

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Protezione Junior

Contratto di assicurazione Infortuni e Malattia stipulato a distanza con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

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.



Prima dell'adesione leggere attentamente la Nota Informativa.

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia offre gratuitamente ai propri clienti assicurati con la Polizza Infortuni e Malattia "Protezione Junior" le prestazioni di Assistenza elencate nella Polizza Collettiva n. 167576 stipulata con Inter Partner Assistance SA Rappresentanza Generale per l'Italia.

Mod. PJWLGG Ed. 2018/01

MetLife Europe d.a.c. è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 415123, capitale sociale autorizzato pari ad € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna. Amministratori: Sarah Alicia Celso (cittadina americana), Brenda Dunne (cittadina irlandese), Eilish Finan (cittadina irlandese), Michael Hatzidimitriou (cittadino greco), Nick Hayter (cittadino inglese), Ruairi O'Flynn (cittadino irlandese), Dirk Ostijn (cittadino belga), Miriam Sweeney (cittadina irlandese), Mario Valdes (cittadino messicano).

Sede secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c., Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, **Direzione generale**, Via Olona n. 2, 20123 Milano, Codice fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Roma n. 12083481007, REA n. 1348910, abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. I.00110 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicuratrici.

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 novità legislative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai contraenti/assicurati, senza obbligo di alcuna altra comunicazione.

I. NOTA INFORMATIVA

Data di aggiornamento: 15/01/2018

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

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

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

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

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

A) Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. Informazioni generali

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

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

Il Contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via Andrea Vesalio, 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 d.a.c. è iscritta nell'elenco delle imprese di assicurazioni ammesse da IVASS ad operare in Italia in regime di stabilimento (numero di iscrizione I.00110) ed soggetta alla vigilanza dalla Central Bank of Ireland.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2016 è pari a € 1.782.681.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari ad € 4.379.000,00 rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 4.379.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 1.778.302.000,00. L'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c., 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 172%.

B) Informazioni sul Contratto

Il Contratto ha durata annuale con clausola di tacito rinnovo.



Ad ogni ricorrenza annuale del Contratto, il Contraente e la Compagnia hanno diritto di disdire il medesimo, con conseguente cessazione della copertura assicurativa, secondo i termini e le modalità indicate all'art. 5.2 delle Condizioni di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed Esclusioni

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

PACCHETTO BASE a protezione del bambino/ragazzo	PACCHETTO OPZIONALE a protezione del genitore - Protezione Futuro
<ul style="list-style-type: none">▪ Frattura ossea, Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione a seguito di Infortunio▪ Diarria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia▪ Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia▪ Malattia Grave▪ Prestazione odontoiatrica a seguito di Infortunio	<p>In abbinamento al Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo, il Contraente può aderire anche al Pacchetto Opzionale a protezione del genitore, che prevede le seguenti coperture assicurative:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Decesso a seguito di Infortunio▪ Invalidità Permanente a seguito di Infortunio

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



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

Si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti franchigie e massimali alle coperture assicurative e si rinvia all'art. 7 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

A scopo esemplificativo, si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo all'applicazione di franchigie e/o massimali nel caso di un Sinistro relativo alle garanzie offerte, mediante esemplificazioni numeriche.

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

Considerato:

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

Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia

Considerato:

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

Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia

Considerato:

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

Malattia Grave

Considerato:

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

Prestazione odontoiatrica a seguito di Infortunio

Considerato:

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

Decesso a seguito di Infortunio

Considerato:

- una somma assicurata pari a € 600,00;
 - una durata assicurata pari a 5 anni;
 - un ragazzo che al momento del decesso del genitore abbia 18 anni di età;
- la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a quanto segue:
- 1° anno, € 600,00 mensili;
 - 2° anno, € 618,00 mensili;
 - 3° anno, € 636,54 mensili
- al compimento del 21° anno di età del ragazzo, la Compagnia corrisponderà la somma residua pari a € 15.971,40.

