

MetLife Europe Limited

Rappresentanza Generale per l'Italia

Contratto di assicurazione “Buongiorno Salute Più” stipulato a distanza con MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia.

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

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

deve essere consegnato al Contraente prima che questi sia vincolato dal Contratto di assicurazione a distanza.

Avvertenza: prima dell'adesione leggere attentamente la Nota informativa.

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

A) NOTA INFORMATIVA

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **30/04/2015**.

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima che questi sia vincolato dal Contratto di assicurazione a distanza.

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

MetLife Europe Limited è una società di capitali del gruppo Metropolitan Life Insurance Inc. (MetLife) costituita in Irlanda ed iscritta al Registro delle Imprese Irlandese (numero di iscrizione 415123) avente Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda.

MetLife Europe Limited è autorizzata dalla Central Bank of Ireland (numero di riferimento C42062) ad esercitare l'attività assicurativa nei rami vita I, III, IV e V e nei rami danni 1 e 2, così come definiti dal D.lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private).

Il Contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe Limited iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa.

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il patrimonio netto di MetLife Europe Limited alla data del 31 dicembre 2013 è pari a € 522.183.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari ad € 2.421.000,00 rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 2.421.000 emesse, e conferimenti per € 362.753.000,00 al netto di utili non distribuiti per € 406.065.000,00. L'indice di solvibilità di MetLife Europe Limited, ossia il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 221%.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto è stipulato per la durata di 1 anno con clausola di tacito rinnovo.

Avvertenza: il Contraente e l'Assicuratore hanno diritto di disdire il Contratto, con conseguente cessazione della copertura assicurativa, secondo i termini e le modalità indicate all'art. 6.2 delle Condizioni di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed Esclusioni

Nei limiti ed alle condizioni di polizza, il Contratto prevede le seguenti coperture assicurative:

- a) **Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia;**
- b) **Diaria da Ricovero a seguito di Infarto o Carcinoma, pari al 150% della Diaria di cui alla lett. a);**
- c) **Diaria da Ricovero in reparto di terapia intensiva, pari al 150% della Diaria di cui alla lett. a);**
- d) **Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia, pari al 50% della Diaria di cui alla lett. a)**

Avvertenza: le prestazioni assicurate a), b) e c) non sono tra di loro cumulabili.

Si rinvia all'art. 8 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole coperture.

Avvertenza: si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative ovvero condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo e si rinvia agli artt. 2, 3, 4, 5, 8, 9 e 11 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti franchigie e massimali alle coperture assicurative e si rinvia all'art. 8 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alle garanzie oggetto del Programma Assicurativo.

a) Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia;

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 50,00 ed il limite massimo di 365 giorni per ricovero, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 18.250,00.

b) Diaria da Ricovero a seguito di Infarto o Carcinoma, pari al 150% della Diaria di cui alla lett. a) ;

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 75,00 ed il limite massimo di 365 giorni per ricovero, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 27.375,00.

c) Diaria da Ricovero in reparto di terapia intensiva, pari al 150% della Diaria di cui alla lett. a);

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 75,00 ed il limite massimo di 365 giorni per ricovero, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 27.375,00.

d) Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia, pari al 50% della Diaria di cui alla lett. a)

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 25,00 ed il limite massimo di 30 giorni per ricovero, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 750,00.

Avvertenza: si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti limiti massimi di età assicurabile e si rinvia all'art. 4 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

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

Avvertenza: si richiama l'attenzione sul fatto che, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile, le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di Conclusione del Contratto possono determinare l'annullamento del Programma Assicurativo, ovvero la perdita totale o parziale dell'Indennizzo da corrispondersi in relazione al Sinistro. Si rinvia all'art. 4 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

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

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni dello stato di salute o della professione dell'Assicurato, salvo quanto previsto all'art. 4.2 delle Condizioni di assicurazione.

