrattuale di cui all'art. 49 del Regolamento IVASS n. 5/2006.

La Compagnia consente il frazionamento mensile o semestrale del premio senza oneri aggiuntivi a carico del Contraente. **Avvertenze: il frazionamento mensile del Premio è consentito a condizione che la rata abbia un importo minimo di € 8,00; in caso di frazionamento mensile del Premio, il pagamento può essere effettuato unicamente attraverso addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente.**

Ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile, se il Contraente non paga il Premio o la prima rata di Premio il Programma Assicurativo resta sospeso sino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il Contraente non paga le rate di Premio successive, il Programma Assicurativo resta sospeso dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza. Il Contraente può tuttavia riattivare il Programma Assicurativo versando le rate di Premio 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. Eventuali sinistri che si dovessero verificare durante il periodo di sospensione del Programma Assicurativo non saranno indennizzati dalla Compagnia.

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

10.2 – Rivedibilità del Premio

Ad ogni ricorrenza annuale del Programma Assicurativo, la Compagnia si riserva la facoltà di modificare il Premio nell'ipotesi in cui, a seguito di una periodica analisi del portafoglio, i dati medi non dovessero risultare in linea con le ipotesi di tariffazione. In tal caso, la Compagnia provvederà a darne comunicazione al Contraente con preavviso di 90 giorni sulla data di scadenza annuale del Programma Assicurativo, il quale sarà libero di recedere dal Contratto con preavviso di 30 giorni sulla data di scadenza annuale del Programma Assicurativo.

ART. 11 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Il momento di insorgenza del Sinistro coincide con il giorno di accadimento dell'Infortunio o di insorgenza della Malattia. **In caso di Sinistro il denunciante deve inviare denuncia scritta alla Compagnia – MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Sinistri, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, Indirizzo Email sinistri@metlife.it – utilizzando il modulo di denuncia allegato alle Condizioni di assicurazione, completo dei giustificativi elencati nel medesimo.** Per informazioni sulle modalità di denuncia del Sinistro è possibile scrivere ai recapiti sopra indicati oppure contattare la Compagnia al numero 06492161. **La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, qualora ciò sia reso indispensabile per la corretta valutazione del Sinistro. La Compagnia si riserva il diritto di far effettuare in ogni momento ed a sue spese accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni allo stesso comunicate. L'assicurazione di cui al presente Contratto è classificata nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile Il comma, i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.**

ART. 12 – RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Reclami, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, Indirizzo e-mail reclami@metlife.it.

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

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 n. 21, 00187 Roma - corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Impresa e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami riguardanti le disposizioni del Codice del Consumo relative alla commercializzazione a distanza di prodotti assicurativi;
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Compagnia non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto).

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

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

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 Limited 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/internalmarket/finervices-retail/finnet/index_en.htm) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

ART. 13 – RICHIESTA DI INFORMAZIONI

L'Assicurato ha il diritto di richiedere alla Compagnia informazioni in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo ed alle modalità di determinazione della prestazione assicurata. La richiesta può essere effettuata per iscritto all'indirizzo **MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma** oppure attraverso il sito web all'indirizzo www.metlife.it cliccando su Assistenza Clienti.

La Compagnia si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

Si informa altresì l'Assicurato che, in linea con le indicazioni dell'IVASS contenute nel Provvedimento n. 7/2013, il medesimo ha l'opportunità 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. 14 – LEGGE APPLICABILE

Al Contratto si applica la legge italiana.

ART. 15 – 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, 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 degli aventi diritto. 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. 16 – FORO COMPETENTE

Il foro competente per territorio in via esclusiva è quello del luogo di residenza o domicilio degli aventi diritto.

ART. 17 – 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. 18 – ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione alla Compagnia dell'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio, **ma può aderire ad un solo Programma Assicurativo "Protezione Junior" per ciascun bambino/ragazzo Assicurato**. Di conseguenza, qualora dovesse aderire a 2 o più Programmi Assicurativi "Protezione Junior" per il medesimo bambino/ragazzo Assicurato, la Compagnia considererà valido esclusivamente il Programma Assicurativo concluso con la data più remota e restituirà al Contraente i premi incassati in relazione ai Programmi Assicurativi stipulati indebitamente.