Invalità Permanente (IP) a seguito di Infortunio

Considerato

- una somma assicurata pari a € 600,00;
 - una durata assicurata pari a 5 anni;
 - un ragazzo che al momento del riconoscimento del IP del genitore abbia 18 anni di età;
- la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a quanto segue:
- 1° anno, € 600,00 mensili;
 - 2° anno, € 618,00 mensili;
 - 3° anno, € 636,54 mensili;
- al compimento del 21° anno di età del ragazzo, la Compagnia corrisponderà la somma residua pari a € 15.971,40.



Si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti limiti massimi di età assicurabile e si rinvia all'art. 3.1 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

4. Periodi di Carenza contrattuali



Si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti periodi di Carenza e si rinvia all'art. 8.1 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

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



Si richiama l'attenzione sul fatto che eventuali dichiarazioni false, inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio, rese in sede di Conclusione del Contratto, potrebbero comportare effetti sulla prestazione qualora le stesse siano relative a circostanze tali per cui la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso, oppure non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. Si rinvia all'art. 3.4 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Si richiama l'attenzione sul fatto che il Contratto è nullo se il rischio assicurato non sia mai esistito o abbia cessato di esistere prima della Conclusione del Contratto stesso.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni dello stato di salute o della professione dell'Assicurato, salvo quanto previsto all'art. 3.2 delle Condizioni di assicurazione.

7. Premi

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

Il Premio può essere corrisposto direttamente alla Compagnia tramite addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente o bonifico bancario.

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



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

Il Premio relativo al primo mese di copertura è gratuito. Si rinvia all'art. 10 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

8. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

Il Premio e le somme assicurate non sono soggette ad adeguamento in base all'evoluzione dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati elaborato dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT).

9. Diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo **entro 60 giorni** dalla data di Conclusione del Contratto (così come descritta all'art. 3.3 delle Condizioni di assicurazione) a mezzo di **lettera raccomandata A/R** indirizzata alla Compagnia, oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde della Compagnia **800.478.300**. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno della relativa comunicazione. In tal caso la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al lordo delle imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

Con riferimento alle sole garanzie prestate a seguito di Infortunio, dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Polizza, il Contraente e la Compagnia hanno diritto di recedere dal Programma Assicurativo dandone comunicazione all'altra parte mediante **lettera raccomandata A/R, entro 60 giorni** dalla data di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo. Il Contraente ha altresì la facoltà di comunicare la propria volontà al Numero Verde della Compagnia **800.478.300** entro il predetto termine. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno della relativa comunicazione. In tal caso la Compagnia restituirà al Contraente il Premio già pagato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal Contratto

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

11. Legge applicabile al Contratto

Al Contratto si applica la legge italiana.

12. Regime fiscale

Al presente Contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR). I premi per le garanzie del Ramo Danni sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'ammontare dei premi.

C) Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo



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

14. Reclami

14.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o email alla funzione Ufficio Reclami della Compagnia, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati:

METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI

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

Il reclamante potrà presentare reclamo alla Compagnia anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti".

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

14.2 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

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

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

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

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

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

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

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

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

15. Arbitrato

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

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato.

Glossario

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

Assicurato:

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

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

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

Commozione cerebrale: trauma improvviso dell'organo cerebrale focale (confinato a un'area del cervello) oppure diffuso (coinvolgente più di un'area cerebrale).

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

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

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

Contratto (o Polizza): il contratto di assicurazione stipulato dal Contraente con la Compagnia mediante tecniche di comunicazione a distanza in conformità con quanto previsto dall'art. 121 del Codice delle Assicurazioni Private e dai Regolamenti IVASS n. 5/2006 e n. 34/2010.

Day hospital: degenza diurna senza pernottamento.

Decorrenza del Programma Assicurativo (del Contratto o della Polizza): il momento in cui il Programma Assicurativo acquista efficacia.

Diaria: indennità giornaliera.

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

Durata del Programma Assicurativo (del Contratto o della Polizza): il periodo di efficacia del Programma Assicurativo.

Elenco degli interventi chirurgici: l'elenco degli interventi chirurgici garantiti, classificati per tipologia e suddivisi per classi di Indennizzo (Mod. PJ Ed. 2018/01).

