



MetLife®

MetLife Europe Limited

Rappresentanza Generale per l'Italia

Contratto di Assicurazione Infortuni Carrefour
"Protezione Infortuni Più "

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- **Nota Informativa, comprensiva del Glossario**
- **Condizioni di Assicurazione**
- **Certificato 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.

NOTA INFORMATIVA

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

La Nota Informativa si articola in tre sezioni:

A – INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONI**B – INFORMAZIONI SUL CONTRATTO****C – INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI****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 2012 è pari a € 464.766,00 e comprende capitale sociale emesso pari ad € 2.325.000,00 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 2.325.000 emesse, e conferimenti per € 620.737.000,00 al netto di utili non distribuiti per € 364.716.000,00. 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 302%.

B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: La polizza ha durata annuale, a partire dalla data di conclusione del contratto. La polizza si rinnova tacitamente ad ogni scadenza, salvo il diritto del Contraente di esercitare il Diritto di Recesso ad ogni ricorrenza di pagamento del premio di assicurazione, secondo le modalità e nei termini indicati nell'Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni base:

- decesso a seguito di infortunio indennizzabile ai fini della presente polizza;
- invalidità permanente superiore al 30% a seguito di infortunio indennizzabile ai fini della presente polizza;
- garanzie di assistenza offerte gratuitamente da MetLife ai clienti di Carrefour.

Si rinvia agli Artt. 23, 26 e 27 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

A scopo esemplificativo, si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo all'indennizzo riconosciuto in caso di sinistro:

Considerato un capitale assicurato pari a € 100.000,00, ciascun Assicurato, in caso di invalidità permanente superiore del 30% o i beneficiari in caso di decesso, avranno diritto:

- all'intero capitale qualora l'Assicurato sia deceduto o sia rimasto invalido (Invalidità permanente superiore al 30%) a seguito di infortunio.

AVVERTENZA: La polizza prevede esclusioni e limitazioni, rispettivamente indicati dagli Artt. 6, 7, (art. 27 per le garanzie di Assistenza) delle Condizioni di Assicurazione.

Il limite massimo di età assicurabile è riportato all'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

4. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

Le garanzie previste dal presente contratto si intendono operanti dalle ore 24.00 della data di adesione al contratto



5. FRANCHIGIA

Qualora l'Assicurato subisca un infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza e, a seguito dell'infortunio ed entro due anni dalla data in cui si è verificato, gli venga riconosciuta un'Invalidità Permanente superiore al 30%, la Compagnia verserà all'Assicurato l'indennizzo garantito riportato nel Certificato di Assicurazione.

AVVERTENZA: Si rinvia all'Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

6. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - NULLITÀ

AVVERTENZA: Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dal Contraente rese anche per conto del coniuge o del convivente more uxorio indicato dal Contraente stesso, relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato di cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o colpa grave, ai sensi e per gli affetti dell'art. 1892 del Codice Civile e dell'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, la Compagnia potrà esercitare il diritto di recesso, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1893 del Codice Civile. Si rinvia all'Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: Il contratto è nullo se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1895 del Codice Civile. Si rinvia all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

7. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO E VARIAZIONE NELLA PROFESSIONE

Non è considerata causa di aggravamento del rischio la variazione della professione degli Assicurati.

Resta fermo che la copertura non opera a favore di quei soggetti dichiarati "non assicurabili" ai sensi dell'Art. 6, ed è da considerare immediatamente sospesa qualora le condizioni di non assicurabilità insorgano anche successivamente alla data di conclusione del contratto.

8. PREMIO

Il premio di assicurazione, comprensivo di tasse ed imposte, è indicato nel Certificato di Assicurazione ed è determinato in relazione al numero delle persone assicurate (solo Contraente Assicurato - Contraente/Coniuge entrambi Assicurati - Contraente/Convivente more uxorio entrambi assicurati) ed al piano di copertura prescelto.

Verrà corrisposto direttamente alla Compagnia tramite addebito automatico sul conto corrente bancario o BancoPosta o carta di credito intestata al Contraente, con la frequenza prescelta dal Contraente e indicata nel Certificato di Assicurazione.

9. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Il premio e le somme assicurate sono costanti per tutta la durata contrattuale e non sono soggette ad alcun adeguamento.

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

10. DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente ha diritto di recedere entro 60 giorni dalla data di conclusione del contratto.

Il Contraente potrà altresì recedere dal contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del premio di assicurazione attraverso le modalità e nei termini indicati all'Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

11. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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.

La copertura decade:

- qualora le condizioni di non assicurabilità insorgano anche successivamente alla data di conclusione del contratto;
- alla prima ricorrenza di premio successiva alla data del sinistro, qualora risulti assicurato oltre al Contraente anche il coniuge o il convivente more uxorio.