ART. 19 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di Rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

ART. 20 – VARIAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO

Eventuali modifiche contrattuali in corso di anno relative a:

- cambiamento/i di Piano Assicurativo;
- nuove inclusioni e/o uscite dal Programma Assicurativo;

dovranno essere comunicate alla Compagnia con un preavviso di 90 giorni sulla data di scadenza annuale del Programma Assicurativo ed entreranno in vigore, con conseguente adeguamento del Premio, in caso di tacito rinnovo del medesimo.

I nuovi nati, previa comunicazione alla Compagnia, entreranno in copertura gratuitamente dal compimento del terzo mese di età fino alla prima ricorrenza annuale del Programma Assicurativo. Successivamente, in caso di tacito rinnovo del Programma Assicurativo, il Premio sarà invece dovuto.

ART. 21 – CLAUSOLA DI INTERMEDIAZIONE

Il pagamento dei premi relativi al Contratto sarà effettuato direttamente alla Compagnia, salvo patto contrario previsto nel mandato conferito dalla Compagnia all'Intermediario; mandato che l'Intermediario, con riferimento alle clausole relative al pagamento dei premi, si impegna a presentare in caso di richiesta del Contraente.

Nel caso in cui il Contratto sia intermediato da un broker, tutte le comunicazioni inerenti all'esecuzione del Contratto, ad eccezione di quelle relative alla gestione dei sinistri ed alla cessazione del Contratto, saranno effettuate per il tramite del broker medesimo. Resta inteso che, in caso di contrasto tra le comunicazioni effettuate dal broker e personalmente dal Contraente/Assicurato, prevarranno queste ultime.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gentile Cliente, nel rispetto del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito il "Codice"), desideriamo informarti che i dati personali da noi trattati possono essere acquisiti:

- I. direttamente da te;
- II. tramite terzi, nel caso di polizze collettive o individuali che ti 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.

Trattiamo, inoltre, i dati personali successivamente acquisiti nel corso del rapporto con te instaurato. Tutte le informazioni di cui sopra verranno trattate da **MetLife Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia** (di seguito "MetLife" o la "Società"), in qualità di titolare del trattamento, al solo fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da te richiesti o in tuo favore previsti.

A tali scopi potresti fornire a MetLife o ai suoi agenti, broker o altri intermediari assicurativi, eventuali dati sensibili¹ (come, ad esempio, alcune informazioni attestanti il tuo stato di salute riportate in questionari sanitari o certificati medici, cartelle cliniche) indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es.: la liquidazione di un eventuale sinistro).

Il conferimento dei tuoi dati è pertanto necessario per il perseguimento delle predette finalità e, in alcuni casi, obbligatorio a livello normativo². Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirti correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi richiesti.

Per tali finalità i 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 tuoi 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 tuoi 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, 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) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consorziali del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ANIA, IVASS, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni.

L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile presso la sede delle Nostra Società. Taluni tuoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea e negli U.S.A³ qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla elaborazione di specifiche statistiche in relazione ai rischi assicurati, alla gestione dei premi e della liquidazione dei sinistri.

Ti invitiamo, pertanto, a prestare alla Nostra Società, con la sottoscrizione della clausola posta in calce al Certificato di Assicurazione, il consenso al trattamento dei tuoi dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte nonché al loro trasferimento verso paesi non appartenenti alla UE alle, ove l'esecuzione del contratto dovesse richiederlo.

Ti informiamo inoltre che se interessato, potrai altresì acconsentire all'utilizzo di alcuni Tuoi dati per l'invio di materiale pubblicitario/promozionale, di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale (finalità di c.d. marketing diretto), sia attraverso modalità automatizzate di contatto (es. email, fax, sms), nonché attraverso modalità tradizionali (posta cartacea o telefonate tramite operatore), ai sensi dell'art. 130, commi 1 e 2 del D. Lgs. 196/03.

La prestazione del consenso per tali finalità è facoltativo, ma utile per rimanere aggiornato su nuovi prodotti e servizi assicurativi.

Resta inteso che in ogni momento potrai consultare i Tuoi dati, ottenerne l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero l'integrazione. Potrai, altresì, opporli al loro trattamento per finalità di marketing diretto, in tutto o in parte, ivi inclusa la possibilità di esprimere, successivamente, una diversa preferenza sulle modalità adoperate per contattarti⁴, (art. 7 del D.lgs. n. 196/2003), inviando una comunicazione a MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, tel. 06/492161, fax 06/49216300, e-mail sede.roma@metlife.it.