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

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

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

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

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

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

Frattura multipla: più fratture dello stesso osso.

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

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

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

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

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

Italia: il territorio della Repubblica italiana.

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

Lussazione: spostamento permanente delle superfici articolari l'una rispetto all'altra.

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

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

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

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

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

Massimale: la prestazione massima garantita dalla Compagnia.

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

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

Programma Assicurativo: l'insieme delle garanzie offerte dalla Compagnia.

Ricovero: la degenza in Istituto di cura per almeno 24 ore consecutive, sia attraverso il pronto soccorso (cd. Ricovero d'urgenza) sia con modalità programmata regolamentata da lista di attesa o per trasferimento da altro istituto (cd. Ricovero programmato). Il Ricovero deve comunque essere disposto dal medico dopo aver valutato la situazione clinica del paziente.

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

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

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 tra le dette parti.

Telefonia vocale: tecnica di comunicazione a distanza utilizzata per il perfezionamento del Contratto.

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

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

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

MetLife Europe d.a.c.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Legale
Maurizio Taglietti



II. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data di aggiornamento: 15/01/2018

Art. 1 – Base dell'assicurazione

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

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

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico aereo regolare e i voli su aeromobili di autorità Civili e Militari durante servizio regolare di traffico civile; **sono comunque esclusi i viaggi ed i voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri**;
- gli infortuni subiti durante lo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) insurrezione, occupazione militare ed invasione per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se l'Assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dal territorio della Repubblica italiana, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano in un paese fino ad allora in pace;
- gli infortuni causati da malessere o malore e dagli stati di incoscienza che non siano causati dall'abuso di psicofarmaci, dall'uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico o da alcolismo (acuto o cronico);
- le lesioni determinate da sforzi, **esclusi gli infarti**;
- le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo, con l'intesa che:
 - qualora l'ernia risulti operabile, non verrà riconosciuto alcun Indennizzo;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà riconosciuto solamente il grado di invalidità permanente accertato, con il limite massimo del 10% dell'invalidità permanente totale. In caso di contestazioni circa la natura e la operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa all'arbitrato secondo la procedura prevista all'art. 15 delle Condizioni di assicurazione.

Art. 2 – Garanzie

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

PACCHETTO BASE a protezione del bambino/ragazzo	PACCHETTO OPZIONALE a protezione del genitore - Protezione Futuro
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frattura ossea, Lussazione, Comozione cerebrale ed Ustione a seguito di Infortunio ▪ Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia ▪ Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia ▪ Malattia Grave ▪ Prestazione odontoiatrica a seguito di Infortunio 	<p>In abbinamento al Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo, il Contraente può aderire anche al Pacchetto Opzionale a protezione del genitore, che prevede le seguenti garanzie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Decesso a seguito di Infortunio ▪ Invalidità Permanente a seguito di Infortunio

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, a condizione che l'Assicurato si rechi all'Estero per un massimo di **60 giorni** per Annualità assicurativa. **Le garanzie Invalidità Permanente e Malattia Grave devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.**

Art. 3 – Contraente, persone assicurabili e Conclusione del Contratto

3.1 – Contraente e persone assicurabili

Il Contraente del Contratto può essere qualsiasi persona fisica di età maggiorenne che abbia un rapporto di parentela o affinità fino al terzo grado con il bambino/ragazzo Assicurato.

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

- a) siano residenti nel territorio della Repubblica italiana e siano muniti di codice fiscale o tessera sanitaria italiani;
- b) con riferimento ai bambini/ragazzi, abbiano un'età compresa tra 3 mesi e 16 anni non compiuti;
- c) con riferimento ai genitori, abbiano un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti.

3.2 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone fisiche che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o siano portatrici di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico. Qualora le condizioni di non assicurabilità dovessero insorgere in corso di Contratto (salvo il caso di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica riconosciuta al bambino/ragazzo Assicurato) il

Programma Assicurativo cessa alla data in cui la condizione di non assicurabilità è divenuta nota o è stata diagnosticata all'Assicurato ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dalla Compagnia.

