

# MetLife Europe d.a.c.

## Rappresentanza Generale per l'Italia

### db Infortuni

**Contratto di Assicurazione Infortuni per l'individuo e la famiglia**

**Convenzione assicurativa n. AH/18/11 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia**

**I documenti che compongono il Set informativo sono i seguenti:**

- **DIP Danni - Documento informativo precontrattuale danni**
- **DIP aggiuntivo Danni - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo danni**
- **Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario e dell'Informativa sul trattamento dei dati personali**
- **Facsimile del Modulo di adesione al Programma Assicurativo**

#### Informazione importante

La polizza assicurativa è **facoltativa** e **non è connessa ad alcun finanziamento** anche qualora la stessa sia venduta contestualmente alla sottoscrizione di un finanziamento e/o abbia una durata pari a quella del finanziamento e/o il premio assicurativo sia finanziato unitamente all'importo del finanziamento. Di conseguenza, **in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la polizza non cessa e rimarrà in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di premio o quota parte di premio.**

L'assicurato può **recedere** dal contratto mediante semplice richiesta scritta in forma libera da inviare alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R.

# Assicurazione Infortuni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo  
(DIP Danni)



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

Prodotto:  
db Infortuni - AH/18/11

Questo documento è stato aggiornato in data 17/05/2021 ed è l'ultimo disponibile

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

## Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza infortuni facoltativa che ha lo scopo di proteggere l'assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona. La banca, in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. AH/18/11, offre la polizza ai propri clienti.



## Che cosa è assicurato?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **Decesso** da infortunio  
Somma assicurata: € 70.000,00
- ✓ **Decesso** da infortunio su mezzo terrestre di trasporto privato  
Somma assicurata: € 140.000,00
- ✓ **Decesso** da infortunio su mezzo di trasporto pubblico  
Somma assicurata: € 210.000,00
- ✓ **Invalidità Permanente Totale** pari o superiore al 66% da infortunio  
Somma assicurata: € 70.000,00
- ✓ **Frattura ossea** da infortunio  
Somma assicurata: € 400,00, fino ad un massimo di € 1.200,00 per assicurato e per annualità assicurativa

Le garanzie Decesso da infortunio, Decesso da infortunio su mezzo terrestre di trasporto privato e Decesso da infortunio su mezzo di trasporto pubblico non sono cumulabili.



## Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ non soddisfano i requisiti di assicurabilità indicati nella sezione "A chi è rivolto questo prodotto?" del DIP aggiuntivo Danni;
- ✗ sono portatrici di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico.



## Ci sono limiti di copertura?

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

- ! partecipazione a guerra, insurrezione generale, occupazione militare ed invasione (tale esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- ! delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato, partecipazione attiva dell'assicurato a tumulti popolari, sommosse, delitti violenti in genere anche tramite l'utilizzo di sostanze chimiche, biologiche o dell'energia nucleare;
- ! abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- ! malattie mentali o nervose, siano esse dirette o indirette, se causa o concausa dell'evento;
- ! alcolismo acuto o cronico e ubriachezza accertata;
- ! tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- ! infortuni o malattie antecedenti alla data di adesione alla polizza;
- ! guida ed uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione subacquei, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove o collaudi, uso di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e 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 subacquei relativamente ad immersioni con autorespiratore;
- ! partecipazione in qualità di tesserato, sotto l'egida delle relative federazioni sportive, a corse, gare e relativi allenamenti;
- ! pratica di sport costituenti per l'assicurato attività professionale, principale o secondaria;
- ! servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- ! infarto;
- ! viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri.

Per la garanzia **Frattura ossea** sono escluse:

- ! le fratture delle ossa nasali; le infrazioni; i distacchi parcellari; le lesioni cartilaginee.



## Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.



## Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
- In caso di sinistro, hai il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto alla Compagnia e di presentare i documenti elencati nel modulo di denuncia.



## Quando e come devo pagare?

### Premio finanziato

Il premio è annuo e comprensivo di imposta. Il premio viene finanziato dalla Contraente per il numero di mensilità che hai scelto (12 o 24) ed è versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.

In caso di tacito rinnovo della polizza, il premio relativo alle annualità successive al numero di mensilità finanziate sarà frazionato su base mensile ed addebitato dalla Compagnia sul tuo conto corrente bancario senza oneri aggiuntivi a tuo carico.

### Premio mensile

Il premio è annuo e comprensivo di imposta. Il premio viene frazionato su base mensile ed addebitato dalla Compagnia sul tuo conto corrente bancario senza oneri aggiuntivi a tuo carico.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa inizia dalle ore 24.00 della data di pagamento del premio e rimane in vigore per un anno. Successivamente essa si **rinnova tacitamente** di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità, l'assicurato non abbia ancora compiuto 74 anni e la convenzione collettiva stipulata tra la Contraente e la Compagnia sia in vigore.



## Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento, hai diritto di recedere dal contratto **entro 60 giorni** dalla data di inizio della polizza. Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza, hai inoltre diritto di recedere dal contratto entro 60 giorni dalla data di pagamento o rifiuto dell'indennizzo. Puoi infine disdire il contratto ad ogni ricorrenza annuale con 30 giorni di preavviso.

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

Puoi recedere dal contratto o disdire la polizza mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** alla Compagnia presso il broker scrivendo a [Brokeronline April, casella postale 178, 26100 Cremona](mailto:Brokeronline April, casella postale 178, 26100 Cremona), oppure all'indirizzo e-mail: [brokeronlinebackoffice@pec.it](mailto:brokeronlinebackoffice@pec.it).

# Assicurazione Infortuni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo  
(DIP aggiuntivo Danni)

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



Prodotto: db Infortuni - AH/18/11

Questo documento è stato aggiornato in data 17/05/2021 ed è l'ultimo disponibile.

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

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

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

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

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

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2020 è pari a € 1.791.603.000,00 comprende capitale sociale emesso pari a € 4.379.000,00 rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 4.379.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 1.787.224.000,00. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c. è pari al 186%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 777.000.000 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 1.444.000.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 349.000.000. Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito <http://www.metlife.eu/financial-reports/>.