In tal caso, non saranno richiesti i premi successivi ed eventualmente riferibili all'annualità di polizza in corso al momento del verificarsi del sinistro. Qualora i premi indicati siano erroneamente versati, la Compagnia si impegna a restituirli al lordo delle imposte.

12. MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

La Compagnia si impegna a consegnare all'Assicurato un'apposita appendice integrativa, nel caso in cui si renda necessario aggiornare le informazioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione o nel Modulo di Adesione.

La Compagnia comunica per iscritto all'Assicurato le eventuali variazioni delle informazioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione anche dovute a modifiche delle norme di interesse, successive alla conclusione del contratto.

AVVERTENZA: La Compagnia si impegna a pubblicare sul proprio sito internet www.metlife.it tutti gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo e non derivanti da innovazioni normative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dal Contraente e/o Assicurato, senza obbligo di alcuna altra comunicazione, ex art. 37 Regolamento ISVAP n. 35.

13. LEGGE APPLICABILE

Il presente contratto è soggetto alla Legge italiana.



14. REGIME FISCALE

Ai sensi dell'art. 15 del T.U.I.R. i premi lordi corrisposti alla Compagnia sono interamente detraibili entro i limiti previsti nel Testo stesso e pertanto la Compagnia si impegna a rilasciare dichiarazione annuale per permettere la detraibilità dei premi stessi. La polizza è assoggettata a imposte pari al 2,50% del premio.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**15. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO**

Avvertenza: ai fini della presente polizza il sinistro si intende verificato il giorno dell'infortunio.

La denuncia dell'infortunio deve essere presentata alla Compagnia al più presto con lettera Raccomandata A.R. in base alle indicazioni riportate sul Modulo di Denuncia Sinistro da richiedere alla Compagnia, secondo quanto previsto dall'Art. 28.

S'intendono prescritte tutte le richieste di indennizzo inviate alla Compagnia, decorsi due anni dalla data dell'evento.

Il Contraente o gli aventi diritto dispongono ed autorizzano la Compagnia ad accedere a tutta la documentazione medica utile e/o necessaria ai fini dell'accertamento dell'esistenza del diritto alla liquidazione dell'indennizzo.

16. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Reclami, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, Indirizzo e-mail reclami@metlife.it.

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

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - 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. 9138, College Green, 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.

17. ARBITRATO - FORO COMPETENTE

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, 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.

AVVERTENZA: le parti conservano in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria Ordinaria. In tale ipotesi, il foro competente per territorio in via esclusiva è quello del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.



GLOSSARIO

ASSICURATO: il Contraente e il coniuge non divorziato o separato legalmente, **a condizione che sia presente nello stato di famiglia** o, in alternativa, il convivente more uxorio del Contraente, **a condizione che sia stabilmente convivente con l'Aderente nella stessa residenza.**

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;

BENEFICIARIO: in caso di invalidità permanente l'Assicurato stesso, in caso di decesso gli eredi legittimi o testamentari o la persona designata dall'Assicurato.

CARENZA: periodo decorrente dalla data di efficacia del contratto durante il quale le garanzie non sono operanti.

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE: il documento che prova l'assicurazione.

CODICE DELLE ASSICURAZIONI: Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

CENTRALE OPERATIVA: la struttura organizzativa di Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A. - Via Bernardino Alimena n. 111, 00173 Roma - costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, che in virtù di preesistente convenzione con Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare le prestazioni di assistenza previste in polizza.

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO (DECORRENZA ED EFFICACIA): il contratto decorre dal momento in cui il Contraente aderisce allo stesso telefonicamente, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, in particolare ai sensi e per gli effetti dell'art. 121 D.lgs. 209/2005 e dei Reg. IVASS nn. 5 e 34.

CONTRAENTE: la persona alla quale è intestato il contratto e che corrisponde il relativo premio.

CONTAMINAZIONE: la contaminazione o l'avvelenamento di persone con sostanze nucleari e/o chimiche e/o biologiche.

FASCICOLO INFORMATIVO: documentazione informativa da consegnare al Contraente composta da: Nota informativa comprensiva del Glossario, condizioni di assicurazione, certificato di assicurazione.

GUERRA: Conflitto aperto e dichiarato, fra due o più stati o in genere fra gruppi organizzati, etnici, sociali, religiosi, nella sua forma estrema e cruenta, quando cioè si sia fatto ricorso alle armi.

INFORTUNIO: è considerato infortunio l'evento dovuto unicamente a causa fortuita, violenta ed esterna che, esclusa ogni concausa, produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INDENNIZZO: la somma dovuta dalla Compagnia in caso di infortunio indennizzabile.

INVALIDITÀ PERMANENTE: il riconoscimento, a seguito di infortunio, di una invalidità permanente, oggettivamente constatabile superiore al 30% da determinarsi avendo a riferimento la tabella INAIL – D.P.R. 30/06/1965 n. 1124.

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.