Resta inteso che:

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

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

Si precisa che:



- il numero massimo di bambini/ragazzi assicurabili è pari a 5;
- in caso di sottoscrizione del Contratto per 2 o più bambini/ragazzi, laddove la condizione di non assicurabilità dovesse riguardare uno soltanto di essi, il Programma Assicurativo continua ad operare con riferimento agli altri bambini/ragazzi assicurati;
- in caso di sottoscrizione del Contratto per entrambi i genitori, laddove la condizione di non assicurabilità dovesse riguardare uno soltanto di essi, il Programma Assicurativo cessa anche con riferimento all'altro genitore assicurato.

3.3 – Conclusione del Contratto

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

3.4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

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

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

Art. 4 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24,00 della data di Conclusione del Contratto (così come descritta all'art. 3.3). Il primo mese di copertura è gratuito. Successivamente, il Premio sarà invece dovuto ed in caso di mancato pagamento la copertura assicurativa sarà sospesa ai sensi dell'art. 10.

Il Contratto ha durata annuale. In seguito, esso si intenderà **tacitamente rinnovato**, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 3.1 lettera a) ed il Premio corrispondente sia pagato, salvo disdetta da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 5.2.

Il Programma Assicurativo cessa:

- con riferimento sia al Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo che al Pacchetto Opzionale a protezione del genitore:
 - a) in caso vengano meno i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 3.1 lettera a) del bambino/ragazzo Assicurato;
 - b) alla prima ricorrenza annuale del Contratto successiva al compimento del 21° anno di età del bambino/ragazzo Assicurato;
 - c) in caso di decesso del bambino/ragazzo Assicurato;
 - d) in caso di diagnosi di Malattia Grave al bambino/ragazzo Assicurato;
 - e) in caso di esercizio del diritto di recesso da parte del Contraente;
 - f) in caso di esercizio del diritto di disdetta da parte del Contraente o della Compagnia.
- limitatamente al Pacchetto Opzionale a protezione del genitore:
 - g) in caso vengano meno i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 3.1 lettera a) del genitore Assicurato;
 - h) alla prima ricorrenza annuale del Contratto successiva al compimento del 70° anno di età del genitore Assicurato;
 - i) in caso di decesso del genitore Assicurato;
 - j) al pagamento della prestazione assicurata per la garanzia invalidità permanente.

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

Nell'ipotesi e) la Compagnia restituirà al Contraente il Premio già pagato, al lordo delle imposte.

Nelle ipotesi b), c), d), f), h), i), j) non è dovuta alcuna restituzione di Premio.

Si precisa che:

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

Art. 5 – Recesso e Disdetta

5.1 - Recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo **entro 60 giorni** dalla data di Conclusione del Contratto (così come descritta all'art. 3.3) a mezzo di **lettera raccomandata A/R** indirizzata alla Compagnia, oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde della Compagnia **800.478.300**. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno della relativa comunicazione. In tal caso la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al lordo delle imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

Con riferimento alle sole garanzie prestate a seguito di Infortunio, dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Polizza, il Contraente e la Compagnia hanno diritto di recedere dal Programma Assicurativo dandone comunicazione all'altra parte mediante **lettera raccomandata A/R, entro 60 giorni** dalla data di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo. Il Contraente ha altresì la facoltà di comunicare la propria volontà al Numero Verde della Compagnia **800.478.300** entro il predetto termine. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno della relativa comunicazione. In tal caso la Compagnia restituirà al Contraente il Premio già pagato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

5.2 - Disdetta

Il Contraente e la Compagnia hanno diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza annuale, con conseguente cessazione della copertura assicurativa, dandone comunicazione all'altra parte mediante **lettera raccomandata A/R** con **preavviso di 30 giorni** sulla data di scadenza. Il Contraente ha altresì la facoltà di comunicare la propria volontà al Numero Verde della Compagnia **800.478.300** entro il predetto termine.