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

<b>Decesso da infortunio</b>	In caso di decesso a seguito di infortunio dell'assicurato, l'Impresa corrisponde agli aventi diritto un indennizzo pari a € 70.000,00.
<b>Decesso da infortunio su mezzo terrestre di trasporto privato</b>	In caso di decesso a seguito di infortunio stradale dell'assicurato, occorso al medesimo in qualità di: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ conducente o passeggero su mezzo terrestre di trasporto privato;</li><li>▪ pedone in caso di investimento da parte di mezzo terrestre di trasporto privato;</li></ul> l'Impresa corrisponde agli aventi diritto un indennizzo pari al doppio della somma assicurata relativa alla garanzia Decesso da infortunio, a condizione che l'assicurato, al momento del sinistro, sia in regola con le norme di sicurezza previste dalla tipologia del mezzo di trasporto utilizzato e dal Codice della Strada. Sono inclusi in garanzia anche gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie alla ripresa della marcia del veicolo in caso di avaria o guasto meccanico, oppure mentre sale a bordo del veicolo o ne discende.
<b>Decesso da infortunio su mezzo di trasporto pubblico</b>	In caso di decesso a seguito di infortunio dell'assicurato, occorso al medesimo in qualità di: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ passeggero su mezzo di trasporto pubblico;</li><li>▪ pedone in caso di investimento da parte di mezzo di trasporto pubblico;</li></ul> l'Impresa corrisponde agli aventi diritto un indennizzo pari al triplo della somma assicurata relativa alla garanzia Decesso da infortunio, a condizione che l'assicurato, al momento del sinistro, sia in regola con le norme di sicurezza previste dalla tipologia del mezzo di trasporto utilizzato e dal Codice della Strada. Sono inclusi in garanzia anche gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie alla ripresa della marcia del veicolo in caso di avaria o guasto meccanico, oppure mentre sale a bordo del veicolo o ne discende.
<b>Invalità Permanente Totale da infortunio - IPT</b>	In caso di IPT di grado pari o superiore al 66% da infortunio dell'assicurato, l'Impresa ti corrisponde un indennizzo pari a € 70.000,00, a condizione che l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità del contratto.
<b>Frattura ossea da infortunio</b>	In caso di Frattura ossea da infortunio, l'Impresa ti corrisponde un indennizzo pari a € 400,00, entro i massimali previsti dalla polizza.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

## OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

<b>Piano di garanzie</b>	In alternativa al Piano di garanzie Individuo, a protezione del solo contraente, è possibile scegliere il <b>Piano di garanzie Famiglia</b> che permette di estendere la copertura assicurativa al tuo nucleo familiare.
--------------------------	--



## Che cosa NON è assicurato?

<b>Rischi esclusi</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
-----------------------	---



## Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<b>Cosa fare in caso di sinistro?</b>	<b>Denuncia di sinistro:</b> i sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto all'Impresa presso il Broker all'indirizzo Brokeronline April, casella postale 178, 26100 Cremona, oppure all'indirizzo e-mail <a href="mailto:supportodb@brokeronline.it">supportodb@brokeronline.it</a> . La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale. Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere ai recapiti sopra indicati oppure telefonare al numero <b>800.92.13.13</b> dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00.
	<b>Assistenza diretta/in convenzione:</b> non prevista.
	<b>Gestione da parte di altre imprese:</b> non prevista.
	<b>Prescrizione:</b> l'assicurazione di cui al presente contratto è classificata nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sul rischio da assicurare (come ad esempio non dichiarare di essere portatore di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3) possono comportare la cessazione della polizza o la perdita del diritto a ricevere l'indennizzo.
<b>Obblighi dell'impresa</b>	In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa si impegna al pagamento di quanto dovuto entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa.



## Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
<b>Rimborso</b>	Hai diritto al rimborso del premio nei seguenti casi: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ perdita dei requisiti di assicurabilità o manifestazione di una condizione di inassicurabilità;</li> <li>▪ recesso dal contratto;</li> <li>▪ disdetta del contratto;</li> </ul> L'Impresa effettua il rimborso del premio al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	La polizza cessa: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in caso di decesso dell'assicurato;</li> <li>▪ al pagamento della prestazione relativa alla garanzia Invalidità Permanente Totale da infortunio;</li> <li>▪ qualora vengano meno i requisiti di assicurabilità o sopraggiunga una delle condizioni di inassicurabilità;</li> <li>▪ in caso di recesso dal contratto;</li> <li>▪ in caso di disdetta del contratto.</li> </ul>
<b>Sospensione</b>	Se non paghi il premio entro la scadenza di pagamento, la copertura della polizza si sospende dalle ore 24:00 del 30° giorno dopo la scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non ti saranno indennizzati. Puoi riattivare la copertura della polizza dalle ore 24:00 del giorno in cui paghi quanto dovuto, senza efficacia retroattiva.



## Come posso disdire la polizza?

<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
<b>Risoluzione</b>	Non prevista.



## A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto è rivolto alle persone che al momento dell'adesione alla polizza:

- siano residenti in Italia;
- siano munite di codice fiscale o tessera sanitaria italiani;
- abbiano un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti con riferimento all'aderente ed al coniuge, al partner civile o al convivente more uxorio dell'aderente e tra 0 e 56 anni non compiuti con riferimento ai figli dell'aderente.



## Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione (inclusi nell'importo del premio)	<b>Premio finanziato</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 65,00% del premio netto imposte relativo alle prime 12 o 24 mensilità finanziate</li> <li>▪ 60,00% del premio netto imposte relativo alle annualità successive al numero di mensilità finanziate</li> </ul>
	<b>Premio mensile</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 60,00% del premio netto imposte</li> </ul>

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'Impresa assicuratrice</b>	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o e-mail alla funzione Ufficio Reclami dell'Impresa, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati:</p> <p style="text-align: center;"><b>METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI</b> Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma   Fax 06.49216300   Indirizzo e-mail: <a href="mailto:reclami@metlife.it">reclami@metlife.it</a></p> <p>Il reclamante potrà presentare reclamo all'Impresa anche utilizzando il modello disponibile sul sito <a href="http://www.metlife.it">www.metlife.it</a> all'interno della sezione "Assistenza Clienti".</p> <p>Il reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.</p>
<b>All'IVASS</b>	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a>. Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>.</p> <p>In ogni caso, resta salva la facoltà di proporre il reclamo nei confronti dell'Autorità di Vigilanza dello Stato membro di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c. al seguente indirizzo: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland oppure Irish Financial Services Ombudsman, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Tel: +353 1 6620899, Fax: +353 1 6620890.</p>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria per le controversie relative ai contratti assicurativi.
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: <a href="http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm">http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm</a> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET).

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

## Condizioni di Assicurazione

db Infortuni - Convenzione assicurativa AH/18/11 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Questo documento è stato aggiornato in data 17/05/2021 ed è l'ultimo disponibile

Eventuali aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente documento potranno essere comunicati ai contraenti/assicurati in formato elettronico via e-mail, attraverso il sito internet della Compagnia [www.metlife.it](http://www.metlife.it) o nella loro area riservata, secondo quanto previsto dal Codice delle Assicurazioni Private e dal Regolamento Ivass n. 41/2018.

### Glossario

**Aderente:** la persona fisica che aderisce al Programma Assicurativo e corrisponde il Premio.

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

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

**Assicurato:**

- con riferimento al Piano di Garanzie Individuo, l'Aderente;
- con riferimento al Piano di Garanzie Famiglia, il Nucleo familiare.

**Broker:** April Italia S.r.l. con Sede Legale in Via Cappuccio, 13 – 20123 Milano (MI) iscritto alla Sezione B del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. B000141525, in data 16/04/2007.

**Certificato di assicurazione:** il documento che prova l'assicurazione.

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

**Contraente:** Deutsche Bank S.p.A. con sede legale e direzione generale in Piazza del Calendario, 3 - 20126 Milano, iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000027178, in data 01/02/2007.