¹Per dato sensibile s'intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (art. 4, comma 1, lett. d) del d.lgs. 196/2003).

²Ad es. per l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa antiriciclaggio (D.lgs. n. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni).

³Precisamente alla società di riassicurazione ed alla capogruppo Metropolitan Life Insurance Inc. (MetLife), cui la Nostra società è tenuta a trasmettere un rapporto relativo ai sinistri di particolare entità.

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO Contratto di assicurazione Infortuni e Malattia "Protezione Junior"

CONTRAENTE

Nome: Cognome:
 Luogo di Nascita: Data di Nascita (gg/mm/aa): Sesso: M F
 Codice Fiscale: Recapito Telefonico:
 Indirizzo: Cap: Comune: Prov:

ASSICURATO (da compilare se persona diversa dal Contraente)

Nome: Cognome:
 Luogo di Nascita: Data di Nascita (gg/mm/aa): Sesso: M F
 Codice Fiscale: Recapito Telefonico:
 Indirizzo: Cap: Comune: Prov:

EVENTO PER IL QUALE SI RICHIEDE L'INDENNIZZO

Garanzie Base a protezione del bambino/ragazzo

- Frattura ossea, Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione a seguito di Infortunio
- Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia
- Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia
- Malattia Grave
- Prestazione odontoiatrica a seguito di Infortunio

Garanzie Opzionali a protezione del genitore

- Decesso a seguito di Infortunio
- Invalidità Permanente a seguito di Infortunio

Data di accadimento (gg/mm/aa): Ora: Luogo:

Descrizione delle cause e delle circostanze:

RIFERIMENTI DI CONTO CORRENTE (per l'eventuale liquidazione dell'Indennizzo)

Intestatario: Codice Iban:

DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA DA ALLEGARE AL MODULO DI DENUNCIA SINISTRO OPPURE DA INVIARE SUCCESSIVAMENTE QUALORA NON ANCORA DISPONIBILE ALLA DATA DI COMPILAZIONE DEL MODULO

FRATTURA OSSEA

- Certificato di pronto soccorso o analogha certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento
- Esame radiografico attestante la Frattura

LUSSAZIONE

- Certificato di pronto soccorso o analogha certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento
- Esame radiografico eseguito prima della riduzione

COMMOZIONE CEREBRALE

- Certificato di pronto soccorso o analogha certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento

USTIONE

- Certificato di pronto soccorso o analogha certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento

DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA

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

INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi, periodo di degenza, descrizione e codice ICD9 dell'Intervento chirurgico effettuato

MALATTIA GRAVE

- Cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza o, se non ancora disponibile, Diario clinico in copia conforme all'originale dal quale risultino la patologia ed il giorno della diagnosi
- Certificazione attestante l'esistenza in vita dell'Assicurato dopo il 30° giorno dalla diagnosi

PRESTAZIONE ODONTOIATRICA A SEGUITO DI INFORTUNIO

- Certificato di pronto soccorso o analoga certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento
- Certificazione medica attestante l'infornio, le fratture dentali, l'ortopantomica e le cure dentarie effettuate

DECESSO A SEGUITO DI INFORTUNIO

- Certificato di morte in originale
- Certificato di pronto soccorso o analoga certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento
- Certificato del 118 intervenuto o, in caso di Ricovero in Istituto di cura, copia conforme all'originale della cartella clinica
- Copia del referto autoptico
- Copia conforme all'originale del referto dell'Autorità di Pubblica Sicurezza o Giudiziarica da cui si possano rilevare le precise circostanze del decesso
- Certificato sostitutivo dell'atto di notorietà in originale o, in caso di eredi testamentari, copia autenticata del testamento e, in caso di eredi minori, autorizzazione del giudice tutelare alla riscossione dell'Indennizzo da parte del tutore

INVALIDITÀ PERMANENTE A SEGUITO DI INFORTUNIO

- Certificato di pronto soccorso o analoga certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento
- Certificato del 118 intervenuto o, in caso di Ricovero in Istituto di cura, copia conforme all'originale della cartella clinica
- Copia conforme all'originale del referto dell'Autorità di Pubblica Sicurezza o Giudiziarica eventualmente intervenute
- Dichiarazione dell'Ente Pubblico attestante il grado di invalidità permanente accertata

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, dopo aver ricevuto copia e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali riportata nelle Condizioni di assicurazione, ai sensi della normativa sulla privacy (D.lgs. n. 196/2003) acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, da parte di MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti, anche situati al di fuori dell'UE, indicati nella predetta informativa.