In caso di frazionamento del Premio, il Contraente ha inoltre diritto di disdire il Programma Assicurativo ad ogni ricorrenza di pagamento del Premio, con conseguente cessazione della copertura assicurativa, a mezzo di **lettera raccomandata A/R** indirizzata alla Compagnia, oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde della Compagnia **800.478.300**. In tal caso il Programma Assicurativo cessa alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo Premio.

Art. 6 – Determinazione della prestazione assicurata

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

Art. 7 – Prestazioni assicurate

PACCHETTO BASE A PROTEZIONE DEL BAMBINO/RAGAZZO

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

i. Frattura ossea

In caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio del bambino/ragazzo Assicurato, la Compagnia corrisponde a favore del medesimo un Indennizzo pari alla somma assicurata prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, in funzione della tipologia di Frattura garantita. La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso - rilasciato entro 48 ore dall'Infortunio - e dell'esame radiografico attestante la Frattura ossea, a condizione che la medesima sia stata diagnosticata entro 3 mesi dalla data dell'Infortunio e che l'Infortunio sia avvenuto durante il periodo di validità del Contratto.



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

ii. Lussazione

In caso di Lussazione a seguito di Infortunio del bambino/ragazzo Assicurato, la Compagnia corrisponde a favore del medesimo un Indennizzo pari alla somma assicurata prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, in funzione della tipologia di Lussazione garantita. La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso - rilasciato entro 48 ore dall'Infortunio - e dell'esame radiografico attestante la Lussazione, a condizione che:

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



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

iii. Commozione cerebrale

In caso di Commozione cerebrale a seguito di Infortunio del bambino/ragazzo Assicurato, la Compagnia corrisponde a favore del medesimo un Indennizzo pari alla somma assicurata prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso attestante la Commozione cerebrale - rilasciato entro 48 ore dall'Infortunio - a condizione che la commozione cerebrale derivi da un trauma improvviso dell'organo cerebrale focale che abbia comportato una perdita, anche se momentanea, della coscienza e/o della sensibilità e/o dell'attività circolatoria e respiratoria.

iv. Ustione

In caso di Ustione a seguito di Infortunio del bambino/ragazzo Assicurato, la Compagnia corrisponde a favore del medesimo un Indennizzo pari alla somma assicurata prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso attestante l'Ustione - rilasciato entro 48 ore dall'Infortunio - a condizione che nel certificato venga indicata la percentuale corporea colpita da Ustione e che detta percentuale sia pari o superiore al 4,5% del corpo.

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

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

Considerato:

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

b) Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia

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

La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza.

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

i Non sono considerati ricoveri indennizzabili le degenze diurne in Day hospital.

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

Considerato:

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

c) Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia

In caso di Intervento chirurgico occorso al bambino/ragazzo Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia, la Compagnia corrisponde a favore del medesimo un Indennizzo pari alla somma assicurata, in base al Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo ed alla Classe di appartenenza dell'Intervento effettuato così come specificata nell'Elenco degli interventi chirurgici. La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi, periodo di degenza, descrizione e codice ICD9 dell'Intervento chirurgico effettuato, a condizione che l'Intervento chirurgico:

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

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

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

Considerato:

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

d) Malattia Grave

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

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

In caso di Malattia Grave diagnosticata al bambino/ragazzo Assicurato, la Compagnia tiene indenne il medesimo per le spese sostenute a seguito di Ricovero, con o senza Intervento chirurgico, accertamenti e cure, mediante un Indennizzo prestabilito in misura fissa e forfettaria pari alla somma assicurata prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza o, se non ancora disponibile, diario clinico in copia conforme all'originale dal quale risultino la patologia ed il giorno della diagnosi, nonché certificazione medica attestante l'esistenza in vita del bambino/ragazzo Assicurato dopo il 30° giorno dalla diagnosi, a condizione che la Malattia Grave sia stata diagnosticata per la prima volta al bambino/ragazzo Assicurato durante il periodo di validità del Contratto.