**Contratto (o Polizza):** il contratto di assicurazione stipulato dall'Assicurato con la Compagnia, anche mediante Firma elettronica digitale.

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

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

**Esclusioni:** i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

**Firma elettronica digitale:** particolare tipo di firma elettronica avanzata basata su un certificato qualificato e su un sistema di chiavi crittografate che consente, al titolare tramite la chiave privata e al destinatario tramite la chiave pubblica, di rendere manifesta e di verificare la provenienza e l'integrità di un documento informatico.

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

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

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

**Infortunio stradale:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che si verifica sulla strada o sulle sue pertinenze, in cui rimangono coinvolti veicoli, esseri umani o animali, fermi o in movimento, e dal quale derivino lesioni obiettivamente constatabili.

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

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

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

**Mezzo terrestre di trasporto privato:** mezzo terrestre proprio o di terzi a qualsiasi titolo posseduto, di peso complessivo a pieno carico fino a 35 quintali, quale a titolo esemplificativo: autovettura; rimorchio (carrello, appendice, roulotte) trainato da autovettura; autocarro; autocaravan e camper; ciclomotore; motociclo; bicicletta o altro veicolo a braccia.

**Mezzo di trasporto pubblico:** qualsiasi mezzo destinato al trasporto pubblico di persone e di cose.

**Modulo di adesione al Programma Assicurativo:** il documento sottoscritto dall'Assicurato, anche mediante Firma elettronica digitale, che prova l'adesione al Programma Assicurativo.

**Nucleo familiare:** comprende le persone fisiche di seguito indicate, a condizione che sia presente nello stato di famiglia:

- l'Aderente;
- una delle seguenti persone a scelta dell'Aderente:
  - il coniuge dell'Aderente non divorziato o separato legalmente;
  - il partner unito civilmente con l'Aderente (l. 76/2016) non divorziato;
  - il convivente more uxorio dell'Aderente, a condizione che sia stabilmente convivente con l'Aderente nella stessa residenza.
- i figli dell'Aderente, compresi i minori legalmente affidati o adottati, fiscalmente "a carico".

**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.

**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.

### ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

Si tratta di una Polizza infortuni **facoltativa** che ha lo scopo di proteggere l'Assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona. La banca, in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. AH/18/11, offre la polizza ai propri clienti.

La Polizza **non è connessa ad alcun finanziamento** anche qualora la stessa sia venduta contestualmente alla sottoscrizione di un finanziamento e/o abbia una durata pari a quella del finanziamento e/o il Premio sia finanziato unitamente all'importo del

finanziamento. Di conseguenza, **in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la Polizza non cessa e rimarrà in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio o quota parte di Premio.**

L'assicurazione è assunta dalla Compagnia in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni dell'Aderente.

## **ART. 2 – GARANZIE**

Il Programma Assicurativo offerto dalla Compagnia comprende le garanzie di seguito indicate:

- a) Decesso a seguito di Infortunio;**
- b) Decesso a seguito di Infortunio su Mezzo terrestre di trasporto privato;**
- c) Decesso a seguito di Infortunio su Mezzo di trasporto pubblico;**
- d) Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio;**
- e) Frattura ossea a seguito di Infortunio.**

**Avvertenza: le prestazioni di cui alle garanzie a), b) e c) non sono cumulabili.**

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, tuttavia **la garanzia Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che sia abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.**

L'Aderente, al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, ha facoltà di scegliere tra 2 distinti Piani di Garanzie:

- **Piano di Garanzie Individuo:** le garanzie operano a favore dell'Aderente;
- **Piano di Garanzie Famiglia:** le garanzie operano a favore del Nucleo familiare.

### **Oggetto del Contratto**

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 senza carattere di professionalità attinente al tempo libero, alla vita di relazione o alla ricreazione.

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, sommosse e delitti violenti in genere ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici e fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico aereo regolare e i voli su aeromobili di autorità Civili e Militari durante servizio regolare di traffico civile; **sono comunque esclusi i viaggi ed i voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;**
- gli infortuni subiti durante lo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) insurrezione, occupazione militare ed invasione per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se l'Assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dal territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano in un paese fino ad allora in pace;
- gli infortuni causati da malessere o malore e dagli stati di incoscienza che non siano provocati dall'abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni o da alcolismo acuto o cronico;
- le lesioni determinate da sforzi, **esclusi gli infarti;**
- le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo, con l'intesa che:
  - qualora l'ernia risulti operabile, non verrà riconosciuto alcun Indennizzo;
  - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà riconosciuto solamente il grado di invalidità permanente accertato, con il limite massimo del 10% dell'invalidità permanente totale.

## **ART. 3 – PERSONE ASSICURABILI E CONCLUSIONE DEL CONTRATTO**

### **3.1 – Persone assicurabili**

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

- a) siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana;**
- b) siano muniti di codice fiscale o tessera sanitaria italiani;**
- c) abbiano un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti con riferimento all'Aderente, al coniuge, al partner civile e al convivente more uxorio dell'Aderente e tra 0 e 56 anni non compiuti con riferimento ai figli dell'Aderente.**

**Non sono assicurabili le persone fisiche che siano portatrici di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico.**

Qualora in corso di Contratto l'Assicurato dovesse perdere i requisiti di assicurabilità oppure dovesse sopraggiungere una condizione di non assicurabilità di cui al presente articolo, il Programma Assicurativo cessa alla data in cui la condizione di non assicurabilità è divenuta nota o è stata diagnosticata all'Assicurato ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dalla Compagnia. In tal caso la Compagnia restituirà all'Aderente 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. Resta inteso che nel caso in cui sia stato prescelto il Piano di Garanzie Famiglia, il Programma Assicurativo continua ad operare, fino al termine dell'Annualità assicurativa in corso, con riferimento agli altri componenti del Nucleo familiare.



### 3.2 – Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione, anche mediante Firma elettronica digitale, del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Aderente.

In caso di sottoscrizione del Modulo di adesione con Firma elettronica digitale, l'Assicurato potrà richiedere il rilascio di una copia cartacea dei documenti sottoscritti. Per tutto il periodo in cui la Compagnia è tenuta per legge a conservare la documentazione sottoscritta dall'Assicurato, quest'ultimo potrà richiedere un duplicato informatico o una copia cartacea del documento informatico sottoscritto.

### 3.3 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

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

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

## ART. 4 – DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24,00 della data di pagamento del Premio e rimane in vigore per un anno. Successivamente essa si intenderà tacitamente rinnovata, di anno in anno, **a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 3.1 lett. a) e b), gli assicurati non abbiano ancora compiuto 74 anni, il Premio sia pagato e la Convenzione assicurativa stipulata tra la Contraente e la Compagnia sia in vigore**, salvo disdetta da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 5.2.