PERIODO DI ASSICURAZIONE RICORRENTE: l'intervallo temporale cui si riferisce la copertura assicurativa ricorrente acquistata dal Contraente, coincidente con il periodo di frequenza del pagamento del premio in via anticipata.

POLIZZA: il documento costituito dal Certificato di Assicurazione e dal Fascicolo Informativo.

PREMIO: importo dovuto dal Contraente alla Compagnia.

SINISTRO: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SOMMA ASSICURATA: la somma che la Compagnia si impegna a pagare al verificarsi di un evento assicurato a termini di polizza, differenziata per ciascuna garanzia prestata, indicata nel Certificato di Assicurazione.

SOSTANZE BIOLOGICHE: si intende qualsiasi microrganismo patogeno (causante malattia) e/o tossina prodotta biologicamente (inclusi organismi geneticamente modificati e tossine sintetizzate chimicamente) che sia in grado di causare la morte di persone o animali.

SOSTANZE CHIMICHE: si intende qualsiasi composto chimico solido, liquido o gassoso che, se opportunamente diffuso, sia in grado di causare la morte di persone o animali.

SOSTANZE NUCLEARI: si intendono elementi, particelle, atomi o materiali derivanti da emissione, scarica, dispersione, liberazione o fuga di materiale radioattivo, che emetta un livello di radiazioni tramite ionizzazione, fissione, fusione, scissione o stabilizzazione di detti elementi, particelle, atomi o materiali.

SUPPORTO DUREVOLE: qualsiasi strumento che permetta al Contraente di memorizzare informazioni a lui personalmente dirette, in modo che possano essere agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate le informazioni stesse e che consenta la riproduzione immutata delle informazioni memorizzate.

TECNICA DI COMUNICAZIONE A DISTANZA: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia e del Contraente, possa impiegarsi per la trasmissione delle comunicazioni inerenti al 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
Dott. Maurizio Taglietti



Data dell'ultimo aggiornamento: 20/09/2013

Pag. 4 di 4



MetLife Europe Limited è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 415123, capitale sociale autorizzato pari ad € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna.

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

TABELLA RIEPILOGATIVA DELLE GARANZIE PRESTATE

Decesso a seguito di infortunio
Invalità permanente superiore al 30% a seguito di infortunio
Assistenza offerta gratuitamente da MetLife: a) Consulto medico telefonico b) Invio medico o ambulanza in caso di urgenza c) Consulto medico specialistico pediatrico d) Invio di un medico specialista pediatra e) Invio badante f) Invio collaboratrice domestica g) Invio baby sitter

Per gli aspetti di dettagli si rinvia alle Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione, nonché al Certificato di Assicurazione.

ART. 1 - MODALITÀ DI CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il contratto si conclude al momento dell'adesione telefonica del Contraente, secondo quanto previsto dal Codice delle Assicurazioni, in particolare ai sensi e per gli effetti dell'art. 121, e dai Reg. ISVAP n. 5 e n. 34.

La Compagnia invierà al Contraente la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dal Reg. ISVAP n. 34 su supporto cartaceo o altro supporto durevole, come richiesto dal Contraente stesso.

Il Contraente è tenuto a firmare e inviare alla Compagnia il Certificato di Assicurazione. Si precisa che qualora il Contraente non rinviasse il Certificato firmato, il contratto si intenderà comunque perfezionato.

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di adesione telefonica riportato nel Certificato di Assicurazione.

Il premio è dovuto per ciascun Periodo di Assicurazione Ricorrente con la frequenza prescelta dal Contraente.

Il primo mese di copertura assicurativa è gratuito. Se il Contraente non paga le rate di premio successive alla prima, l'assicurazione resta **sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della prima rata non pagata** e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

ART. 2 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La Polizza, a partire dalla data di Conclusione del contratto, ha durata annuale e si rinnova tacitamente, fermi restando i limiti di età previsti dall'Art. 5. Tale durata è suddivisa in Periodi di Assicurazione Ricorrenti determinati in base alla frequenza di pagamento del premio di assicurazione pagato in via anticipata dal Contraente e può essere interrotta:

- dal Contraente così come disciplinato al successivo Art. 3, restando inteso che la Polizza resterà attiva per il periodo per il quale è stato già corrisposto il premio;
- dalla Compagnia almeno 30 giorni prima di ogni ricorrenza annuale successiva alla data di conclusione del contratto.

La copertura cessa, per il singolo Assicurato, qualora le condizioni di non assicurabilità, previste al successivo Art. 6, insorgano anche successivamente alla data di conclusione del contratto.

In tal caso, non saranno richiesti i premi successivi ed eventualmente riferibili all'annualità di polizza in corso al momento del verificarsi del sinistro. Qualora i premi indicati siano erroneamente versati, la Compagnia si impegna a restituirli al lordo delle imposte.