6. Premi

Il Premio è annuo ed è pari all'importo indicato nel Certificato di assicurazione, in funzione del Piano di Garanzie e del Piano Assicurativo prescelti dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. Il Premio viene corrisposto all'Assicuratore tramite addebito automatico sul conto corrente bancario o BancoPosta o carta di credito intestata al Contraente, con la frequenza prescelta dal Contraente medesimo ed indicata nel Certificato di assicurazione. Eventuali altre modalità di pagamento del Premio dovranno pertanto essere preventivamente concordate dal Contraente con l'Assicuratore. L'Assicuratore consente il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale del Premio senza oneri aggiuntivi a carico del Contraente. Il Premio relativo al primo mese di copertura è gratuito.

7. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

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

8. Diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo **entro 60 giorni dalla data di Conclusione del Contratto (così come descritta all'art. 4.3 delle Condizioni di assicurazione) a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore, oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde dell'Assicuratore 800.319.665.** In tal caso l'Assicuratore restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al lordo delle imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal Contratto

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

10. Legge applicabile al Contratto

Al Contratto si applica la legge italiana.

11. Regime fiscale

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

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

Avvertenza: si richiama l'attenzione sull'individuazione del momento di insorgenza del Sinistro e sulle modalità e termini per la denuncia del Sinistro. Si rinvia all'art. 12 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle procedure liquidative.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati all'Assicuratore scrivendo a: MetLife, Ufficio Reclami, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, Indirizzo e-mail reclami@metlife.it.

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

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma - corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Impresa e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:

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

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

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

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

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

14. Arbitrato

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

Glossario

Assicurato: con riferimento al Piano di Garanzie Individuo, il Contraente; con riferimento al Piano di Garanzie Coppia, la Coppia.

Assicuratore: MetLife Europe Limited con Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. MetLife Europe Limited è iscritta nell'elenco delle imprese di assicurazioni ammesse da IVASS ad operare in Italia in regime di stabilimento (numero di iscrizione I.00110) e svolge la propria attività assicurativa attraverso la propria Rappresentanza Generale per l'Italia iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa.

Carcinoma: affezione cancerogena caratterizzata dalla presenza di un tumore maligno, dalla crescita incontrollata e diffusa delle cellule maligne e dall'invasione dei tessuti.

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

Conclusione del Contratto: il Contratto si conclude e si intende perfezionato al momento dell'adesione telefonica al Programma Assicurativo da parte del Contraente in conformità con quanto previsto dall'art. 121 del Codice delle Assicurazioni Private e dai Regolamenti IVASS n. 5/2006 e n. 34/2010.

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

Contratto: il contratto di assicurazione stipulato dal Contraente con l'Assicuratore mediante telefonia vocale.

Convalescenza: il periodo di tempo immediatamente successivo alla dimissione dall'Istituto di Cura, necessario per riabilitazione e cure.

Coppia: comprende le persone fisiche di seguito indicate:

- il Contraente;

- il coniuge del Contraente non divorziato o separato legalmente, **a condizione che sia presente nello stato di famiglia** (o il convivente more uxorio, **a condizione che sia stabilmente convivente con il Contraente nella stessa residenza**).

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento.

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

Diaria: indennità giornaliera.

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

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

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

Indennizzo: la somma dovuta dall'Assicuratore al verificarsi del Sinistro coperto dal Programma Assicurativo.

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

Infarto: necrosi di un tessuto per ischemia ovvero per grave deficit di flusso sanguigno.

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

Italia: il territorio della Repubblica Italiana.

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

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

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

Premio: la somma versata all'Assicuratore 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 dall'Assicuratore.

Ricovero: la degenza dell'Assicurato in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

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

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

Tecnica di comunicazione a distanza: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Assicuratore e del Contraente, possa impiegarsi per la Conclusione del Contratto tra le dette parti.

Telefonia vocale: tecnica di comunicazione a distanza utilizzata per la Conclusione del Contratto.

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

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



B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **30/04/2015**

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è assunta dall'Assicuratore in base alle dichiarazioni del Contraente.