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato;
- b) al pagamento della prestazione relativa alla garanzia Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio;
- c) qualora, in corso di Contratto, l'Assicurato dovesse perdere i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 3.1 lett. a) e b) oppure dovesse sopraggiungere una delle condizioni di non assicurabilità di cui all'art. 3.1;
- d) in caso di esercizio del diritto di recesso;
- e) in caso di esercizio del diritto di disdetta.

Nei casi a), b) non è dovuta alcuna restituzione di Premio. Nei casi c), d), e) la Compagnia procederà alla restituzione del Premio così come indicato agli artt. 3.1, 5.1 e 5.2.

Con riferimento ai casi a), b), c) resta inteso che, nel caso in cui sia stato prescelto il Piano di Garanzie Famiglia, il Programma Assicurativo continua ad operare, fino al termine dell'Annualità assicurativa in corso, con riferimento agli altri componenti del Nucleo familiare.

### Informazione importante

La Polizza **non è connessa ad alcun finanziamento** anche qualora la stessa sia venduta contestualmente alla sottoscrizione di un finanziamento e/o abbia una durata pari a quella del finanziamento e/o il Premio sia finanziato unitamente all'importo del finanziamento. Di conseguenza, **in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la Polizza non cessa e rimarrà in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio o quota parte di Premio.**

## ART. 5 – RECESSO E DISDETTA

### 5.1 Recesso

L'Aderente ha diritto di recedere dal Contratto **entro 60 giorni** dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** alla Compagnia presso il Broker scrivendo a **Brokeronline April, Casella Postale 178, 26100 Cremona, oppure all'indirizzo e-mail: [brokeronlinebackoffice@pec.it](mailto:brokeronlinebackoffice@pec.it)**. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione. In tal caso, la Compagnia, per il tramite della Contraente, restituirà all'Aderente, il Premio eventualmente già pagato al netto delle imposte e della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso. Per informazioni ed assistenza sulle modalità di esercizio del diritto di recesso è possibile contattare la Compagnia presso il Broker scrivendo ai recapiti sopra indicati oppure al numero telefonico **800.92.13.13** dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00.

Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Polizza, l'Aderente e la Compagnia hanno diritto di recedere dal Contratto 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 dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione. In tal caso, la Compagnia, per il tramite della Contraente, restituirà all'Aderente, il Premio eventualmente già pagato al netto delle imposte e della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

## 5.2 Disdetta

L'Aderente e la Compagnia ha diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza annuale, con conseguente cessazione della copertura assicurativa, a mezzo di **lettera raccomandata A/R** indirizzata alla Compagnia presso il Broker scrivendo a **Brokeronline April, Casella Postale 178, 26100 Cremona, oppure all'indirizzo e-mail: [brokeronlinebackoffice@pec.it](mailto:brokeronlinebackoffice@pec.it), con preavviso di 30 giorni sulla data di scadenza.** In tal caso, la Compagnia, per il tramite del Broker, restituirà all'Aderente il Premio eventualmente già pagato al netto della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

## ART. 6 – PRESTAZIONI ASSICURATE

**Avvertenza: le prestazioni assicurate a), b) e c) non sono cumulabili.**

### a) Decesso a seguito di Infortunio

In caso di decesso a seguito di Infortunio dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 7, corrisponde agli aventi diritto un Indennizzo pari a € 70.000,00.

### b) Decesso a seguito di Infortunio su Mezzo terrestre di trasporto privato

In caso di decesso a seguito di Infortunio stradale dell'Assicurato, occorso al medesimo in qualità di:

- conducente o passeggero su Mezzo terrestre di trasporto privato;
- pedone in caso di investimento da parte di Mezzo terrestre di trasporto privato;

la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 7, corrisponde agli aventi diritto un Indennizzo pari al doppio della somma assicurata relativa alla garanzia a) Decesso a seguito di Infortunio, **a condizione che l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia in regola con le norme di sicurezza previste dalla tipologia del mezzo di trasporto utilizzato e dal Codice della Strada.**

Sono inclusi in garanzia anche gli infortuni che l'Assicurato subisca durante le operazioni necessarie alla ripresa della marcia del veicolo in caso di avaria o guasto meccanico, oppure mentre sale a bordo del veicolo o ne discende.

### c) Decesso a seguito di Infortunio su Mezzo di trasporto pubblico

In caso di decesso a seguito di Infortunio dell'Assicurato, occorso al medesimo in qualità di:

- passeggero su Mezzo di trasporto pubblico;
- pedone in caso di investimento da parte di Mezzo di trasporto pubblico;

la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 7, corrisponde agli aventi diritto un Indennizzo pari al triplo della somma assicurata relativa alla garanzia a) Decesso a seguito di Infortunio, **a condizione che l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia in regola con le norme di sicurezza previste dalla tipologia del mezzo di trasporto utilizzato e dal Codice della Strada.**

Sono inclusi in garanzia anche gli infortuni che l'Assicurato subisca durante le operazioni necessarie alla ripresa della marcia del veicolo in caso di avaria o guasto meccanico, oppure mentre sale a bordo del veicolo o ne discende.

Qualora il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia corrisponde agli aventi diritto la somma sopraindicata. La liquidazione non potrà avvenire prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e seguenti c.c. Nel caso in cui, dopo la liquidazione, dovesse risultare che il decesso non si sia verificato o che comunque non sia dipeso da Infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia avrà diritto alla restituzione della somma liquidata.

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alle garanzie a), b) e c) del Programma Assicurativo.

Considerata la somma assicurata pari a € 70.000,00, la Compagnia corrisponde agli aventi diritto un Indennizzo pari:

- alla somma assicurata, ovvero € 70.000,00, in caso di decesso a seguito di Infortunio dell'Assicurato;
- al doppio della somma assicurata, ovvero € 140.000,00, in caso di decesso a seguito di Infortunio stradale occorso all'Assicurato in qualità passeggero su Mezzo terrestre di trasporto privato;
- al triplo della somma assicurata, ovvero € 210.000,00, in caso di decesso a seguito di Infortunio occorso all'Assicurato in qualità passeggero su Mezzo di trasporto pubblico.

### d) Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio

Per Invalidità Permanente Totale si intende la perdita totale e permanente di grado pari o superiore al 66% della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione esercitata. L'Invalidità Permanente Totale deve essere stata causata da Infortunio oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato. Per il calcolo del grado di invalidità permanente si conviene di adottare come riferimento la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche. Lo stato di Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato viene accertato secondo le modalità stabilite all'art. 10 e secondo la definizione ed i criteri di Indennizzo di cui al presente articolo. Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato prima che la Compagnia abbia accertato la stabilizzazione dei postumi invalidanti ed il decesso non sia indennizzabile a termini di polizza, gli eredi dell'Assicurato potranno comunque dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea a provare lo stato di Invalidità Permanente.

#### Criteri di Indennizzo

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

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

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

In caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 7, corrisponde al medesimo un Indennizzo pari a € 70.000,00.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'**Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Contratto;**
- l'**Invalidità Permanente Totale si sia verificata, anche successivamente alla scadenza del Contratto, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio.**

#### e) **Frattura ossea a seguito di Infortunio.**

In caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati nel presente articolo e all'art. 7, corrisponde al medesimo un Indennizzo pari a € 400,00, **fino ad un massimo di 3 sinistri** per persona e per Annualità assicurativa.

