



Alico Italia S.p.A.

Contratto di Assicurazione Infortuni **Protezione Infortuni**

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- **Nota Informativa, comprensiva del Glossario**
- **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.

NOTA INFORMATIVA

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

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 3 sezioni:

A – INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONI

B – INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

C – INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A – INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONI

1. INFORMAZIONI GENERALI

La denominazione sociale della Compagnia è Alico Italia ed è costituita nella forma giuridica di Società per Azioni a Socio Unico. La Compagnia è soggetta a direzione e coordinamento di ALICO (American Life Insurance Company), appartenente al Gruppo MetLife Inc.. Alico Italia S.p.A. utilizza il marchio commerciale MetLife per identificare i propri prodotti assicurativi.

La Sede Legale e la Direzione Generale sono stabilite in Italia, Via Andrea Vesalio n. 6 - 00161, Roma - Tel. 06.492161 - Fax 06.49216300 - Sito Internet www.metlife.it - e-mail servizio.polizze@metlife.it.

La Compagnia è stata autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sulla Vita, Infortuni e Malattia con Provvedimenti ISVAP n. 1 del 29/12/1994 e n. 323 del 5/8/1996, pubblicati rispettivamente sulla Gazzetta Ufficiale n. 12 del 16/1/1995 e n. 193 del 19/8/1996 – numero di iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione 1.00119.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

L'ammontare del patrimonio netto della Compagnia, alla data di bilancio del 31.12.2011, ammonta a € 54.683.000,00 di cui € 22.351.000,00 da riferirsi al capitale sociale e € 28.312.000,00 da riferirsi al totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità di Alico Italia S.p.A. relativo alla gestione danni, 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 194%.

B – INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

AVVERTENZA:

la durata della Polizza, a partire dalla data di conclusione del contratto, è illimitata. Tuttavia il Contraente può disdire il contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del premio di assicurazione secondo le modalità e nei termini indicati nell'Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Il contratto prevede le seguenti garanzie:

a) Prestazioni base

- 1) decesso a seguito di infortunio indennizzabile ai fini della presente polizza;
- 2) invalidità permanente totale (pari o superiore al 66% =100%) a seguito di infortunio indennizzabile ai fini della presente polizza.

b) Garanzie aggiuntive

Nel caso in cui il decesso sia dovuto alle seguenti cause, il capitale assicurato si intende raddoppiato:

- 1) passeggero su qualsiasi mezzo di trasporto terrestre fatte salve le esclusioni previste all'Art. 23 delle Condizioni di Assicurazione;
- 2) conducente di mezzi di trasporto terrestre adibiti ad uso privato fatte salve le esclusioni previste all'Art. 23 delle Condizioni di Assicurazione;
- 3) pedone, in caso di investimento da parte di veicolo privato.



Nel caso in cui il decesso sia dovuto alle seguenti cause, il capitale assicurato si intende triplicato:

- 1) passeggero su mezzi destinati al trasporto pubblico di persone e di cose;
- 2) pedone, in caso di investimento da parte di mezzo pubblico.

Le garanzie aggiuntive sono valide a condizione che, al momento dell'incidente, l'Assicurato sia in regola con le norme di sicurezza previste dalla tipologia del mezzo di trasporto utilizzato.

Si rinvia agli Artt. 17, 18 e 19, 20 delle Condizioni Particolari 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 totale o i beneficiari in caso di decesso, avranno diritto:

- all'intero capitale qualora l'Assicurato sia deceduto o sia rimasto totalmente invalido (Invalidità permanente pari o superiore al 66%) a seguito di infortunio;
- al doppio del capitale, pari a € 200.000,00 qualora l'Assicurato sia deceduto a seguito di infortunio verificatosi su un mezzo di trasporto privato sia in qualità di conducente, passeggero o sia investito in qualità di pedone;
- al triplo del capitale, pari a € 300.000,00 qualora l'Assicurato sia deceduto a seguito di infortunio verificatosi su un mezzo di trasporto pubblico in qualità di passeggero o investito in qualità di pedone.

AVVERTENZA:

La polizza prevede esclusioni e limitazioni, rispettivamente indicate dagli Artt. 21, 22, 23, 26, delle Condizioni di Assicurazione.