ART. 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Con riferimento alle garanzie prestate a seguito di Infortunio, sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico aereo regolare e i voli su aeromobili di autorità Civili e Militari durante servizio regolare di traffico civile; **sono comunque esclusi i viaggi 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) per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dal territorio della Repubblica Italiana in un paese fino ad allora in pace; **sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano;**
- gli infortuni causati da malessere o malore e dagli stati di incoscienza che non siano causati dall'uso di stupefacenti, allucinogeni o alcolici.

Con riferimento alle garanzie prestate a seguito di Malattia, sono compresi in garanzia anche:

- la gravidanza;
- il parto;
- l'aborto.

ART. 3 – GARANZIE

Il Programma Assicurativo offerto dall'Assicuratore comprende le garanzie di seguito elencate:

- a) **Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia;**
- b) **Diaria da Ricovero a seguito di Infarto o Carcinoma, pari al 150% della Diaria di cui alla lett. a);**
- c) **Diaria da Ricovero in reparto di terapia intensiva, pari al 150% della Diaria di cui alla lett. a);**
- d) **Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia, pari al 50% della Diaria di cui alla lett. a).**

Avvertenza: le prestazioni assicurate a), b) e c) non sono tra di loro cumulabili.

Il Contraente, al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, ha la facoltà di scegliere tra 2 distinti Piani di Garanzie:

- **Piano di Garanzie Individuo:** le garanzie operano a favore del Contraente;
- **Piano di Garanzie Coppia:** le garanzie operano a favore della Coppia.

ART. 4 – PERSONE ASSICURABILI E CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

4.1 – 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 e siano muniti di Codice Fiscale;**
- b) **abbiano un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti.**

4.2 – Persone inassicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dall'attuale stato di salute, le persone fisiche che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o siano portatrici di Invalidità Permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica riconosciuta dall'INPS o da altro Ente previdenziale pubblico. Qualora le condizioni di non assicurabilità dovessero insorgere in corso di Contratto, il Programma Assicurativo cessa alla data in cui la condizione di non assicurabilità è sopraggiunta e/o divenuta nota/diagnosticata all'Assicurato ed eventuali Sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dall'Assicuratore. Resta inteso che l'Assicuratore restituirà al Contraente il Premio già pagato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto e che, nel caso in cui sia stato prescelto il Piano di Garanzie Coppia, il Programma Assicurativo continua ad operare, fino alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo Premio, con riferimento all'altro componente della Coppia.

4.3 – Conclusione del Contratto

Il Contratto si conclude e si intende perfezionato al momento dell'adesione telefonica al Programma Assicurativo da parte del Contraente, anche nel caso in cui quest'ultimo non dovesse sottoscrivere e restituire all'Assicuratore il Certificato di assicurazione ricevuto. Al momento dell'adesione telefonica al Programma Assicurativo, l'Aderente potrà scegliere di ricevere la documentazione precontrattuale e contrattuale in formato cartaceo o elettronico e sarà informato circa la possibilità di cambiare, anche in corso di Contratto, la modalità di invio della documentazione senza alcun costo a suo carico.

4.4 – Dichiarazioni inesatte e reticenze

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

ART. 5 – DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24,00 della data di Conclusione del Contratto, ovvero dalle ore 24.00 dell'adesione telefonica da parte del Contraente.

Il Programma Assicurativo ha durata annuale. Successivamente esso si intenderà tacitamente rinnovato, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 4.1 lett. a) ed il Premio corrispondente risulti pagato, salvo disdetta da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 6.2.

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso vengano meno i requisiti di cui all'art. 4.1 lett. a);
- b) alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo Premio immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età;
- c) in caso di Decesso;
- d) qualora, in corso di Contratto, dovesse sopraggiungere una delle condizioni di non assicurabilità di cui all'art. 4.2;
- e) in caso di esercizio del diritto di recesso;
- f) in caso di disdetta.

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

Nell'ipotesi e) l'Assicuratore restituirà al Contraente il Premio già pagato, al lordo delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Nelle ipotesi b), c), f) l'Assicuratore non procederà ad alcuna restituzione di Premio.