L'**Indennizzo massimo complessivo** per persona e per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero dei sinistri e delle fratture ossee riportate, è pari a € 1.200,00.

La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione del certificato di pronto soccorso e dell'esame radiografico attestante la Frattura ossea, **a condizione che:**

- l'**Infortunio si sia verificato durante il periodo di validità del Contratto;**
- **la Frattura ossea sia stata diagnosticata entro 30 giorni dalla data dell'Infortunio.**

**Sono escluse dalla copertura assicurativa: le fratture delle ossa nasali; le infrazioni; i distacchi parcellari; le lesioni cartilaginee.**

Nel caso in cui venga denunciato un Sinistro e contemporaneamente, a seguito della documentazione medica prodotta, si evidenzia che l'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 garanzia Frattura ossea a seguito di Infortunio. Resta inteso che in caso di adesione al Piano di Garanzie Individuo, l'Assicurato continua ad usufruire di tutte le altre garanzie previste dal Programma Assicurativo fino al termine dell'Annualità assicurativa in corso, dopodiché il Programma Assicurativo cessa. Nel caso in cui, invece, sia stato scelto il Piano di Garanzie Famiglia, il Programma Assicurativo rimane attivo e la garanzia Frattura ossea a seguito di Infortunio continua ad operare con riferimento agli altri componenti del Nucleo familiare.

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

Considerato un Indennizzo pari a € 400,00 per Frattura ossea ed il limite massimo di € 1.200,00 per Annualità assicurativa, in caso di 4 fratture ossee tra quelle garantite occorse all'Assicurato nella medesima Annualità assicurativa, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari ad € 1.200,00.

## **ART. 7 – LIMITAZIONI / ESCLUSIONI**

**Avvertenza: la Compagnia non sarà tenuta 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.**

### **Esclusioni**

**Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:**

- **partecipazione a guerra, insurrezione generale, occupazione militare ed invasione (tale esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);**

- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, delitti violenti in genere anche tramite l'utilizzo di sostanze chimiche, biologiche o dell'energia nucleare;
- abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- malattie mentali o nervose, siano esse dirette o indirette, se causa o concausa dell'evento;
- Alcolismo e ubriachezza accertata;
- tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- infortuni o malattie antecedenti alla data di adesione al Programma Assicurativo;
- guida ed uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione subacquei, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove o collaudi, uso di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e 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 subacquei relativamente ad immersioni con autorespiratore;
- partecipazione in qualità di tesserato, sotto l'egida delle relative Federazioni Sportive, a corse, gare e relativi allenamenti;
- pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria;
- servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- infarto.

## ART. 8 – AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO IN CORSO DI VALIDITÀ CONTRATTUALE

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni dello stato di salute o della professione dell'Assicurato intervenute in corso di Contratto, salvo quanto previsto all'art. 3.1 delle Condizioni di assicurazione.

## ART. 9 – PREMIO ASSICURATIVO

### 9.1 – Premio finanziato

Il Premio è annuo. Il Premio viene finanziato dalla Contraente - per il numero di mensilità prescelto dall'Aderente (12 o 24) - e versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.

L'importo del Premio è pari a quanto di seguito indicato in funzione del Piano di Garanzie e del numero di mensilità del Premio finanziate:

PIANO DI GARANZIE	NUMERO DI MENSILITÀ FINANZIATE	
	12	24
Individuo	€ 220,00	€ 440,00
Famiglia	€ 415,00	€ 830,00

In caso di tacito rinnovo del Programma Assicurativo, il Premio relativo alle annualità successive al numero di mensilità finanziate, sarà frazionato su base mensile ed addebitato dalla Compagnia sul conto corrente bancario dell'Aderente senza oneri aggiuntivi a suo carico. Il Premio è pari a: € 18,50 al mese in caso di adesione al Piano di Garanzie Individuo; € 35,00 al mese in caso di adesione al Piano di Garanzie Famiglia.

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.

### 9.2 – Premio mensile

Il Premio è annuo. Il Premio viene frazionato su base mensile ed addebitato dalla Compagnia sul conto corrente bancario dell'Aderente senza oneri aggiuntivi a suo carico. Il Premio è pari a: € 18,50 al mese in caso di adesione al Piano di Garanzie Individuo; € 35,00 al mese in caso di adesione al Piano di Garanzie Famiglia.

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.

### 9.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento del Premio

Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se l'Aderente non paga il Premio o la prima rata di Premio stabilita dal Contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Aderente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute l'Aderente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dalla Compagnia.

L'Aderente può riattivare la copertura assicurativa versando i premi mancanti. In questo caso, l'assicurazione riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui l'Aderente paga quanto è da lui dovuto senza efficacia retroattiva. Pertanto, eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione dell'assicurazione non saranno in ogni caso indennizzati dalla Compagnia.

## ART. 10 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia presso il Broker all'indirizzo **Brokeronline April, casella postale 178, 26100 Cremona**, oppure all'indirizzo e-mail [supportodb@brokeronline.it](mailto:supportodb@brokeronline.it). La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale. Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere ai recapiti sopra indicati oppure telefonare al numero **800.92.13.13** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00.

La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati nel modulo di denuncia. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. Resta inteso che in caso di denuncia incompleta la Compagnia, per il tramite del Broker, comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella indicata nel

modulo di denuncia Sinistro, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione in relazione alla storia e alla natura del Sinistro.

La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate.

**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 si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.**

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

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere gli **originali di Polizza** o dei **documenti presentati per la valutazione del Sinistro** qualora il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione contrattuale in possesso della Compagnia e/o quest'ultima contesti l'autenticità della Polizza o dei documenti ad essa inviati in fase di Sinistro.

## **ART. 11 – RECLAMI**

### **11.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o e-mail alla funzione Ufficio Reclami dell'Assicuratore, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati:

#### **METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI**

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

Il reclamante potrà presentare reclamo all'Assicuratore anche utilizzando il modello disponibile sul sito [www.metlife.it](http://www.metlife.it) all'interno della sezione "Assistenza Clienti".

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

### **11.2 – Reclami all'Intermediario**

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

### **11.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ART. 12 – 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 d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma** oppure attraverso il sito web all'indirizzo

[www.metlife.it](http://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](http://www.metlife.it), nella quale visualizzare le informazioni sulla propria polizza assicurativa.

#### **ART. 13 – LEGGE APPLICABILE**

Al Contratto si applica la legge italiana.