L'assicurazione cessa alla prima ricorrenza di premio successiva alla data del sinistro anche nel caso in cui risulti assicurato oltre al Contraente anche il coniuge o il convivente more uxorio. In tal caso, non saranno richiesti i premi successivi riferibili all'annualità di polizza in corso al momento del verificarsi del sinistro. Qualora i premi indicati siano stati versati o erroneamente addebitati, la Compagnia si impegna a restituirli al lordo delle imposte.

ART. 3 - DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE - DISDETTA DEL CONTRATTO

Resta inteso che il Contraente ha diritto di recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di adesione, inviando alla Compagnia MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Andrea Vesalio, 6 – 00161 Roma una lettera raccomandata A.R., oppure chiamando il numero verde 800.319.665. In tal caso, sarà restituito all'Assicurato il premio eventualmente già corrisposto, al lordo delle imposte di Legge.

Il Contraente può altresì disdire il contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del premio di assicurazione, inviando la relativa richiesta a mezzo lettera raccomandata A/R almeno 30 giorni prima della suddetta ricorrenza alla Compagnia MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Andrea Vesalio, 6 – 00161 Roma oppure chiamando il Numero Verde 800.319.665.

In tal caso, i premi versati e maturati relativamente a Periodi di Assicurazione già conclusi o in corso al momento della richiesta di scioglimento del contratto, restano acquisiti dalla Compagnia. Resta fermo che qualora il contratto si risolva per fatto e/o su richiesta del Contraente, lo stesso deve pagare alla Compagnia, oltre alle rate di premio scadute e non erogate, il premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha dato motivo alla risoluzione.

ART. 4 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il contratto è nullo se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della sua conclusione ai sensi e per gli effetti dell'art. 1895 del Codice Civile.

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione.

ART. 5 - DELIMITAZIONE DELLE PRESTAZIONI - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione è valida per le persone che, al momento dell'adesione alla presente polizza, abbiano un'età compresa fra i 18 anni compiuti e i 65 anni non compiuti. Il limite massimo di età assicurabile è pari a 70 anni.

Per le persone già assicurate, il contratto cessa alla ricorrenza di polizza immediatamente successiva al compimento del 70° anno di età. La sopravvenuta cessazione della copertura sarà comunicata dalla Compagnia al Contraente con lettera raccomandata A.R. da inviarsi almeno 90 gg. prima della ricorrenza di polizza successiva al compimento della massima età assicurabile per ciascuna garanzia.

Resta fermo che la Compagnia non è tenuta a liquidare i sinistri verificatisi successivamente a tale comunicazione e che restituirà i premi erroneamente corrisposti dal Contraente, oltre il periodo indicato nel comma che precede.

ART. 6 - PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione non vale per le persone affette da:

- alcolismo
- tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
- sindromi organico cerebrali;
- sindromi di interesse psichiatrico;

o portatrici di invalidità permanente già accertata pari o superiore ai 2/3 della capacità lavorativa generica.

L'assicurazione cesserà automaticamente al manifestarsi di una delle predette condizioni. L'eventuale pagamento del premio non determina alcun obbligo di assicurazione da parte della Società la quale dovrà, a richiesta del Contraente, limitarsi a rimborsare il premio eventualmente incassato relativamente al periodo di assicurazione in corso al verificarsi della condizione di non assicurabilità.

ART. 7 - 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.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- a) guerra, insurrezione generale, occupazione militare ed invasione;
- b) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;
- c) delitti dolosi compiuti dall'Assicurato;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, delitti violenti in genere;
- e) abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- f) alcolismo;
- g) suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- h) tutte le conseguenze, dirette o indirette, risultanti da un infortunio verificatosi antecedentemente alla data di decorrenza della polizza;
- i) sport aerei;
- j) attività sportive remunerate.

ART. 8 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio di assicurazione, comprensivo di tasse ed imposte, è indicato nel Certificato di Assicurazione ed è determinato in relazione al numero delle persone assicurate (solo Contraente Assicurato - Contraente/Coniuge entrambi Assicurati - Contraente/Convivente more uxorio entrambi assicurati) ed al piano di copertura prescelto.

Il premio di assicurazione verrà corrisposto direttamente alla Compagnia tramite addebito sul conto corrente bancario o BancoPosta o carta di credito intestata al Contraente, con la frequenza prescelta dal Contraente e indicata nel Certificato di Assicurazione. Eventuali altre modalità di pagamento del premio dovranno pertanto essere preventivamente concordate dal Contraente con la Compagnia.

In caso di mancato pagamento per causa addebitabile al Contraente, le prestazioni assicurate restano sospese dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della prima rata non pagata e riprenderanno a decorrere dalle ore 24.00 del giorno dell'effettivo pagamento delle rate scadute e di quella in corso, fermo restando quanto stabilito dall'Art. 1 delle Condizioni di Assicurazione.