Con riferimento alle ipotesi a), b), c), d) resta inteso che, nel caso in cui sia stato prescelto il Piano di Garanzie Coppia, il Programma Assicurativo continua ad operare, fino alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo Premio, con riferimento all'altro componente della Coppia.

ART. 6 – RECESSO E DISDETTA

6.1 Recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo **entro 60 giorni dalla data di Conclusione del Contratto (così come descritta all'art. 4.3) a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore, oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde dell'Assicuratore 800.319.665.** In tal caso l'Assicuratore restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al lordo delle imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

6.2 Disdetta

Il Contraente e l'Assicuratore hanno diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza annuale, con conseguente cessazione della copertura assicurativa, dandone comunicazione all'altra parte **mediante lettera raccomandata A/R, con preavviso di 30 giorni sulla data di scadenza annuale. Il Contraente ha altresì la facoltà di comunicare la propria volontà al Numero Verde dell'Assicuratore 800.319.665 entro il predetto termine.**

In caso di frazionamento del Premio, il Contraente ha inoltre diritto di disdire il Programma Assicurativo ad ogni ricorrenza di pagamento del Premio, con conseguente cessazione della copertura assicurativa, **a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore, oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde dell'Assicuratore 800.319.665.** In tal caso il Programma Assicurativo cessa alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo Premio.

ART. 7 – DETERMINAZIONE E RIPARTIZIONE DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA

Il Contraente, al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, ha facoltà di scegliere il Piano Assicurativo più rispondente alle proprie esigenze, tra quelli proposti dall'Assicuratore. A ciascun Piano Assicurativo corrispondono differenti somme assicurate. La prestazione assicurata è determinata in funzione del Piano Assicurativo prescelto dal Contraente. Il Piano Assicurativo prescelto e le corrispondenti somme assicurate sono indicate nel Certificato di assicurazione.

ART. 8 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Avvertenza: le prestazioni assicurate a), b) e c) non sono tra di loro cumulabili.

a) Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia

In caso di Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, l'Assicuratore corrisponde all'Assicurato la Diaria prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, per ogni giorno di degenza con pernottamento, **fino ad un massimo di 365 giorni per annualità assicurativa.**

La Diaria sarà corrisposta, a condizione che il ricovero si sia verificato durante il periodo di validità del Programma Assicurativo, dietro presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza. Ai fini del computo della Diaria saranno computati i soli pernottamenti. Non sono considerati ricoveri indennizzabili le degenze diurne in Day hospital.

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

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

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 50,00 ed il limite massimo di 365 giorni di ricovero, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 18.250,00.

b) Diaria da Ricovero a seguito di Infarto o Carcinoma, pari al 150% della Diaria di cui alla lett. a)

In caso di Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infarto o Carcinoma dell'Assicurato, l'Assicuratore corrisponde all'Assicurato il 150% della Diaria di cui alla lett. a) prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, per ogni giorno di degenza con pernottamento, fino ad un massimo di 365 giorni per annualità assicurativa.

La Diaria sarà corrisposta, a condizione che il ricovero si sia verificato durante il periodo di validità del Programma Assicurativo, dietro presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza. Ai fini del computo della Diaria saranno computati i soli pernottamenti. Non sono considerati ricoveri indennizzabili le degenze diurne in Day hospital.

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

A scopo esemplificativo si illustra il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Diaria da Ricovero a seguito di Infarto o Carcinoma, pari al 150% della Diaria di cui alla lett. a).

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 75,00 ed il limite massimo di 365 giorni per ricovero, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 27.375,00.

c) Diaria da Ricovero in reparto di terapia intensiva, pari al 150% della Diaria di cui alla lett. a)

In caso di Ricovero in reparto di terapia intensiva dell'Assicurato, l'Assicuratore corrisponde all'Assicurato il 150% della Diaria di cui alla lett. a) prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, per ogni giorno di degenza con pernottamento, fino ad un massimo di 365 giorni per annualità assicurativa.