Il limite massimo di età assicurabile è riportato all'Art. 21 delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

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

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del 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 effetti dell'art. 1892 del Codice Civile e dell'Art. 5 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 e dell'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

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 e dell'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

5. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Non è considerata causa di aggravamento o diminuzione del rischio la variazione della professione dell'Assicurato e del suo stato di salute.

Resta fermo che la copertura non opera a favore di quei soggetti dichiarati "non assicurabili" ai sensi dell'Art. 22, anche quando le condizioni di non assicurabilità insorgano successivamente alla data di conclusione del contratto.

Nel caso in cui il Contraente abbia scelto di assicurare solo sé stesso, la Compagnia restituirà al Contraente il premio già pagato, al netto delle imposte di legge e della quota di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

In tal caso, non saranno richiesti i premi successivi ed eventualmente riferibili al periodo di assicurazione in corso al momento dell'evento.

6. PREMIO

Il premio di assicurazione verrà corrisposto direttamente alla Compagnia tramite addebito automatico su conto corrente bancario o Banco Posta o carta di credito intestata al Contraente, con l'importo e la frequenza indicate nel Certificato di Assicurazione.



7. 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.

8. DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente ha diritto di recedere entro 60 giorni dalla data di conclusione a distanza 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 nell'Art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

9 – MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

La Compagnia si impegna a consegnare al Contraente un'apposita appendice integrativa, nel caso in cui si renda necessario aggiornare le informazioni contenute nel Fascicolo Informativo o nel Certificato di Assicurazione.

La Compagnia comunica per iscritto al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo 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 gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente Fascicolo informativo, non derivanti da innovazioni normative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai contraenti e/o assicurati, senza obbligo di alcuna altra comunicazione.

10. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 2952 comma 1 del Codice Civile "il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze". Ai sensi del comma 2, "gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due 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 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.

11. LEGGE APPLICABILE

Il presente contratto è soggetto alla Legge italiana. Ai sensi del Codice delle Assicurazioni, le Parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

12. 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 permetterne la detraibilità.

La polizza è assoggettata a imposte pari al 2,50% del premio.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. 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, secondo quanto previsto dall'Art. 30.



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.

14. RECLAMI

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

Alico Italia S.p.A. - Ufficio Reclami
Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 ROMA
Tel. 06.492161 - Fax 06.49216300
Indirizzo e-mail: reclami@metlife.it

La Compagnia gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. In conformità al disposto del Regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi al seguente Istituto:

ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale n. 21
00187 Roma

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia 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 per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Società 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).

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni 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'ISVAP i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'ISVAP 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.

AVVERTENZA:

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

15. ARBITRATO

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:

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



GLOSSARIO

ASSICURATO: il Contraente ed eventualmente il coniuge o il convivente more uxorio indicato nel Certificato di Assicurazione.

BENEFICIARIO: L'Assicurato stesso in caso di invalidità permanente totale o gli eredi legittimi e/o testamentari e/o la persona designata dall'Assicurato, che ha il diritto di riscuotere gli indennizzi previsti in caso di infortunio mortale dell'Assicurato stesso.

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

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

COMPAGNIA: Alico Italia S.p.A..

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.

CONIUGE: il marito o la moglie del Contraente non legalmente e/o effettivamente separati o divorziati, risultante nello Stato di Famiglia.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE: contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare la prestazione assicurata al verificarsi di un evento garantito, secondo i termini contrattuali previsti.

CONVIVENTE MORE UXORIO: la persona stabilmente convivente con il Contraente nella stessa residenza.

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

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

DECORRENZA DELLA GARANZIA: momento in cui le garanzie divengono operanti, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

DETRAIBILITÀ FISCALE (DEL PREMIO VERSATO): misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione dalle imposte sui redditi.

DURATA CONTRATTUALE: periodo durante il quale il contratto è efficace.

ESCLUSIONI: rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

FASCICOLO INFORMATIVO: l'insieme della documentazione informativa da consegnare all'Assicurato, composto da: Nota informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione.

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

GUERRA: si intende guerra, dichiarata o meno, ovvero ogni attività di guerra, incluso l'uso della forza militare da parte di uno Stato Sovrano per raggiungere fini economici, geografici, nazionalistici, politici, razziali, religiosi o qualsiasi altro scopo.

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 sinistro.

INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE: il riconoscimento, a seguito di infortunio, di una invalidità permanente, oggettivamente constatabile pari ad almeno il 66% da determinarsi avendo a riferimento la tabella INAIL – D.P.R. 30/06/1965 n. 1124.