ART. 9 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le Parti non potranno modificare il contenuto del presente accordo se non per iscritto.



ART. 10 - OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è valida per tutti i Paesi del mondo e per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio della sua vita di relazione privata e lavorativa.

ART. 11 - LIMITE DEL LIVELLO DELLE PRESTAZIONI

In nessun caso sarà possibile sottoscrivere per la stessa persona più di una Polizza "Protezione Infortuni Più". Qualora tale eventualità dovesse verificarsi, la Compagnia considererà valida esclusivamente la polizza sottoscritta con la combinazione di capitali più elevata. Su richiesta del Contraente, la Compagnia restituirà, al netto delle imposte, i premi incassati in relazione alle ulteriori polizze stipulate.

ART. 12 - ACCETTAZIONE GARANTITA

Per la stipulazione della presente polizza la Compagnia non richiede alcuna documentazione. Resta ovviamente fermo quanto stabilito dagli Artt. 5 e 6 delle Condizioni di Assicurazione.

ART. 13 - ONERI FISCALI

Sono a carico del Contraente tutte le imposte, tasse e gli altri oneri presenti e futuri dipendenti per legge dal Contratto.

ART. 14 - LIMITI TERRITORIALI

Le garanzie Infortuni sono valide senza limiti territoriali. **La garanzia Invalidità Permanente deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.**

Resta convenuto che l'assicurazione si intende valida a favore dell'Assicurato/i indicato/i nel Certificato di Assicurazione, **purché residente/i nel territorio della Repubblica Italiana.**

ART. 15 - RECLAMI

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

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

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - 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. 9138, College Green, 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. 16 - RICHIESTA DI INFORMAZIONI

La Compagnia fornisce riscontro per iscritto ad ogni richiesta di informazioni presentata dal Contraente o dagli aventi diritto in merito al rapporto assicurativo entro 20 gg. dalla ricezione della richiesta.

Le richieste devono essere inoltrate per iscritto alla Compagnia: **MetLife Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 ROMA - Tel. 06.492161 - Fax 06.49216300**

Oppure attraverso il sito web all'indirizzo www.metlife.it cliccando su Assistenza Clienti. Al fine di ottemperare al meglio alle procedure interne di riscontro, il Contraente o gli aventi diritto dovranno inserire sul plico la seguente indicazione: "Oggetto: Richiesta di informazioni".

ART. 17 - INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

Nel caso in cui si renda necessario aggiornare le informazioni contenute nel Fascicolo Informativo, la Compagnia consegnerà all'Assicurato un'apposita appendice integrativa.

La Compagnia comunica per iscritto all'Assicurato le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo dovute a modifiche delle norme applicabili, successive alla conclusione del contratto.



AVVERTENZA: La Compagnia si impegna a pubblicare sul proprio sito internet www.metlife.it tutti gli altri aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo e non derivanti da innovazioni normative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dal Contraente e/o Assicurato, senza obbligo di alcuna altra comunicazione.

ART. 18 - PROVA DEL CONTRATTO E RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Salvo quanto previsto al precedente Art. 17, i rapporti contrattuali tra Contraente e Compagnia sono regolati esclusivamente dalla presente Polizza e relative Appendici. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto, valgono le disposizioni di legge vigenti.

ART. 19 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ad esercitare il diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 20 - PRESCRIZIONE

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. La copertura decade:

- qualora le condizioni di non assicurabilità insorgano anche successivamente alla data di conclusione del contratto;
- alla prima ricorrenza di premio successiva alla data del sinistro, qualora risulti assicurato oltre al Contraente anche il coniuge o il convivente more uxorio.

In tal caso, non saranno richiesti i premi successivi ed eventualmente riferibili all'annualità di polizza in corso al momento del verificarsi del sinistro. Qualora i premi indicati siano erroneamente versati, la Compagnia si impegna a restituirli al lordo delle imposte.

ART. 21 - FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa al presente contratto è esclusivamente competente, a scelta dell'Assicurato o degli aventi diritto, l'Autorità Giudiziaria del loro luogo di residenza o di domicilio.

CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 22 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto garantisce all'Assicurato o ai Beneficiari il pagamento dell'Indennizzo in caso di infortunio che abbia come conseguenza:

- il decesso;
- l'invalidità permanente superiore al 30%.

Ai fini della presente garanzia sono considerati infortuni anche le conseguenze derivanti da:

- asfissia per subitanea e violenta fuga di gas o di vapori;
- annegamento;
- influenze termiche ed atmosferiche, nonché quelli dovuti all'azione diretta o indiretta del fulmine;
- caduta di rocce, pietre, alberi e simili, nonché valanghe;
- assideramento o congelamento;
- scariche elettriche o da contatto accidentale con corrosivi;
- aggressioni, rapine tentate o consumate;
- guerra, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno stato estero (non sono considerati stati esteri la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino).