La Diaria sarà corrisposta, a condizione che il ricovero si sia verificato durante il periodo di validità del Programma Assicurativo, dietro presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza. Ai fini del computo della Diaria saranno computati i soli pernottamenti. Non sono considerati ricoveri indennizzabili le degenze diurne in Day hospital.

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

A scopo esemplificativo si illustra il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Diaria da Ricovero in reparto di terapia intensiva, pari al 150% della Diaria di cui alla lett. a).

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 75,00 ed il limite massimo di 365 giorni per ricovero, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 27.375,00.

d) Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia, pari al 50% della Diaria di cui alla lett. a)

In caso di Convalescenza dell'Assicurato, successiva ad un Ricovero dovuto ad Infortunio o Malattia, l'Assicuratore corrisponde all'Assicurato il 50% della Diaria di cui alla lett. a) prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo per ogni giorno di Convalescenza, fino ad un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa e per Assicurato.

La Diaria sarà corrisposta a partire dal giorno successivo a quello di dimissione dall'Istituto di Cura, dietro presentazione dei certificati medici originali attestanti la necessità ed il periodo di Convalescenza, a condizione che:

- il Ricovero si sia verificato durante il periodo di validità del Programma Assicurativo;
- il Ricovero abbia avuto una durata pari o superiore a 1 pernottamento;
- il periodo di Convalescenza sia stato prescritto in fase di dimissione dall'Istituto di Cura oppure dal medico curante entro e non oltre il terzo giorno dalla dimissione dall'Istituto di Cura.

A scopo esemplificativo si illustra il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio, pari al 50% della Diaria di cui alla lett. a).

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 25,00 ed il limite massimo di 30 giorni per ricovero, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 750,00.

ART. 9 – LIMITAZIONI / ESCLUSIONI

Avvertenza: l'Assicuratore non sarà tenuto a garantire alcuna copertura assicurativa e non sarà obbligato a liquidare alcun Sinistro o prestazione di cui al presente Contratto, qualora ciò possa esporre lo stesso a sanzione, divieto o

restrizione in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle sanzioni economiche o commerciali, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, o da altre leggi o regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

Carenza:

- non sono garantiti i ricoveri avvenuti durante i primi 300 giorni dalla data di Conclusione del Contratto se conseguenti a gravidanza, parto ed aborto;
- non sono garantiti i ricoveri avvenuti durante i primi 730 giorni dalla data di Conclusione del Contratto se conseguenti a Malattie preesistenti o ad infortuni accaduti antecedentemente alla data di perfezionamento del Programma assicurativo.

Franchigia:

- per ciascun Ricovero conseguente a Malattia preesistente o Infortunio avvenuto antecedentemente alla data di perfezionamento del Programma Assicurativo è previsto un periodo di franchigia assoluta di 3 giorni.

Sono esclusi dal Programma Assicurativo gli Infortuni causati da:

- guerra, insurrezione generale, occupazione militare ed invasione;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;
- delitti dolosi compiuti dall'Assicurato;
- qualsiasi esposizione o contaminazione chimica o biologica, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, delitti violenti in genere;
- abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- alcolismo; tossicodipendenza, epilessia, diabete giovanile;
- chirurgia plastica o estetica, anche quando conseguenza di un infortunio o malattia, salvo non si tratti di chirurgia ricostruttiva a seguito di carcinoma;
- donazione di organi o tessuti;
- degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, fitoterapici, fisioterapici, dietologici o del benessere;
- eliminazione o correzione di difetti fisici;
- suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- sport aerei;
- attività sportive remunerate;
- viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri.

Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze dirette o indirette di malattie mentali o nervose se causa o concausa del ricovero.

ART. 10 – AGGRAVAMENTO / DIMINUIZIONE 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, salvo quanto previsto all'art. 4.2 delle Condizioni di assicurazione.