➡ Data (gg/mm/aa): Firma (*leggibile*) _____

Da inviare a METLIFE EUROPE LIMITED RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA, UFFICIO SINISTRI, VIA A. VESALIO N. 6, 00161 ROMA, oppure all'indirizzo email sinistri@metlife.it

MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, in virtù della Polizza Collettiva n. 167576, stipulata in qualità di Contraente con Inter Partner Assistance SA Rappresentanza Generale per l'Italia, offre gratuitamente ai bambini/ragazzi assicurati con la Polizza denominata "Protezione Junior" le prestazioni di Assistenza più avanti elencate. Resta inteso che MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia è esonerata da qualsiasi responsabilità in ordine all'esecuzione delle prestazioni di Assistenza previste.

POLIZZA COLLETTIVA N. 167576
SINTESI GARANZIE ASSICURATIVE REDATTE AI SENSI DEL REGOLAMENTO ISVAP N. 35/2010

Glossario

Assicurato: il bambino/ragazzo indicato nel Certificato di assicurazione della Polizza denominata "Protezione Junior";

Assistenza: l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un Sinistro, tramite la Centrale Operativa di Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia.

Centrale Operativa: la struttura organizzativa di Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Bernardino Alimena n. 111, 00173 Roma - costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.

Contraente: MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Andrea Vesalio n. 6 - 00161 Roma.

Domicilio: il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.

Infortunio: il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Istituto di cura: l'istituto universitario, ospedale, casa di cura, poliambulatorio diagnostico e/o terapeutico, regolarmente autorizzati per diagnosi e cure. Non sono convenzionalmente considerate strutture sanitarie per diagnosi e cure: gli stabilimenti termali, quelle con finalità prevalentemente dietologiche, per il benessere della persona, riabilitative, per convalescenza, lungo degenza o soggiorni, le strutture per anziani.

Italia: il territorio della Repubblica Italiana.

Massimale: la somma massima, stabilita nella Polizza, garantita dalla Società in caso di sinistro.

Paese di origine: ai termini della presente Polizza si intende l'Italia; il Paese dove è emessa la Polizza.

Polizza: il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Programma Assicurativo: si intende la Polizza "Protezione Junior" emessa dalla Contraente.

Residenza: il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso, futuro ed incerto, per il quale è prestata l'assicurazione.

Società: INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Bernardino Alimena n. 111 - 00173 Roma.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Per acquisire le Condizioni Generali di Assicurazione e le informazioni sulla procedura di liquidazione delle prestazioni assicurative, l'Assicurato potrà rivolgersi al Contraente della Polizza Collettiva al seguente indirizzo: **MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio n. 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.**

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società fornisce le garanzie di seguito specificate: **Assistenza**.

La durata della copertura assicurativa Assistenza coincide con la durata del Programma Assicurativo "Protezione Junior".

A. ASSISTENZA

A.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Estensione Territoriale

Le garanzie Assistenza, ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, sono valide per i sinistri avvenuti nei seguenti paesi: Albania, Andorra, Austria, Belgio, Bielorussia, Bosnia-Erzegovina, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia (comprese la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano) Lettonia, Liechtenstein, Lituania, Lussemburgo, F.Y.R.O.M. - Macedonia, Madera, Malta, Marocco, Moldavia, Monaco, Montenegro, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica

Ceca, Romania, Russia Europea (esclusi i Monti Urali) Serbia, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tunisia, Turchia, Ucraina, Ungheria. **Non sono in ogni caso fornite prestazioni né è garantita la copertura assicurativa in quei paesi in stato di belligeranza o guerra, anche se non dichiarata, sebbene compresi nell'elenco sopra riportato.**

Operatività della Polizza

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, le garanzie operano:

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno;
- con costi a carico della Società entro il limite di 3 sinistri per Assicurato per ciascun anno di validità della copertura;
- senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo sinistro;
- entro il limite del massimale previsto per ciascun tipo di prestazione di assistenza.

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 48 ore.