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

Considerato:

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

e) Prestazione odontoiatrica a seguito di Infortunio

In caso di prestazione odontoiatrica resa necessaria a seguito di Infortunio del bambino/ragazzo Assicurato, la Compagnia corrisponde a favore del medesimo le spese relative alle cure dentarie sostenute, fino ad un massimo di € 500,00 per Annualità assicurativa e per evento. La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso - rilasciato entro 48 ore dall'Infortunio - e della documentazione medica attestante l'Infortunio, le fratture dentali, l'ortopanoramica e le cure dentarie effettuate.

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

Considerato:

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

PACCHETTO OPZIONALE A PROTEZIONE DEL GENITORE**f) Decesso a seguito di Infortunio**

In caso di Decesso a seguito di Infortunio del genitore Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 8:

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

La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione della documentazione di seguito indicata:

- relazione medica sulle cause del decesso;
- certificato di morte in originale;
- in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, ecc.) verbale delle forze dell'ordine o certificato della procura o altro documento rilasciato dall'autorità competente da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- eventuale referto autoptico e indagini tossicologiche.

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

Considerato:

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

la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a quanto segue:

- 1° anno, € 600,00 mensili;
- 2° anno, € 618,00 mensili;
- 3° anno, € 636,54 mensili;

al compimento del 21° anno di età del ragazzo, la Compagnia corrisponderà la somma residua pari a € 15.971,40.

g) Invalidità Permanente a seguito di Infortunio (IP)

Per IP si intende la perdita permanente della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione esercitata, di grado pari o superiore al 40%. L'IP deve essere stata causata da Infortunio, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato. Per il calcolo del grado di IP si conviene di adottare come riferimento la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche. Lo stato di IP dell'Assicurato viene accertato secondo le modalità stabilite all'art. 11 e secondo la definizione ed i criteri di Indennizzo di cui al presente articolo.

In caso di IP del genitore Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 8:

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

La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione della documentazione di seguito indicata:

- relazione medica sulle cause della IP;
- certificati medici comprovanti l'entità ed il decorso delle lesioni nonché la stabilizzazione dei postumi invalidanti;
- eventuale certificazione di invalidità rilasciata dall'INPS o altro organo preposto;
- eventuale documentazione presentata unitamente alla domanda di invalidità (originali di cartelle cliniche, accertamenti diagnostici, valutazioni funzionali, ecc.);
- eventuale conferma di cessazione del rapporto di lavoro rilasciata dal datore di lavoro;

a condizione che:

- l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Contratto;
- i postumi permanenti si siano stabilizzati entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio, ancorché successivamente alla scadenza del Contratto; nel caso in cui, trascorsi 2 anni dall'Infortunio, i postumi dello stesso non risultino ancora stabilizzati, l'Indennizzo sarà liquidato in via definitiva secondo la valutazione in riferimento al quadro presentato dall'Assicurato in quel momento.

Criteria di Indennizzo

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

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

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

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

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

Considerato:

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

la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a quanto segue:

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



In caso di stipula del Pacchetto Opzionale a protezione del genitore per entrambi i genitori, al verificarsi di un evento simultaneo che cagioni il decesso e/o il riconoscimento di una IP per entrambi, l'Indennizzo mensile che verrà erogato sarà pari a 1,5 volte la somma assicurata. Pertanto, considerando ad esempio una somma assicurata pari a € 500,00, l'Indennizzo erogato sarà pari a € 750,00.

In caso di bambino/ragazzo che non abbia ancora compiuto 18 anni di età, l'Indennizzo sarà corrisposto per il tramite del soggetto legittimato alla riscossione (genitore o tutore).

Art. 8 – Limitazioni ed Esclusioni



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.

8.1 – Carenza

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

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

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

8.2 - Esclusioni

PACCHETTO BASE A PROTEZIONE DEL BAMBINO/RAGAZZO

Sono esclusi dal Programma Assicurativo:

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

PACCHETTO OPZIONALE A PROTEZIONE DEL GENITORE

Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze dirette o indirette di:

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

Art. 9 – Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni della professione o dello stato di salute dell'Assicurato, salvo quanto previsto all'art. 3.2.

Art. 10 – Premio assicurativo

10.1 – Premio

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

In caso di stipula del Pacchetto Base a protezione del bambino/ragazzo, per i figli successivi al primo, è previsto uno sconto di Premio pari al: 10% per il 2° bambino/ragazzo; 20% per il 3° bambino/ragazzo e successivi.