ART. 11 – PREMIO ASSICURATIVO

Il Premio è annuo ed è pari all'importo indicato nel Certificato di assicurazione, in funzione del Piano di Garanzie e del Piano Assicurativo prescelti dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. Il Premio viene corrisposto all'Assicuratore tramite addebito automatico sul conto corrente bancario o BancoPosta o carta di credito intestata al Contraente, con la frequenza prescelta dal Contraente medesimo ed indicata nel Certificato di assicurazione. Eventuali altre modalità di pagamento del Premio dovranno pertanto essere preventivamente concordate dal Contraente con l'Assicuratore. L'Assicuratore consente il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale del Premio senza oneri aggiuntivi a carico del Contraente.

Il primo mese di copertura è gratuito.

Ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile, se, successivamente al primo mese di copertura gratuito, il Contraente, alla scadenza convenuta, non pagasse il Premio o la prima rata di Premio da lui dovuta, il Programma Assicurativo resta sospeso dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dall'Assicuratore.

Allo stesso modo, se, alle scadenze convenute, il Contraente non pagasse le rate di premio successive, il Programma Assicurativo resterà sospeso dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dall'Assicuratore.

Il Contraente può tuttavia riattivare il Programma Assicurativo versando le rate di Premio mancanti. In questo caso, il Programma Assicurativo riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto senza efficacia retroattiva. Pertanto, eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione del Programma Assicurativo, non saranno in ogni caso indennizzati dall'Assicuratore.

ART. 12 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Il momento di insorgenza del Sinistro coincide con il giorno di accadimento del ricovero. **Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta utilizzando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro sotto riportato, completo dei giustificativi richiesti elencati alla fine del predetto modulo. È considerata come data di denuncia la data di spedizione attestata dal timbro dell'ufficio postale. L'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere eventuale ulteriore documentazione, qualora ciò sia reso necessario per la corretta valutazione del Sinistro, nonché di far effettuare in**

ogni momento ed a sue spese accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni allo stesso comunicate. L'assicurazione di cui al presente Contratto è classificata nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile il comma, i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

ART. 13 – RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati all'Assicuratore scrivendo a: **MetLife, Ufficio Reclami, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, Indirizzo e-mail reclami@metlife.it.**

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

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma - corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Impresa e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:

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

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

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

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

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

ART. 14 – RICHIESTA DI INFORMAZIONI

L'Assicurato ha il diritto di richiedere all'Assicuratore 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 dell'Assicuratore scrivendo a **MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma** oppure attraverso il sito web all'indirizzo www.metlife.it cliccando su Assistenza Clienti. In alternativa è possibile telefonare al seguente Numero Verde **800.319.665**. L'Assicuratore 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 dell'Assicuratore www.metlife.it, nella quale visualizzare le informazioni sulla propria polizza assicurativa.

ART. 15 – LEGGE APPLICABILE

Al Contratto si applica la legge italiana.

ART. 16 – ARBITRATO

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

ART. 17 – FORO COMPETENTE

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

ART. 18 – 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. 19 – ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente 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 un Programma Assicurativo relativo al presente Contratto. Qualora dovesse verificarsi tale eventualità, l'Assicuratore considererà valido esclusivamente il Programma Assicurativo sottoscritto con la data più remota e restituirà al Contraente i premi incassati al lordo delle imposte in relazione ai Programmi Assicurativi stipulati indebitamente. La presente disposizione non si applica nel caso in cui il Contraente dovesse risultare coperto per il medesimo rischio nella condizione di aderente ad una polizza collettiva stipulata da una persona giuridica.

ART. 20 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

L'Assicuratore 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 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

- I. direttamente da Lei nel corso del colloquio telefonico con un nostro consulente;
- 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.

Trattiamo, inoltre, i dati personali successivamente acquisiti nel corso del rapporto con te instaurato. Tutte le informazioni di cui sopra verranno trattate da **MetLife Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia** (di seguito "MetLife" o la "Società"), in qualità di titolare del trattamento, al fine di fornirti ogni informazione utile in relazione alla polizza, se lo desidera, dare avvio della copertura assicurativa, fornendoLe i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

A tali scopi potrebbe fornire a MetLife o ai suoi agenti, broker o altri intermediari assicurativi, eventuali dati sensibili¹ come, ad esempio, alcune informazioni attestanti il Suo stato di salute riportate in certificati medici, cartelle cliniche ove necessarie all'esecuzione delle prestazioni richieste (es.: la liquidazione di un eventuale sinistro).