La Società, in caso di Infortunio dell'Assicurato, tramite la Centrale Operativa, organizza ed eroga, 24 ore su 24, le seguenti prestazioni:

Consulto medico telefonico

La Centrale Operativa è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente ad Infortunio o Malattia improvvisa del bambino/ragazzo Assicurato. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire: consigli medici di carattere generale; informazioni riguardanti: reperimento dei mezzi di soccorso; reperimento di medici generici; localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati; modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private; esistenza e reperibilità di farmaci. La Centrale Operativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

Consulto medico specialistico

Qualora il genitore del bambino/ragazzo Assicurato non riesca a reperire il proprio pediatra di fiducia e abbia necessità di valutare urgentemente lo stato di salute del bambino/ragazzo, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, potrà contattare direttamente il servizio medico della Centrale Operativa per ricevere una consulenza pediatrica.

I collegamenti telefonici si intendono limitati a 1 (una) volta l'anno per Assicurato.

Qualora non fosse possibile reperire immediatamente il medico specialista, l'Assicurato verrà richiamato entro le successive 8 (otto) ore lavorative.

Trasferimento sanitario programmato – Prestazione valida solo in Italia

Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della Centrale Operativa e d'intesa con il medico curante dell'Assicurato, la Centrale Operativa è a disposizione per organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo qualora, a seguito di Infortunio o Malattia, sia necessario: il suo trasferimento presso l'Istituto di Cura dove deve essere ricoverato; il suo trasferimento dall'Istituto di Cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso; il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione. La Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato con i costi a carico della Società e con i mezzi ritenuti più idonei a suo insindacabile giudizio, mediante: aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato; treno, prima classe, e, ove necessario, vagone letto; autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto. In base alle condizioni di salute dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà a fornire la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico. **Sono escluse dalla prestazione: le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa possono essere curate sul posto; le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali; tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato; tutte le spese diverse da quelle indicate; tutte le spese sostenute per malattie preesistenti.**

Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato – Prestazione valida solo all'estero

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero per un periodo superiore a 7 (sette) giorni e i familiari al suo seguito vogliano rimanergli accanto, la Società provvederà alle spese per il loro pernottamento in albergo entro il limite di € 80,00 per notte e per persona e € 500,00 per sinistro, purché il prolungamento riguardi un periodo successivo alla data di rientro inizialmente prevista. A tal fine la Società avrà la facoltà di richiedere documentazione attestante la durata del soggiorno inizialmente stabilita.

La prestazione si intende limitata alle sole spese di pernottamento e prima colazione, escludendo ogni spesa diversa da queste.

Assistenza infermieristica – Prestazione valida solo in Italia

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio Domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale) potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato. La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile. **La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni. La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 10 giorni per Sinistro e 2 (due) ore per giorno.**

Invio di fisioterapista – Prestazione valida solo in Italia

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura presso cui era ricoverato, di essere assistito presso il proprio Domicilio da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato. La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema al fine di offrire la migliore soluzione possibile. **La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni. La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 10 (dieci) giorni per Sinistro e 2 (due) ore per giorno.**

Invio di baby sitter – Prestazione valida solo in Italia

Qualora il genitore del bambino/ragazzo Assicurato, **nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura presso cui era ricoverato l'Assicurato stesso**, non sia in grado di occuparsi del figlio autonomamente e non vi sia nessun altro familiare in grado di provvedervi, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso la propria abitazione una baby sitter. **La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni. La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 giorni per sinistro e 3 (tre) ore per giorno.** Qualora l'organizzazione della prestazione non sia possibile, la Società rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute **entro il limite di € 200,00 per sinistro.** Il genitore dovrà comunque contattare preventivamente la Centrale Operativa.

Psicoterapeuta – Prestazione valida solo in Italia

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 30 (trenta) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, di essere assistito da uno Psicoterapeuta, dietro certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento di uno specialista convenzionato. Si specifica che le sedute avranno luogo presso lo studio dello Specialista. La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema al fine di offrire la migliore soluzione possibile. **La prestazione viene altresì fornita anche a favore dei Genitori dell'Assicurato, a seguito di infortunio occorso all'Assicurato, che abbia determinato uno choc nel genitore, certificato dal medico curante e tale da richiedere l'intervento di uno specialista. La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.** La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione **per un massimo di 30 (trenta) ore per Sinistro e fino alla concorrenza del massimale di € 2.000,00 per Sinistro e per anno.** Si specifica che i genitori avranno al facoltà di scegliere se usufruire di terapia familiare (unica seduta per entrambi i genitori) o individuale (un solo genitore).