ISVAP: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

MEZZI DI TRASPORTO: mezzi terrestri propri o di terzi a qualsiasi titolo posseduti, di peso complessivo a pieno carico fino a 35 q.li, quali a titolo esemplificativo:

- autovetture;
- rimorchi (carrello, appendice, roulotte) trainati da autovetture;
- autocarri;
- autocaravan e camper;
- ciclomotori;
- motocicli;
- biciclette o altri veicoli a braccia;
- mezzi destinati al trasporto pubblico di persone e di cose.

PARTI: Il Contraente e la Compagnia che sottoscrivono il Contratto di Assicurazione.

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.

PIANO DELLE PRESTAZIONI : insieme delle garanzie assicurative offerte dalla Compagnia.

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

PREMIO: importo dovuto dal Contraente alla Compagnia.

PRESTAZIONI ASSICURATE: 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 in funzione del piano prescelto dal Contraente.

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

SCADENZA: data in cui cessano gli effetti del contratto.

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

SOSTANZE BIOLOGICHE E BATTERIOLOGICHE: 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, 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 il perfezionamento del contratto e la trasmissione delle comunicazioni ad esso inerenti.

Alico Italia S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

**Alico Italia S.p.A.
L'Amministratore Delegato
Robert Constantin Gauci**



Data dell'ultimo aggiornamento: 15/05/2012



CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – 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 totale pari o superiore al 66% (66=100%).

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);
- terrorismo entro i limiti previsti dall'art. 20.

ART. 2 - 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 Regolamento Isvap n. 34 su supporto cartaceo o altro supporto durevole, secondo la modalità prescelta dal Contraente stesso.

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

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. 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 conclusione del medesimo, inviando alla Società Alico Italia S.p.A. – Via Andrea Vesalio, 6 – 00161 Roma una lettera raccomandata A.R. oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde 800.319.665. In tal caso, sarà restituito al Contraente il premio eventualmente già pagato al netto delle imposte di Legge.

Il Contraente può altresì disdire il contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del premio di assicurazione inviando la relativa richiesta almeno 30 giorni prima della suddetta ricorrenza alla Società Alico Italia S.p.A. – Via Andrea Vesalio, 6 – 00161 Roma una lettera raccomandata A.R. oppure comunicando la propria volontà al 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.

In ogni caso, qualora il contratto si sciogla per fatto del Contraente, lo stesso deve pagare alla Compagnia, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, 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 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La durata della Polizza, a partire dalla data di Conclusione del contratto, è illimitata, fermi restando i limiti di età previsti dall'Art. 21. 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 precedente 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.

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. 5 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente anche per conto 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. 6 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 7 - ONERI FISCALI

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

ART. 8 - LIMITI TERRITORIALI

Il contratto assicura la copertura in relazione agli eventi verificatisi in qualsiasi località del mondo.

Resta convenuto che l'assicurazione si intende valida a favore degli Assicurati indicati nel Certificato di Assicurazione, **purché residenti nel territorio della Repubblica Italiana.**

ART. 9 - RECLAMI

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

**Alico Italia S.p.A. - Ufficio Reclami
Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 ROMA
Tel. 06.492161 - Fax 06.49216300
Indirizzo e-mail: reclami@metlife.it**

La Compagnia gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. In conformità al disposto del Regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi al seguente Istituto:

**ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale n. 21
00187 Roma**

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia e dei dati specificati all'Art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Cod. delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami riguardanti le disposizioni di cui al Regolamento ISVAP n.34/2012 in materia di vendita a distanza di contratti di assicurazione;
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Compagnia non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto).

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'ISVAP i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito Internet <http://ec.europa.eu/internalmarket/finances-retail/finnet/index.en.htm>, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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

ART. 10 - 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:

Alico Italia S.p.A.
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. 11 - PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'Art. 2952 comma 1 del Cod. Civ. "il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze". Ai sensi del comma 2, "gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda".

ART. 12 - FORO COMPETENTE

Qualsiasi controversia tra l'Assicuratore e l'Assicurato in relazione all'esecuzione, interpretazione, validità o cessazione del Programma Assicurativo, sarà risolta mediante ricorso all'Autorità giudiziaria ordinaria. Il foro competente per territorio in via esclusiva è quello del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

ART. 13 - ARBITRATO

Fatta salva la facoltà dell'Assicurato di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, 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 di 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.