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

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

Alcuni 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, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia; società di amministrazione del portafoglio, studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza, nonché società di servizio cui siano eventualmente affidate: la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; la gestione dei servizi e dei sistemi informatici; l'archiviazione della documentazione relativa ai rapporti contrattuali; attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; (iii) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consorziali del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ANIA, IVASS, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni.

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

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

La informiamo inoltre che se interessato, valorizzando l'apposito *check box* presente nel Certificato di Assicurazione, potrà altresì acconsentire all'utilizzo di alcuni Suoi dati per l'invio di materiale pubblicitario/promozionale, di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale (finalità di c.d. marketing diretto), sia attraverso modalità automatizzate di contatto (es. email, fax, sms), nonché attraverso modalità tradizionali (posta cartacea o telefonate tramite operatore), ai sensi dell'art. 130, commi 1 e 2 del D. Lgs. 196/03. La prestazione del consenso per tali ultime finalità è facoltativo, ma utile per rimanere aggiornato su nuovi prodotti e servizi assicurativi.

Resta inteso che in ogni momento potrà consultare i Suoi dati, ottenerne l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero l'integrazione. Potrà, altresì, opporsi al loro trattamento per finalità di marketing diretto, in tutto o in parte, ivi inclusa la possibilità di esprimere, successivamente, una diversa preferenza sulle modalità adoperate per contattarLa³, (art. 7 del D.lgs. n. 196/2003), inviando una comunicazione a MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, tel. 06/492161, fax 06/49216300, e-mail sede.roma@metlife.it.

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

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

sussistenza delle condizioni per la liquidazione del sinistro e per procedere all'eventuale indennizzo. Il conferimento di tali dati risulta pertanto necessario al perseguimento delle suddette finalità, e senza di essi non saremmo in grado di valutare la Sua richiesta di indennizzo.

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

In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); call center; legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di 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. per adempiere agli obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo: ANIA, IVASS, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile presso la sede delle Nostre Società. Taluni tuoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri. Se interessato, contrassegnando l'apposito *check-box*, potrà altresì acconsentire all'utilizzo di alcuni suoi dati per il compimento di sondaggi ed analisi sulla qualità del servizio reso attraverso modalità automatizzate di contatto (es. *email*) o attraverso modalità tradizionali (posta cartacea o telefonate tramite operatore), ai sensi dell'art. 130, co. 1 e 2 del D.lgs. 196/03. Il rilascio del consenso per tali finalità è facoltativo, ma a MetLife per valutare il grado di soddisfazione della clientela e migliorare il servizio reso.

In ogni momento, Lei potrà consultare i Suoi dati e chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione od opporsi al loro trattamento, in tutto o in parte, ivi inclusa la possibilità di esprimere successivamente una diversa volontà sulle modalità di contatto² rivolgendosi alla Rappresentanza Generale per l'Italia delle Nostre società, MetLife Europe Limited e/o MetLife Europe Insurance Limited, presso Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, tel. 06/492161, fax 06/49216300, e-mail sede.roma@metlife.it.

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

²È sua facoltà, ove interessato, comunicarci in qualunque momento una diversa volontà circa la partecipazione a sondaggi ed analisi sulla qualità del servizio reso, ovvero sulle modalità di comunicazione.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali qui sopra riportata, ai sensi della normativa sulla privacy (D.lgs. n. 196/2003) acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili, da parte della Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe Limited e/o di MetLife Europe Insurance Limited per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa.

Acconsento inoltre al trattamento dei miei dati per ricerche ed analisi sulla qualità del servizio.

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

**DA INVIARE A MEZZO DI LETTERA RACCOMANDATA A/R A: METLIFE EUROPE LIMITED
RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA, UFFICIO SINISTRI, VIA A. VESALIO N. 6, 00161 ROMA**