Tutor a domicilio - Prestazione valida solo in Italia

Qualora l'Assicurato, nei 30 (trenta) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura presso cui era ricoverato, sia impossibilitato a riprendere i normali studi scolastici presso l'istituto che frequenta regolarmente ed abbia la necessità di ricevere lezioni scolastiche relative al programma di studi previsto dal predetto Istituto, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento di uno Tutor convenzionato. Si specifica che le lezioni avranno luogo presso il domicilio dell'Assicurato. **La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.** La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione **per un massimo di 30 (trenta) ore per Sinistro e fino alla concorrenza del massimale di € 1.500,00 per Sinistro.**

ART. 2 – ESCLUSIONI

Ferme le fattispecie di non assicurabilità sono esclusi dall'assicurazione gli eventi causati da:

- **dolo dell'Assicurato;**
- **suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;**
- **sinistri conseguenti all'uso di medicine in dosi non prescritte dal medico o stato di alcolismo acuto o cronico;**
- **invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, preesistenti note e conosciute all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture assicurative;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a reati e delitti dolosi, sommosse, tumulti popolari, risse (tranne per il caso di legittima difesa); guerra (anche non dichiarata), insurrezioni o operazioni militari; contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;**
- **uso o produzione di esplosivi;**
- **incidenti di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di deltaplani o ultraleggeri o di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota privo di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio, se pratica paracadutismo o sport aerei in genere;**

- pratica, a qualunque titolo, dei seguenti sport: paracadutismo, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), arti marziali in genere, atletica pesante, automobilismo, bob, canoa fluviale, football americano, guidoslitta, hockey a rotelle, hockey su ghiaccio, lotta nelle sue varie forme, motociclismo, motonautica, pugilato, rugby, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, speleologia, sport aerei in genere, sport subacquei relativamente ad immersioni con autorespiratore;
- partecipazione in qualità di tesserato, sotto l'egida delle relative Federazioni Sportive, a corse, gare e relativi allenamenti di: baseball, calcio, calcio a cinque (e simili), ciclismo, equitazione, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, sci e sci nautico;
- pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria;
- infezione da virus HIV o da sindrome o stato di immunodeficienza acquisita o sindromi o stati assimilabili;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, da accelerazioni di particelle atomiche (fissione, fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici e simili);
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- parto, gravidanza, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio dell'Assicurato;
- sindromi organiche cerebrali, stati paranoidi, stati depressivi, disturbi schizofrenici, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva);
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
- viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.

Sono inoltre previste le limitazioni che seguono:

- La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società;
- La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati;
- Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.

ART. 3 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI RICHIESTA DI ASSISTENZA

In caso di sinistro l'Assicurato, o chi agisce in sua vece, dovrà contattare la Centrale Operativa al:

numero verde 800.221812

numero nero 06.42115781

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, l'Assicurato dovrà inviare un fax al numero 06/4818960.

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste.

Inoltre, dovrà qualificarsi come Assicurato MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia del Programma Assicurativo denominato "Protezione Junior" e comunicare:

- cognome e nome;
- prestazione richiesta;
- n. polizza 167576;
- suo indirizzo o recapito temporaneo;
- numero di telefono al quale essere contattato.

La denuncia dovrà essere effettuata il più presto possibile e, in ogni caso, non oltre i 3 giorni successivi. L'inosservanza dei suddetti termini può compromettere il diritto alla prestazione.

A parziale deroga, resta inteso che, qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro entro i termini previsti, potrà farlo non appena ne sarà in grado e comunque entro i termini di legge (art. 2952 Codice civile.).

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.

La Società ha facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista e non perde il diritto di far valere, in qualunque momento ed in ogni caso, eventuali eccezioni anche se abbia iniziato la liquidazione delle prestazioni.

NOTA INFORMATIVA

1. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

La denominazione sociale dell'Impresa di Assicurazione che offre il prodotto assicurativo è Inter Partner Assistance SA Rappresentanza Generale per l'Italia.

▪ Informazioni generali

Inter Partner Assistance SA, Compagnia Internazionale di Assicurazioni e Riassicurazioni, con sede in Belgio, 1050 Bruxelles, Avenue Louise, 166, capitale sociale € 11.702.613,00 al 100% AXA Assistance, opera in Italia in regime di stabilimento.