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

ART. 14 - INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

La Compagnia si impegna a consegnare al Contraente un'apposita appendice integrativa, nel caso in cui si renda necessario aggiornare le informazioni contenute nel Fascicolo Informativo o nel Certificato di Assicurazione.

La Compagnia comunica per iscritto al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo 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 gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente Fascicolo informativo, non derivanti da innovazioni normative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai contraenti e/o assicurati, senza obbligo di alcuna altra comunicazione.

ART. 15 - PROVA DEL CONTRATTO E RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

I rapporti contrattuali sono determinati esclusivamente dal presente contratto, dal Certificato di Assicurazione e relative Appendici, qualora emesse. Per tutto quanto non è regolato dal contratto valgono le vigenti disposizioni di Legge.

ART. 16 - 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.

CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 17 - 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** 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. 25, 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. 18 - 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 ai Beneficiari.

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. 19 – INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE – CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

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 pari o superiore al 66%, la Compagnia verserà all'Assicurato l'indennizzo garantito riportato nel Certificato di Polizza (66% = 100%). 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 Società 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. 20 – GARANZIE AGGIUNTIVE

La Compagnia liquiderà all'Assicurato o ai Beneficiari l'indennizzo riportato nel Certificato di Assicurazione, pari al doppio dell'indennizzo base garantito per il decesso a seguito di infortunio che l'Assicurato subisca in qualità di:

- 1) passeggero su qualsiasi mezzo di trasporto terrestre fatte salve le esclusioni previste all'Art. 23 delle Condizioni di Assicurazione;
- 2) conducente di mezzi di trasporto terrestre adibiti ad uso privato fatte salve le esclusioni previste all'Art. 23 delle Condizioni di Assicurazione;
- 3) pedone, in caso di investimento da parte di veicolo privato.

La presente garanzia è valida anche durante le operazioni necessarie alla ripresa della marcia del veicolo in caso di incidente stradale o di guasto meccanico verificatosi durante il viaggio. La garanzia comprende anche gli infortuni che l'Assicurato subisca mentre sale a bordo del veicolo o ne discende.

Nel caso in cui il decesso sia dovuto alle seguenti cause, il capitale assicurato si intende triplicato:

- 1) passeggero su mezzi destinati al trasporto pubblico di persone e di cose;
- 2) pedone, in caso di investimento da parte di mezzo pubblico.

La garanzia comprende anche gli infortuni che l'Assicurato subisca mentre sale a bordo del veicolo o ne discende.

Le garanzie aggiuntive sono valide a condizione che, al momento dell'incidente, l'Assicurato sia in regola con le norme di sicurezza previste dalla tipologia del mezzo di trasporto utilizzato.

ART. 21 - 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 e 75 anni per la garanzia decesso;
- fra i 18 e 64 anni per la garanzia invalidità permanente totale.

Il limite massimo di età assicurabile è pari a:

- 80 anni per la garanzia decesso;
- 65 anni per la garanzia invalidità permanente totale.

Per le persone già assicurate, il contratto cessa alla ricorrenza di polizza immediatamente successiva al compimento del 65° anno di età per la garanzia invalidità permanente totale e resta in vigore fino all'80° anno per la sola garanzia decesso. 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. 22 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili i tossicodipendenti e le persone già colpite da malattie o infermità gravi e permanenti quali ad esempio: apoplezia, epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita, le persone portatrici di invalidità permanente già accertata pari o superiore ai 2/3 della capacità generica riconosciuta dall'INPS o da altro Ente previdenziale pubblico.

L'assicurazione cesserà automaticamente con il manifestarsi di una delle predette condizioni. L'eventuale pagamento del premio non determina alcun obbligo di assicurazione da parte della Compagnia 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.

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

ART. 23 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione:

1) Gli infortuni subiti dall'Assicurato:

- a) in occasione di operazioni militari e servizio militare in tempo di pace per esercitazioni ordinarie;
- b) come pilota o membro dell'equipaggio di aeromobili sia a motore che a vela ed elicotteri o come passeggero a bordo di aeromobili ed elicotteri non abilitati al trasporto pubblico di linea;
- c) nella guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- d) nella pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce, pareti o ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a competizioni (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- f) dalla partecipazione a competizioni (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- g) in occasione di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) in occasione di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- i) in occasione di insurrezioni.