#### **ART. 14 – FORO COMPETENTE E PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE**

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

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

#### **ART. 15 – 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. 16 – ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI**

L'Aderente è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto all'Assicuratore dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

**In nessun caso sarà possibile sottoscrivere per la stessa persona fisica più di 2 programmi assicurativi relativi alla medesima Convenzione assicurativa. Qualora dovesse verificarsi tale eventualità, la Compagnia considererà validi esclusivamente i programmi assicurativi sottoscritti con la data più remota e restituirà all'Aderente i premi incassati al netto delle imposte in relazione ai Programmi Assicurativi stipulati indebitamente.** La presente disposizione non si applica nel caso in cui l'Assicurato dovesse risultare coperto per il medesimo rischio nella condizione di aderente ad una polizza collettiva stipulata da una persona giuridica.

#### **ART. 17 – 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.

## **INFORMATIVA PRIVACY**

Gentile Cliente,

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Quali sono i suoi diritti?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Come contattarci o chiedere aiuto

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

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

#### Come possiamo contattarla

Possiamo contattarla attraverso uno o più dei seguenti canali di comunicazione: telefono, mail, e-mail, messaggi SMS, messaggistica istantanea o attraverso altri mezzi di comunicazione elettronici. Archiviamo le chiamate ed altre registrazioni di comunicazioni in sicurezza secondo quanto previsto dalle nostre politiche di conservazione dalle altre Leggi applicabili. L'accesso a tali registrazioni è limitato agli individui che hanno la necessità di accedervi per le finalità indicate nella presente Informativa.

#### Come proteggiamo i suoi dati personali

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

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

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

#### Comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e sondaggi

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

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

#### A chi possono essere comunicati i suoi dati

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

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

sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni, pubbliche Autorità.

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

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

#### **Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?**

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

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

#### **Per quali finalità di trattamento potremmo chiederle il consenso**

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

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

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

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

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

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





## Informativa Privacy

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

Gentile Cliente,

ad integrazione delle informazioni che le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa e riportate nell'informativa sulla Privacy integralmente consultabile nella nostra pagina web dedicata alla Privacy sul sito [www.metlife.it](http://www.metlife.it), la informiamo che i dati personali, incluse le particolari categorie di dati<sup>1</sup>, da lei forniti con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria, saranno utilizzati da MetLife al fine di accertare la sussistenza delle condizioni per la liquidazione del sinistro e per procedere all'eventuale indennizzo. Tenuto conto che nella gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe essere necessario disporre dei dati di terzi (a titolo esemplificativo: dell'assicurato, se diverso dall'aderente; del beneficiario; dell'esercente la potestà di genitore in caso si trattino i dati di un minore di età) le precisiamo che è suo onere consegnare la presente informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati, acquisendo il consenso ove necessario. Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto in base alla vigente normativa deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente informativa. Il trattamento di tali dati risulta pertanto necessario alla valutazione della richiesta di indennizzo.

I dati personali forniti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, dal personale preposto alla gestione e liquidazione dei sinistri nell'ambito delle strutture della Società ed ivi conservati per il tempo strettamente necessario alle finalità sopra descritte.

Tali dati potranno, inoltre, essere comunicati e trattati da società e/o professionisti di nostra fiducia o da pubbliche Autorità<sup>2</sup>, qualora necessario per esigenze connesse alla gestione delle obbligazioni contrattuali, per l'elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri, per la condivisione di informazioni connesse alla gestione di eventuali contenzioni, nonché per l'adempimento di obblighi di legge. L'elenco completo ed aggiornato dei soggetti a cui i dati potrebbero essere comunicati è disponibile presso la sede della Società.

La invitiamo a consultare l'informativa Privacy di MetLife sul sito [www.metlife.it](http://www.metlife.it), dove troverà ogni ulteriore informazione e aggiornamenti in merito a quali sono i suoi diritti e come esercitarli (cioè l'accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento, l'opposizione al trattamento, la portabilità dei dati e il diritto di ottenere chiarimenti in merito alle decisioni automatizzate) i recapiti del Responsabile della Protezione dei dati per ogni comunicazione o reclamo, il periodo di conservazione dei suoi dati, i soggetti a cui i dati possono essere comunicati per la gestione del contratto, anche se in paesi fuori dall'Unione Europea, nel rispetto delle disposizioni di legge e Regolamento vigenti per la tutela della Privacy.

### Presenza visione dell'Informativa Privacy e consenso al trattamento delle particolari categorie di dati

Ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiaro di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte di MetLife - in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabili su [www.metlife.it](http://www.metlife.it), nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei miei dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati, **acconsento al trattamento dei dati sanitari ai fini della trattazione del sinistro.**

<input checked="" type="checkbox"/>	/ /	Firma dell'Assicurato / Esercente la potestà o del tutore per assicurati minorenni
	Data (gg/mm/aa)	
<input checked="" type="checkbox"/>	/ /	Firma del Denunciante se diverso dall'Assicurato
	Data (gg/mm/aa)	

<sup>1</sup> Per "particolari categorie di dati personali", ai sensi della normativa vigente, si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare lo stato di salute dell'interessato, nonché l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, la vita sessuale e i dati giudiziari.

<sup>2</sup> In particolare, alcuni suoi dati potranno essere comunicati a: (i) soggetti facenti parte della nostra rete di vendita; (ii) società di Nostra fiducia, anche situate all'estero in Paesi appartenenti all'Unione Europea che svolgono per Nostro conto attività e servizi strettamente connessi alla vendita ed alla gestione di prodotti assicurativi e che utilizzeranno i suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento. In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); call center; legali, tutori, curatori, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia; società di amministrazione del portafoglio, studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza, nonché società di servizio cui siano eventualmente affidate: la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; la gestione dei servizi e dei sistemi informatici; l'archiviazione della documentazione relativa ai rapporti contrattuali; attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; (iii) enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge (es. obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ANIA, IVASS, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni, pubbliche Autorità.

## MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO FACOLTATIVO

Questo documento è stato aggiornato in data 17/05/2021 ed è l'ultimo disponibile

**Polizza db Infortuni Premio finanziato - Convenzione assicurativa n. AH/18/11 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. (la Compagnia)**

### DATI RELATIVI ALL'ADERENTE/ASSICURATO

Nome:		Cognome:	
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale:		Recapito Telefonico:	
Indirizzo di Residenza:		Cap:	Comune:
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza):		Cap:	Comune:
Indirizzo Email:			
Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente		Numero:	
Data di Rilascio:	Data di Scadenza:	Comune o Stato Estero ed Ente di Rilascio:	

### DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE/ASSICURATO – AVVERTENZE

a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Aderente/Assicurato per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

b) Prima della sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo facoltativo, l'Aderente/Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso contenute con particolare attenzione, qualora previsto, al questionario anamnestico.

c) Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Aderente/Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

d) Ai sensi dell'art. 22 della Legge n. 221/2012 e dell'art. 42 del Regolamento Ivass n. 41/2018, si segnala la possibilità per l'Aderente/Assicurato di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia.

e) Per le polizze vita, qualora la Compagnia si trovi nell'impossibilità di effettuare, a seguito di eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, l'adeguata verifica dell'Aderente/Assicurato, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare il Contratto e valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF.

### INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il sottoscritto dichiara di:

- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle proprie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del contratto con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione, ai sensi dell'art. 58 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo facoltativo, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018:
  - in formato cartaceo, in caso di sottoscrizione della Polizza con firma autografa;
  - in formato elettronico all'indirizzo e-mail fornito, in caso di sottoscrizione della Polizza con Firma elettronica digitale o tramite Sito internet, con facoltà di chiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo direttamente alla Contraente.

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

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiaro di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Compagnia in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabile su [www.metlife.it](http://www.metlife.it), nella sezione dedicata alla privacy.

Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei miei dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati, **acconsento al trattamento di categorie particolari di dati personali** per l'emissione e gestione del contratto.

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

### ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO FACOLTATIVO

**Convenzione assicurativa n. AH/18/11 stipulata da Deutsche Bank Spa con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. (la Compagnia)**

**Informazione importante:** la Polizza è facoltativa e non è connessa ad alcun finanziamento anche qualora la stessa sia venduta contestualmente alla sottoscrizione di un finanziamento e/o abbia una durata pari a quella del finanziamento e/o il Premio sia finanziato unitamente all'importo del finanziamento. Di conseguenza, **in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la Polizza non cessa e rimarrà in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio o quota parte di Premio.**

Durata del Programma Assicurativo: 1 anno con tacito rinnovo

Numero di mensilità del Premio finanziate: \_\_\_\_\_

Piano di Garanzie: \_\_\_\_\_

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:

- Decesso** a seguito di Infortunio
- Decesso** a seguito di Infortunio su Mezzo terrestre di trasporto privato
- Decesso** a seguito di Infortunio su Mezzo di trasporto pubblico
- Invaldità Permanente Totale** di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio
- Frattura ossea** a seguito di Infortunio

Preso visione dell'informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo, dichiaro:

- di aderire al Programma Assicurativo, anche mediante Firma elettronica digitale;
- di essere a conoscenza che la Polizza è **facoltativa e non è connessa ad alcun finanziamento** anche qualora la stessa sia venduta contestualmente alla sottoscrizione di un finanziamento e/o abbia una durata pari a quella del finanziamento e/o il Premio sia finanziato unitamente all'importo del finanziamento, e che di conseguenza, **in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la Polizza non cessa e rimarrà in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio o quota parte di Premio;**
- di essere consapevole che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 dalla data di pagamento del Premio e rimane in vigore per 1 anno e che successivamente essa si intenderà tacitamente rinnovata, di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità indicati all'art. 3.1 delle Condizioni di assicurazione, il Premio sia pagato e la Convenzione assicurativa stipulata tra la Contraente e la Compagnia sia in vigore, salvo disdetta da esercitarsi mediante lettera raccomandata A.R. con preavviso di 30 giorni sulla data di scadenza;
- di essere consapevole che alla scadenza del numero di mensilità del Premio finanziate sopraindicato, il Premio relativo alle successive annualità assicurative sarà frazionato su base mensile ed addebitato sul conto corrente da me indicato nel presente modulo o successivamente;

5. di essere a conoscenza del diritto di recedere senza alcuna penalità e senza dover indicare il motivo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa secondo quanto specificato nelle Condizioni di assicurazione;
6. che tutti gli assicurati rispettano i requisiti di assicurabilità indicati nelle Condizioni di assicurazione;
7. di prendere atto che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia nel corso del rapporto contrattuale potranno essere effettuate in formato elettronico via email, attraverso il sito internet della Compagnia [www.metlife.it](http://www.metlife.it) o, se disponibile, nella mia area riservata, come da scelta effettuata da Deutsche Bank S.p.A. nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco, nel rispetto dell'art.120-quater del Codice delle Assicurazioni Private e dell'art. 4 del Regolamento Ivass n. 41/2018.

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

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che per tutte le garanzie il beneficiario è l'Aderente/Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi legittimi e testamentari, salvo il caso in cui sia stato designato un beneficiario diverso compilando la sezione seguente, **a condizione che il soggetto sia identificabile.**

▪ **Beneficiario n. 1**

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Quota %:
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale:	Recapito Telefonico:	
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Indirizzo Email:		
Altri dati utili per l'identificazione del Beneficiario (es. grado di parentela, rapporto con l'Aderente/Assicurato, ecc.):		

▪ **Beneficiario n. 2**

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Quota %:
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale:	Recapito Telefonico:	
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Indirizzo Email:		
Altri dati utili per l'identificazione del Beneficiario (es. grado di parentela, rapporto con l'Aderente/Assicurato, ecc.):		

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

**AVVERTENZE:**

- a) in caso di mancata compilazione dei dati relativi al beneficiario, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Aderente/Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario;
- b) qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovasse nell'impossibilità di identificare il beneficiario, le somme dovute andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005;
- c) la modifica o revoca del beneficiario deve essere comunicata tempestivamente alla Compagnia per il tramite del Broker April Italia S.r.l. scrivendo all'indirizzo [supportodb@brokeronline.it](mailto:supportodb@brokeronline.it).

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

Le comunicazioni relative alla designazione e modifica del referente terzo devono essere inviate alla Compagnia per il tramite del Broker April Italia S.r.l. all'indirizzo sopra indicato.

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

**INFORMATIVA RELATIVA AI COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

Il Premio è annuo e viene finanziato dalla Contraente. L'importo del Premio è pari a quanto di seguito indicato in funzione del Piano di Garanzie prescelto e del numero di mensilità del Premio finanziate (12 o 24). Il Premio viene versato dalla Contraente alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.

Importo del Premio finanziato (commissioni incluse): \_\_\_\_\_ di cui imposte: \_\_\_\_\_

In caso di tacito rinnovo del Programma Assicurativo facoltativo, il Premio relativo alle successive annualità sarà frazionato su base mensile ed addebitato dalla Compagnia sul conto corrente bancario dell'Aderente/Assicurato senza oneri aggiuntivi a suo carico. Il Premio è pari a:

- € 18,50 al mese in caso di adesione al Piano di Garanzie Individuo, di cui imposte € 0,46
- € 35,00 al mese in caso di adesione al Piano di Garanzie Famiglia, di cui imposte € 0,87

**Mandato per addebito diretto SEPA – solo in caso di tacito rinnovo del Programma Assicurativo**

L'Aderente/Assicurato, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza: la Compagnia a richiedere alla banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente; la banca del sottoscritto a procedere all'addebito secondo le disposizioni impartite dalla Compagnia. L'Aderente/Assicurato ha diritto di ottenere il rimborso dell'addebito in conto, secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con la propria banca. Il rimborso deve essere richiesto entro 8 settimane a partire dalla data di addebito.