Il contratto viene stipulato dalla Rappresentanza Generale per l'Italia con sede e Direzione Generale in Italia, Via Bernardino Alimena n. 111, 00173 Roma, Tel. 06 42118.1. E-mail direzione.italia@ip-assistance.com, Sito internet www.axa-assistance.it. Inter Partner Assistance SA, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia con D.M. 19 ottobre 1993 (G.U. del 23.10.1993 n. 250). Numero di iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione: I.00014. Part. I.V.A. 04673941003 - Cod. Fisc. 03420940151.

Inter Partner Assistance SA è assoggettata alla vigilanza della BNB (Banque Nationale de Belgique Boulevard de Berlaimont 14 BE-1000 Bruxelles).

2. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

▪ Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: la gestione dei sinistri è affidata alla struttura organizzativa di Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Bernardino Alimena n. 111, 00173 Roma.

▪ Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri preliminarmente devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e.mail) a: **Servizio Clienti di Inter Partner Assistance SA - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Bernardino Alimena n. 111, 00173 Roma.**

MetLife Protezione Junior



Mod. PIF2CS01 Ed. 06/2014
PEANUTS © 2014 Peanuts Worldwide

POLIZZA

Numero di polizza _____ Codice tariffa: _____
Ragione sociale intermediario: _____ Codice: _____

CONTRAENTE

Cognome		Nome		Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Data di nascita	
Comune di nascita (o Stato estero)			Prov.	Cittadinanza		Cod. Fiscale	
Indirizzo di residenza							
C.A.P.		Comune				Prov.	
Indirizzo per l'invio di comunicazioni (se diverso da Residenza)							
C.A.P.		Comune				Prov.	
N. di telefono		Cell./altro recapito tel.		E-mail			
Documento di Riconoscimento <input type="checkbox"/> Carta d'Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente				Numero		Scadenza	
Rapporto o grado di parentela con il bambino/i o ragazzo/i assicurato/i: <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Nonno/a <input type="checkbox"/> Zio/a e rispettivo coniuge <input type="checkbox"/> Bisnonno/a							

BAMBINI/RAGAZZI ASSICURATI

Cognome	Nome	Data di nascita
Cognome	Nome	Data di nascita
Cognome	Nome	Data di nascita
Cognome	Nome	Data di nascita
Cognome	Nome	Data di nascita

GENITORI ASSICURATI (OPZIONALE)

Cognome	Nome	Data di nascita
Cognome	Nome	Data di nascita

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

- Pacchetto base a protezione del bambino/ragazzo - Piano assicurativo** S M L XL
- Frattura ossea, lussazione, commozione cerebrale e ustione a seguito di infortunio
 - Ricovero a seguito di infortunio o malattia
 - Intervento chirurgico a seguito di infortunio o malattia
 - Malattia Grave
 - Prestazione odontoiatrica a seguito di infortunio
 - Assistenza
- Pacchetto opzionale a protezione del genitore - Piano assicurativo** S M L XL
- Decesso a seguito di infortunio
 - Invalidità Permanente a seguito di infortunio

Somme assicurate:
Vedi Tabelle A1 e A2 in allegato
al giorno
Vedi Tabella B in allegato

Fino a € 500
Inclusa

Vedi Tabella C in allegato

Decorrenza: dalle ore 24.00 del _____

Durata: annuale con tacito rinnovo

Premi annui al lordo delle imposte per le singole persone assicurate

1° bambino/ragazzo _____
2° bambino/ragazzo _____
3° bambino/ragazzo _____
4° bambino/ragazzo _____
5° bambino/ragazzo _____
Un genitore _____
Entrambi i genitori _____

Totale premi lordi _____
di cui imposte _____

Frazionamento premio _____
Premio totale di rata _____

MetLife Europe Limited 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), Lukas Ziewer (cittadino svizzero), Dirk Ostijn (cittadino belga), Roy Keenan, Alan Cook (cittadino inglese), Brenda Dunne, Nicolas Hayter (cittadino inglese). Sede secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe Limited, 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.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

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

- direttamente alla Compagnia tramite bonifico bancario in favore di MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, Banca Popolare Commercio & Industria Agenzia n. 67 IBAN IT82 P050 4803 2010 0000 0004 341;
- direttamente alla Compagnia tramite addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente

IBAN:

Mandato per addebito diretto SEPA

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

- MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia a richiedere alla Banca del sottoscritto l'addebito del suo conto;
- la Banca del sottoscritto a procedere all'addebito conformemente alle disposizioni impartite da MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia.