2) Gli infortuni causati:

- j) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti. Sono comunque esclusi dall'assicurazione, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, i danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- k) direttamente o indirettamente da qualsiasi esposizione o contaminazione chimica, biologica, batteriologica indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito;

- l) stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) guerra civile, invasione, insurrezione, rivoluzione, uso della forza militare ovvero rovesciamento di qualsiasi autorità statale o militare, salvo quanto previsto all'Art. 1 delle Condizioni Generali di Assicurazione.
- 3) Gli infortuni causati direttamente o indirettamente dalle seguenti condizioni in cui si possa trovare l'Assicurato al momento del sinistro: stato di alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, AIDS o sindromi correlate, diabete, uso di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni ad uso non terapeutico.
- 4) Gli infortuni causati direttamente o indirettamente dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici.

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

ART. 24 - OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

Fermo quanto stabilito dall'art. 21 – Delimitazione delle prestazioni - Limiti di età, si conviene che:

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

ART. 25 - DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI

In caso di decesso i beneficiari di polizza sono gli eredi legittimi o testamentari o la persona designata dall'Assicurato.

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

ART. 26 - LIMITE DEL LIVELLO DELLE PRESTAZIONI

In nessun caso sarà possibile sottoscrivere per la stessa persona più di una Polizza "Protezione Infortuni" con la Compagnia. Qualora tale eventualità dovesse verificarsi, la Compagnia considererà valida esclusivamente la polizza sottoscritta con la combinazione di capitali più elevati.

Su richiesta del Contraente, la Compagnia restituirà, al lordo delle imposte, i premi incassati in relazione alle ulteriori polizze stipulate.

ART. 27 - ACCETTAZIONE GARANTITA

Per la stipulazione della presente polizza la Compagnia non richiede alcuna documentazione.

Resta ovviamente fermo quanto stabilito dagli Artt. 21, 22, 23 delle Condizioni di Assicurazione.

ART. 28 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Il premio di assicurazione, comprensivo di imposte, è riportato 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) e dal livello del piano delle prestazioni prescelte.

ART. 29 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio di assicurazione verrà corrisposto direttamente dal Contraente alla Compagnia tramite addebito automatico su:

- conto corrente bancario o Banco Posta o intestato al Contraente;
- carta di credito intestata al Contraente.

Eventuali altre modalità di pagamento del premio dovranno pertanto essere preventivamente concordate dal Contraente con la Compagnia.

Il premio viene addebitato con la frequenza indicata nel Certificato di Assicurazione, prescelta dal Contraente.

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. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Resta inteso che il mancato incasso del premio sarà considerato addebitabile al Contraente, laddove la Compagnia abbia correttamente inoltrato la richiesta.

NORME RELATIVE AI SINISTRI

ART. 30 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio deve essere presentata alla Compagnia al più presto con lettera Raccomandata A.R. in base alle indicazioni riportate nel Modulo di Denuncia Sinistro allegato al Fascicolo Informativo e che, in ogni caso, gli aventi diritto potranno richiedere alla Compagnia. Contestualmente all'invio del suddetto Modulo o successivamente, non appena disponibile, dovrà essere trasmessa la seguente documentazione:

In caso di Decesso:

1. Certificato di morte in originale;
2. Certificato del pronto soccorso o analoga 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 analoga 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'INAIL, 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.

S'intendono prescritte tutte le denunce inviate trascorsi due anni dalla data del sinistro. L'Assicurato o gli aventi diritto autorizzano, sin da ora, 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.

ART. 31 - 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 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. 32 - ARBITRATO

Fatta salva la facoltà dell'Assicurato di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, 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 di 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.

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

ART. 33 – VALUTA DI RIFERIMENTO

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

Data dell'ultimo aggiornamento: 15/05/2012



GUIDA ALLA COMPILAZIONE DEL MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO

Nell'ipotesi che avvenga un 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 dell'Assicurato o dei Beneficiari, facendo particolare attenzione alle sezioni "Dati del Contraente" e "Dati dell'Assicurato che ha subito l'infortunio".

Nella sezione "Dati relativi all'infortunio" indicate con una crocetta la casella relativa alla tipologia di infortunio che intendete 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:

Alico Italia S.p.A. - Ufficio Sinistri
Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 ROMA
Tel. 06.492161 - Fax 06.49216300
Indirizzo e-mail: sinistri.alicoitalia@metlife.it

Inoltre, occorrerà inviare anche i seguenti documenti:

In caso di Decesso:

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.