IBAN:

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

## MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO FACOLTATIVO

Questo documento è stato aggiornato in data 17/05/2021 ed è l'ultimo disponibile

**Polizza db Infortuni Premio mensile – Convenzione assicurativa n. AH/18/11 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. (la Compagnia)**

### DATI RELATIVI ALL'ADERENTE/ASSICURATO

Nome:		Cognome:	
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:	
		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Codice Fiscale:		Recapito Telefonico:	
Indirizzo di Residenza:		Cap:	Comune:
			Prov.:
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza):		Cap:	Comune:
			Prov.:
Indirizzo Email:			
Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente		Numero:	
Data di Rilascio:		Data di Scadenza:	
		Comune o Stato Estero ed Ente di Rilascio:	

### DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE/ASSICURATO – AVVERTENZE

- a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Aderente/Assicurato per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
- b) Prima della sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo facoltativo, l'Aderente/Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso contenute con particolare attenzione, qualora previsto, al questionario anamnestico.
- c) Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Aderente/Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- d) Ai sensi dell'art. 22 della Legge n. 221/2012 e dell'art. 42 del Regolamento Ivass n. 41/2018, si segnala la possibilità per l'Aderente/Assicurato di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia.
- e) Per le polizze vita, qualora la Compagnia si trovi nell'impossibilità di effettuare, a seguito di eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, l'adeguata verifica dell'Aderente/Assicurato, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare il Contratto e valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF.

### INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il sottoscritto dichiara di:

1. aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle proprie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del contratto con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione, ai sensi dell'art. 58 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
2. aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo facoltativo, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018:
  - a) in formato cartaceo, in caso di sottoscrizione della Polizza con firma autografa;
  - b) in formato elettronico all'indirizzo e-mail fornito, in caso di sottoscrizione della Polizza con Firma elettronica digitale o tramite Sito internet, con facoltà di chiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo direttamente alla Contraente.

Data (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

Firma Aderente/Assicurato (leggibile) \_\_\_\_\_

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiaro di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Compagnia in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'**Informativa privacy** allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabile su [www.metlife.it](http://www.metlife.it), nella sezione dedicata alla privacy.

Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei miei dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è mio obbligo consegnare l'Informativa ai terzi di cui fornisco eventualmente i dati, **acconsento al trattamento di categorie particolari di dati personali** per l'emissione e gestione del contratto.

Data (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

Firma Aderente/Assicurato (leggibile) \_\_\_\_\_

### ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO FACOLTATIVO

**Convenzione assicurativa n. AH/18/11 stipulata da Deutsche Bank Spa con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. (la Compagnia)**

**Informazione importante:** la polizza assicurativa è **facoltativa** e **non è connessa ad alcun prodotto finanziario** collocato da Deutsche Bank Spa. Di conseguenza rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con Deutsche Bank Spa.

Durata del Programma Assicurativo: 1 anno con tacito rinnovo

Piano di Garanzie: \_\_\_\_\_

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **Decesso** a seguito di Infortunio
- ✓ **Decesso** a seguito di Infortunio su Mezzo terrestre di trasporto privato
- ✓ **Decesso** a seguito di Infortunio su Mezzo di trasporto pubblico
- ✓ **Invalidità Permanente Totale** di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio
- ✓ **Frattura ossea** a seguito di Infortunio

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

1. di aderire al Programma Assicurativo, anche mediante Firma elettronica digitale;
2. di essere a conoscenza che il Programma Assicurativo è **facoltativo** e **non è connesso ad alcun prodotto finanziario** collocato da Deutsche Bank Spa e che, di conseguenza, rimarrà invariato ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con Deutsche Bank Spa;
3. di essere consapevole che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 dalla data di pagamento del Premio e rimane in vigore per 1 anno e che successivamente essa si intenderà tacitamente rinnovata, di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità indicati all'art. 3.1 delle Condizioni di assicurazione, il Premio sia pagato e la Convenzione assicurativa stipulata tra la Contraente e la Compagnia sia in vigore, salvo disdetta da esercitarsi mediante lettera raccomandata A.R. con preavviso di 30 giorni sulla data di scadenza;
4. di essere consapevole che il Premio sarà frazionato su base mensile ed addebitato sul conto corrente da me indicato nel presente modulo;
5. di essere a conoscenza del diritto di recedere senza alcuna penalità e senza dover indicare il motivo entro 60 giorni dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa secondo quanto specificato nelle Condizioni di assicurazione;
6. che tutti gli assicurati rispettano i requisiti di assicurabilità indicati nelle Condizioni di assicurazione;



7. di prendere atto che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia nel corso del rapporto contrattuale potranno essere effettuate in formato elettronico via email, attraverso il sito internet della Compagnia [www.metlife.it](http://www.metlife.it) o, se disponibile, nella mia area riservata, come da scelta effettuata da Deutsche Bank Spa nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco, nel rispetto dell'art.120-quater del Codice delle Assicurazioni Private e dell'art. 4 del Regolamento Ivass n. 41/2018.

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

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che per tutte le garanzie il beneficiario è l'Aderente/Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi legittimi e testamentari, salvo il caso in cui sia stato designato un beneficiario diverso compilando la sezione seguente, **a condizione che il soggetto sia identificabile.**

▪ **Beneficiario n. 1**

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Quota %:
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale:	Recapito Telefonico:	
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Indirizzo Email:		
Altri dati utili per l'identificazione del Beneficiario (es. grado di parentela, rapporto con l'Aderente/Assicurato, ecc.):		

▪ **Beneficiario n. 2**

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Quota %:
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale:	Recapito Telefonico:	
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Indirizzo Email:		
Altri dati utili per l'identificazione del Beneficiario (es. grado di parentela, rapporto con l'Aderente/Assicurato, ecc.):		

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

**AVVERTENZE:**

- a) in caso di mancata compilazione dei dati relativi al beneficiario, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Aderente/Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario;  
 b) qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovasse nell'impossibilità di identificare il beneficiario, le somme dovute andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005;  
 c) la modifica o revoca del beneficiario deve essere comunicata tempestivamente alla Compagnia per il tramite del Broker April Italia S.r.l. scrivendo all'indirizzo [supportodb@brokeronline.it](mailto:supportodb@brokeronline.it).

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

Le comunicazioni relative alla designazione e modifica del referente terzo devono essere inviate alla Compagnia per il tramite del Broker April Italia S.r.l. all'indirizzo sopra indicato.

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

**INFORMATIVA RELATIVA AI COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

Il Premio è annuo e viene frazionato su base mensile senza oneri aggiuntivi. L'importo del Premio è pari a:

- € 18,50 al mese in caso di adesione al Piano di Garanzie Individuo, di cui imposte € 0,46
- € 35,00 al mese in caso di adesione al Piano di Garanzie Famiglia, di cui imposte € 0,87

Il Premio viene addebitato dalla Compagnia sul conto corrente bancario dell'Aderente/Assicurato.

**Mandato per addebito diretto SEPA**

L'Aderente/Assicurato, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza: la Compagnia a richiedere alla banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente; la banca del sottoscritto a procedere all'addebito secondo le disposizioni impartite dalla Compagnia. L'Aderente/Assicurato ha diritto di ottenere il rimborso dell'addebito in conto, secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con la propria banca. Il rimborso deve essere richiesto entro 8 settimane a partire dalla data di addebito.

IBAN:

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