Luogo	Data	Firma (solo in caso di pagamento tramite addebito diretto)
		x

- all'Intermediario abilitato all'incasso

Spazio riservato all'intermediario

Il Contraente ha effettuato il pagamento di € _____ tramite _____
Luogo _____ Data _____ Firma/timbro dell'Intermediario _____

x

CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE E ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Il Contraente dichiara di aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale di cui all'art. 49 del Regolamento IVASS n. 5/2006, dei seguenti documenti che compongono il Fascicolo informativo Mod. PJF2FFN01 Ed. 06/2014 relativo al prodotto assicurativo: a) Nota informativa, comprensiva del glossario; b) Condizioni di assicurazione; c) Certificato di assicurazione e l'Elenco degli interventi chirurgici Mod. PJLNC01. Il Contraente si impegna a consegnare la predetta documentazione a ciascun Assicurato.

Il Contraente, dopo aver preso visione dell'Informativa precontrattuale, del Fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo e del Nomenclatore, aderisce alla copertura assicurativa offerta da MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia. Il Contraente dichiara che ciascun Assicurato soddisfa i requisiti di assicurabilità indicati all'art. 3 delle Condizioni di assicurazione.

Il Contraente conferma di aver fornito o scelto di non fornire le informazioni necessarie alla verifica sull'adeguatezza del contratto prima dell'adesione.

Avvertenza: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Luogo	Data	Firma
		x

Il Contraente dichiara inoltre di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di assicurazione contenute nel Fascicolo informativo e di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli delle Condizioni di assicurazione: art. 3 - Persone assicurabili e formalità di ammissione al Programma Assicurativo; art. 4 - Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo; art. 5 - Recesso / Disdetta; art. 7 - Prestazioni assicurate; art. 8 - Limitazioni / Esclusioni; art. 10 - Premio assicurativo; art. 15 - Arbitrato; art. 16 - Foro competente.

Luogo	Data	Firma
		x

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Contraente, dopo aver ricevuto copia e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali riportata nelle Condizioni di assicurazione, ai sensi della normativa sulla privacy (D.lgs. n. 196/2003) acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, da parte di MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti, anche situati al di fuori dell'UE, indicati nella predetta informativa.

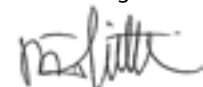
Luogo	Data	Firma
		x

Il Contraente acconsente inoltre all'utilizzo dei suoi dati personali da parte di MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, anche mediante i soggetti indicati nell'Informativa, per la realizzazione di rilevazioni sulla qualità dei servizi resi e per iniziative di informazione e promozione su prodotti e servizi assicurativi anche per telefono, fax o e-mail.

Luogo	Data	Firma
		x

MetLife Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia

Il Rappresentante Legale
Maurizio Taglietti



APPENDICE N. 1

COMPAGNIA: MetLife Europe Limited con Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. La presente Appendice è emessa dalla Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe Limited avente Sede in Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma

OGGETTO: Fascicolo informativo Protezione Junior

DECORRENZA: 01/10/2015

Con la presente Appendice, che costituisce parte integrante e sostanziale del Fascicolo informativo in oggetto, la Compagnia, a seguito dell'emanazione del Provvedimento IVASS n. 30 del 24 marzo 2015 recante modifiche al Regolamento Isvap n. 24 del 19 maggio 2008 e concernente sia la procedura di presentazione dei reclami all'Isvap che la gestione dei reclami stessi da parte delle imprese di assicurazione, modifica l'articolo reclami come di seguito riportato:

RECLAMI

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 qui di seguito indicati: MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Reclami, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, [Indirizzo e-mail reclami@metlife.it](mailto:Indirizzo_e-mail_reclami@metlife.it).

La Compagnia gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, nei seguenti casi:

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Compagnia non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto);
- 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 rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma, secondo le modalità di seguito indicate e corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia.

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.

Resta comunque salva la facoltà di ricorrere all'istituto della mediazione, come disciplinato dalla Legge n. 98/2013 e di adire l'Autorità Giudiziaria.

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

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 Limited 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/internalmarket/finances-retail/finnet/index_en.htm) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Resta inteso che la suddetta modifica troverà automatica applicazione in tutti gli articoli del Fascicolo Informativo in oggetto, prevalendo definitivamente sulle precedenti diverse disposizioni.

FERMO IL RESTO

Emessa in Roma, il 01/10/2015

MetLife Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Legale