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

POLIZZA INFORTUNI “Protezione Infortuni”

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

Alico Italia S.p.A. - 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 Decesso a seguito di infortunio su mezzo di trasporto privato
 Decesso a seguito di infortunio su mezzo di trasporto pubblico Invalidità Totale e Permanente

Data accadimento (gg/mm/aa)

Ora

Luogo dell'infortunio

Descrizione causa e circostanze dell'infortunio

Descrizione conseguenze immediate

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Avendo preso visione dell'Informativa sulla privacy allegata alla polizza assicurativa infortuni “**Protezione Infortuni**” con la presente sottoscrizione, si acconsente al trattamento da parte di Alico Italia S.p.A. dei dati personali e sensibili dell'Assicurato, per le finalità necessarie alla liquidazione del sinistro e secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta normativa.

Firma dell'Assicurato o dei Beneficiari

Data



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gentile Cliente,

Nel rispetto della normativa privacy¹, desideriamo informarLa che i Suoi dati personali raccolti direttamente presso di Lei o acquisiti tramite altri soggetti², anche successivamente nel corso del rapporto con Lei instaurato, saranno utilizzati dalla Nostra Società, Alico Italia S.p.A. (titolare del trattamento), al solo fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti³.

A tali scopi Lei potrebbe fornire alla Nostra Società eventuali dati sensibili⁴ (come, ad esempio, le informazioni riportate in questionari sanitari o certificati medici, cartelle cliniche) indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es.: la liquidazione di un eventuale sinistro).

Il conferimento dei Suoi dati è quindi necessario per la fornitura delle prestazioni e dei servizi assicurativi e, in alcuni casi, obbligatorio a livello normativo⁵. Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirLe correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti.

I Suoi dati saranno utilizzati, nell'ambito delle Nostre strutture, solo dal personale preposto alla gestione del rapporto di assicurazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e con modalità strettamente coerenti con le finalità appena richiamate.

Alcuni Suoi dati potranno essere comunicati a: (i) soggetti appartenenti alla nostra rete di vendita e alla c.d. "catena assicurativa"⁶, (ii) Società del Nostro gruppo⁷ e a Società di Nostra fiducia, che svolgono per Nostro conto attività e servizi strettamente connessi al rapporto di assicurazione⁸, nonché (iii) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di Legge o di contratto⁹ che li utilizzeranno in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento. L'elenco completo ed aggiornato di detti soggetti che, in Italia o all'estero, possono utilizzare i Suoi dati è disponibile presso la nostra sede (ai recapiti sotto indicati). L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile sul sito internet: www.metlife.it.

Taluni Suoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a Società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea e negli U.S.A¹⁰ qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla gestione dei premi e delle liquidazioni dei sinistri. In ogni momento, Lei potrà consultare i Suoi dati ed eventualmente chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione od opporsi al loro trattamento (ed esercitare gli altri diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003), rivolgendosi a Alico Italia S.p.A., Via Andrea Vesalio, 6 Roma, tel. 06.492161 fax 0649216300, e-mail sede.roma@metlife.it.

Data dell'ultimo aggiornamento: 15/05/2012

¹ D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali, e successive modifiche ed integrazioni.

² Come, ad esempio, 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.

³ Stipulazione ed esecuzione di contratti di assicurazione, raccolta premi, liquidazione sinistri ed altre prestazioni; riassicurazione, coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio e difesa dei diritti dell'assicuratore; adempimento degli specifici obblighi di Legge o contrattuali; gestione e controllo interno; attività statistiche.

⁴ Per 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).

⁵ Ad es. per la normativa antiriciclaggio.

⁶ In particolare, i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, banche; SIM; Società di gestione del risparmio; studi legali per la gestione di eventuali reclami o controversie, legali, medici, periti; Società di servizi per il quietanzamento, clinica convenzionata (scelta dall'interessato).

⁷ Società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge.

⁸ Ad es. Società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; Società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; Società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le Società di servizi postali; Società di revisione e di consulenza; Società di informazione commerciale per rischi finanziari; Società di servizi per il controllo delle frodi; Società di recupero crediti.

⁹ ANIA, ISVAP, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, UIF, Casellario Centrale Infortuni.

¹⁰ Precisamente alla Società di riassicurazione ed alla capogruppo ALICO (U.S.A) cui la Nostra Società è tenuta a trasmettere un rapporto relativo ai sinistri di particolare entità.