ART. 23 - INDENNIZZO BASE IN CASO DI DECESSO A SEGUITO DI INFORTUNIO

Qualora l'Assicurato deceda a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza ed **entro due anni dalla data in cui l'evento si è verificato** e ne venga data notizia alla Compagnia, la Compagnia verserà ai Beneficiari l'indennizzo garantito riportato nel Certificato di Assicurazione.

Salvo diversa designazione dell'Assicurato da far pervenire alla Compagnia in forma scritta, secondo quanto previsto dall'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione, saranno considerati Beneficiari gli aventi diritto ai sensi delle disposizioni di Legge applicabili in materia di successione testamentaria o, in mancanza di valido testamento, di successione legittima.

ART. 24 - MORTE PRESUNTA

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso a seguito di infortunio indennizzabile ai fini della presente polizza, la Compagnia liquiderà l'indennizzo riportato nel Certificato di Assicurazione agli aventi diritto. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e seguenti del Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente alla liquidazione, risulti che la morte non si sia verificata o che comunque non sia dipesa da infortunio indennizzabile, la Compagnia avrà diritto alla restituzione dell'intera somma liquidata.



ART. 25 - DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI

I Beneficiari di polizza sono gli eredi legittimi o testamentari o la persona designata dall'Assicurato.

L'Assicurato potrà revocare la designazione effettuata, indicando alla Compagnia il nominativo di un nuovo Beneficiario con lettera raccomandata A.R.

ART. 26 – INVALIDITÀ PERMANENTE – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Qualora l'Assicurato subisca un infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza e, a seguito dell'infortunio ed entro due anni dalla data in cui si è verificato, gli venga riconosciuta un'Invalidità Totale e Permanente superiore al 30%, la Compagnia verserà all'Assicurato l'indennizzo garantito riportato nel Certificato di Assicurazione. L'indennizzo viene calcolato secondo i criteri e le percentuali riportate nella tabella INAIL allegata al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124.

Se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti o concausate da un infortunio occorso anche durante la vigenza contrattuale.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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

In caso di dichiarato o constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite per l'arto destro e per la mano destra si intendono riferite all'arto sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella suddetta tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Se dopo l'accertamento dell'invalidità permanente da parte della Compagnia non ancora liquidato ed entro due anni dal giorno dell'infortunio, l'Assicurato muore, i beneficiari dell'Assicurato avranno diritto all'indennizzo.

Ricevuta la necessaria documentazione, espletate tutte le indagini richieste dalla Compagnia e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto ai termini della presente polizza entro trenta giorni dalla data di ricevimento della quietanza debitamente sottoscritta dall'Assicurato o, in caso di morte, dai suoi aventi diritto.

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente non è cumulabile con quello per il caso di morte.

ART. 27 – ASSISTENZA

PREMESSA: Le garanzie di Assistenza di seguito riportate sono offerte all'Assicurato a titolo gratuito in virtù della polizza collettiva n. 83700 sottoscritta con Inter Partner Assistance S.A. da MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia in favore di tutti i propri Assicurati con la presente polizza e sono operanti purché il Contraente abbia pagato le rate di premio entro i termini contrattualmente previsti.

MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia resta esonerata da qualsiasi responsabilità in ordine all'esecuzione delle prestazioni previste nonché a quelle relative ai rapporti sorgenti tra Assicurato e Inter Partner Assistance S.A.

ESTRATTO DELLE CONDIZIONI DI POLIZZA DI ASSISTENZA N. 83700

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:

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

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

LIMITI TERRITORIALI

Le garanzie Assistenza, **ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni**, sono valide per i sinistri avvenuti nei seguenti paesi: Albania, Andorra, Austria, Belgio, Bielorussia, Bosnia-Erzegovina, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia (comprese la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano) Lettonia, Liechtenstein, Lituania, Lussemburgo, F.Y.R.O.M. - Macedonia, Madera, Malta, Marocco, Moldavia, Monaco, Montenegro, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Russia Europea (esclusi i Monti Urali) Serbia, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tunisia, Turchia, Ucraina, Ungheria. **Non sono in ogni caso fornite prestazioni né è garantita la copertura assicurativa in quei paesi in stato di belligeranza o guerra, anche se non dichiarata, sebbene compresi nell'elenco sopra riportato.**

MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

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

Numero Verde dall'Italia : 800.221.812
numero nero dall'estero: +39 06. 42.115.781

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, l'Assicurato dovrà inviare un fax al numero +39 06.48.189.60.



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

Inoltre, dovrà qualificarsi come **"Assicurato Carrefour Protezione Infortuni Più"** e comunicare:

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

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

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

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

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

ESCLUSIONI

Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:

- atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
- abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
- gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
- ogni evento derivante da situazioni patologiche pregresse già note all'Assicurato;
- eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
- viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.

La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.

La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.

Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali. Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.

La copertura inoltre non opera nel caso in cui la richiesta sia dovuta a:

- conseguenze di Malattie, malformazioni, stati patologici e Infortuni verificatisi prima della Data di Decorrenza e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
- Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere e di volere da esso procurato;
- Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- Infortuni o Malattie causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
- Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- Infortuni o Malattie causati da 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.);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità della presente copertura;



- qualunque malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
- le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentazione di trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale.

PRESTAZIONI GARANTITE

La Società, tramite la Centrale Operativa, fornisce le prestazioni di seguito specificate al verificarsi di un sinistro previsto in polizza.

1) CONSULTO MEDICO TELEFONICO

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
 - reperimento dei mezzi di soccorso;
 - reperimento di medici generici e specialisti;
 - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
 - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
 - esistenza e reperibilità di farmaci.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario. La prestazione può essere richiesta dall'Assicurato senza limitazioni di volte.

2) INVIO DI UN MEDICO O DI UN'AMBULANZA IN CASO DI URGENZA

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Centrale Operativa invierà un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Società organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

3) CONSULTO MEDICO SPECIALISTICO PEDIATRICO

Qualora l'Assicurato non riesca a reperire il proprio specialista di fiducia e abbia necessità di valutare urgentemente lo stato di salute del minore facente parte del suo nucleo familiare, in seguito a infortunio o malattia improvvisa, potrà contattare direttamente il servizio medico della Centrale Operativa che fornirà una consulenza pediatrica.

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

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

4) INVIO DI UN MEDICO SPECIALISTA - PEDIATRA

Qualora, successivamente al consulto medico specialistico il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica al domicilio, la Centrale Operativa invierà un medico pediatra convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Società organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

5) INVIO BADANTE (PRESTAZIONE VALIDA IN ITALIA)

Qualora l'Assicurato versi in condizione di inabilità temporanea, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il proprio domicilio una badante che possa fornire assistenza durante la giornata per lo svolgimento delle normali attività quotidiane: alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, cucinare, fare la spesa e piccole commissioni.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni. La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione entro il limite di euro 30,00 per giorno fino ad un massimo di 5 (cinque) giorni consecutivi per sinistro.

6) INVIO COLLABORATRICE DOMESTICA (PRESTAZIONE VALIDA IN ITALIA)

Qualora l'Assicurato versi in condizione di inabilità temporanea, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il proprio domicilio una collaboratrice per il disbrigo delle faccende domestiche.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione entro il limite di euro 30,00 per giorno fino ad un massimo di 5 (cinque) giorni consecutivi per sinistro.

7) INVIO BABY SITTER (PRESTAZIONE VALIDA IN ITALIA)

Qualora l'Assicurato, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, dei propri figli minori di anni 12 e non vi sia nessun altro familiare in grado di provvedervi, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso la propria abitazione una baby sitter.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni. La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 3 (tre) giorni per sinistro e 4 (quattro) ore per giorno.

Qualora l'organizzazione della prestazione non sia possibile, la Società rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute entro il limite di euro 200,00 per sinistro. L'Assicurato dovrà comunque contattare preventivamente la Centrale Operativa.

NORME RELATIVE AI SINISTRI

ART. 28 - DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI E RELATIVI OBBLIGHI

Il momento di insorgenza del Sinistro coincide con il giorno di accadimento dell'Infortunio. Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta utilizzando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro predisposto dall'Assicuratore, 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. 29 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La somma assicurata, riportata sul Certificato di Assicurazione, viene liquidata a condizione che l'Assicurato sia deceduto o rimasto permanentemente invalido a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza e il decesso o l'invalidità permanente totale si siano verificati entro due anni dal giorno in cui l'infortunio stesso è avvenuto. La somma assicurata viene liquidata all'Assicurato stesso in caso di Invalidità Permanente Totale o agli eredi legittimi o testamentari o al beneficiario indicato dall'Assicurato e comunicato alla Compagnia in caso di morte.

ART. 30 - ARBITRATO INFORTUNI / FORO COMPETENTE

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, 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 rifiuti 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.

AVVERTENZA: le parti conservano in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria Ordinaria. In tale ipotesi, il foro competente per territorio in via esclusiva è quello del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Data dell'ultimo aggiornamento: 20/09/2013



GUIDA ALLA COMPILAZIONE DEL MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, Vi invitiamo a seguire le seguenti indicazioni per rendere più agevoli e tempestive le operazioni di valutazione e liquidazione del sinistro.

Vi consigliamo di fotocopiare il "Modulo di Denuncia Sinistro" di seguito riportato e di utilizzare un Modulo per denunciare ogni singolo sinistro. Detto Modulo dovrà essere compilato in modo chiaro e leggibile in ogni sua parte e sottoscritto a cura dei Beneficiari in casi di decesso o dall'Assicurato in caso di Invalidità permanente totale, facendo particolare attenzione alle sezioni "Dati del Contraente" e "Dati dell'Assicurato che ha subito l'infortunio".

Nella sezione "Dati relativi all'infortunio" indichi con una crocetta la casella relativa alla tipologia di infortunio che intende denunciare, descrivendo nel modo più dettagliato e completo possibile le cause, le circostanze e le conseguenze dell'infortunio, senza dimenticare di compilare gli spazi relativi alla data, ora e luogo di accadimento dell'infortunio.

Il Modulo di Denuncia Sinistro deve essere spedito al più presto con Raccomandata A.R. a:

Ufficio Sinistri
MetLife Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via A. Vesalio n. 6 – 00161, Roma

Inoltre, occorrerà inviare anche i seguenti documenti:

In caso di Morte:

1. Certificato di morte in originale;
2. Certificato del pronto soccorso o analogo certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento;
3. Certificato del 118 intervenuto o, in caso di ricovero in istituto di cura, copia conforme della cartella clinica;
4. Copia del referto autoptico;
5. Copia conforme all'originale del referto dell'Autorità di Pubblica Sicurezza o Giudiziaria da cui si possano rilevare le precise circostanze del decesso;
6. Certificato sostitutivo dell'Atto di Notorietà in originale o, in caso di eredi testamentari, copia autenticata del testamento e, in caso di eredi minori, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione dell'indennizzo da parte del Tutore;
7. Stato di Famiglia nel caso in cui l'infortunio riguardi il coniuge assicurato dal Contraente;
8. Certificato di Residenza nel caso in cui l'infortunio riguardi il convivente more uxorio del Contraente.

In caso di Invalidità Permanente Totale:

1. Certificato del pronto soccorso o analogo certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento;
2. Certificato del 118 intervenuto o, in caso di ricovero in istituto di cura, copia conforme della cartella clinica;
3. Copia conforme all'originale del referto dell'Autorità di Pubblica Sicurezza o Giudiziaria da cui si possano rilevare le precise circostanze dell'infortunio;
4. Documentazione relativa a visite specialistiche e/o diagnostiche effettuate successivamente all'infortunio e comprovanti l'evoluzione dello stesso;
5. Certificato medico che attesti la stabilizzazione dei postumi invalidanti e la sua quantificazione;
6. Certificato della invalidità riconosciuta dall'INPS o da altro Ente previdenziale pubblico;
7. Stato di Famiglia nel caso in cui l'infortunio riguardi il coniuge assicurato dal Contraente;
8. Certificato di residenza nel caso in cui l'infortunio riguardi il convivente more uxorio del Contraente.

La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere eventuale ulteriore documentazione necessaria alla valutazione del sinistro. Ricordiamo, infine, di compilare con esattezza i campi relativi ai dettagli del conto corrente sul quale si vuole ricevere il pagamento dell'indennizzo, indicando l'intestatario e il numero completo di conto corrente (codice IBAN).

Ringraziamo per l'attenzione e collaborazione ricordando che un modulo incompleto o non firmato non potrà dare luogo all'avvio dell'istruttoria e ritarderà, in ogni caso, le operazioni di valutazione e conseguentemente dell'eventuale indennizzo del danno subito.



MetLife Europe Limited è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 415123, capitale sociale autorizzato pari ad € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna.

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

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO INFORTUNI CARREFOUR "PROTEZIONE INFORTUNI PIÙ"

da spedire al più presto, a mezzo raccomandata A.R., a:

MetLife Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Sinistri
Via Andrea Vesalio 6, 00161 Roma

DATI DEL CONTRAENTE

Numero di Polizza

Cognome

Nome

Data di Nascita (gg/mm/aa)

Luogo di nascita

Sesso M F

Codice fiscale

Recapito telefonico

DATI DELL'ASSICURATO CHE HA SUBITO L'INFORTUNIO

Cognome

Nome

Data di Nascita (gg/mm/aa)

Luogo di nascita

Sesso M F

Indirizzo

C.A.P.

Comune

Pr.

Codice fiscale

Recapito telefonico

DATI RELATIVI ALL'INFORTUNIO

Decesso a seguito di infortunio Invalidità Permanente

Data accadimento (gg/mm/aa)

Ora

Luogo dell'infortunio

Descrizione causa e circostanze dell'infortunio

Descrizione conseguenze immediate



MetLife Europe Limited è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 415123, capitale sociale autorizzato pari ad € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna.

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

MetLife®



Mod. PPFN02 Ed. 09/2013
© 2013 METLIFE, INC.
PEANUTS © 2013 Peanuts Worldwide

MetLife®

MetLife Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Andrea Vesalio 6
00161 Roma
www.metlife.it

MetLife Europe Limited è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 415123, capitale sociale autorizzato pari ad € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna.

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