Il Premio può essere corrisposto direttamente alla Compagnia, tramite addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente o bonifico bancario.

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

i Il frazionamento mensile è consentito a condizione che la rata abbia un importo minimo di € 8,00; in caso di frazionamento mensile, il pagamento può essere effettuato unicamente attraverso addebito diretto su conto corrente bancario.

Il Premio relativo al primo mese di copertura è gratuito.

i Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se, successivamente al primo mese di copertura gratuito, il Contraente, alla scadenza convenuta, non paga il Premio o la prima rata di Premio da lui dovuta, il Programma Assicurativo resta sospeso dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dalla Compagnia. Allo stesso modo, se, alle scadenze convenute, il Contraente non paga le rate di Premio successive, il Programma Assicurativo resterà sospeso dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dalla Compagnia. Il Contraente può tuttavia riattivare il Programma Assicurativo versando le rate di Premio mancanti. In questo caso, il Programma Assicurativo riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto senza efficacia retroattiva. Pertanto, eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione del Programma Assicurativo, non saranno in ogni caso indennizzati dalla Compagnia.

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

10.2 – Rivedibilità del Premio

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

Art. 11 – Denuncia di Sinistro ed obblighi relativi

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia all'indirizzo **MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Sinistri, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma, Indirizzo Email sinistri@metlife.it**. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale. Per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile telefonare al Numero Verde **800.478.300**. La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati nel modulo di denuncia. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. Resta inteso che in caso di denuncia incompleta la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella indicata nel modulo di denuncia Sinistro, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione. La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni 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 si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.** In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. Resta inteso che qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovi nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 12 – Reclami

12.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o email alla funzione Ufficio Reclami della Compagnia, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati:

METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI

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

Il reclamante potrà presentare reclamo alla Compagnia anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti".

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

12.2 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 13 – Richiesta di informazioni

L'Assicurato ha il diritto di richiedere alla Compagnia informazioni in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo ed alle modalità di determinazione della prestazione assicurata. La richiesta può essere effettuata:

- per iscritto all'indirizzo **MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma** oppure attraverso il sito web all'indirizzo www.metlife.it cliccando su "Assistenza Clienti";
- per telefono, al Numero Verde **800.478.300**.

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

Si informa altresì l'Assicurato che, in linea con le indicazioni dell'IVASS contenute nel Provvedimento n. 7/2013, il medesimo ha l'opportunità di accedere ad un'area riservata, disponibile sul sito web della Compagnia www.metlife.it, nella quale visualizzare le informazioni sulla propria Polizza assicurativa.

Art. 14 – Legge applicabile

Al Contratto si applica la legge italiana.

Art. 15 – Foro competente, procedimento di mediazione e arbitrato

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

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

Art. 16 – Valuta

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

Art. 17 – Esonero denuncia altre assicurazioni

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

Art. 18 – Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Art. 19 – Variazioni in corso di Contratto

Eventuali modifiche contrattuali in corso di Annualità assicurativa relative a:

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

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

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

Informativa sul trattamento dei dati personali

Gentile Cliente,

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

I. direttamente da lei;

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

Tali dati potranno anche essere riferiti a terzi il cui trattamento sia strumentale alla fornitura dei servizi previsti dalla polizza stessa.

Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto, in base alla vigente normativa, deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente informativa.

Trattiamo, inoltre, i dati personali successivamente acquisiti nel corso del rapporto con lei instaurato.

Tutte le informazioni di cui sopra verranno trattate da MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito "MetLife" o "Società"), in qualità di titolare del trattamento, al solo fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti.

A tali scopi potrebbe fornire a MetLife o ai suoi agenti, broker o altri intermediari assicurativi, eventuali dati che la normativa qualifica come "Dati sensibili" 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). Ai sensi della normativa vigente per "dato sensibile" si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute (come, ad esempio, alcune informazioni attestanti il suo stato di salute riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche) e la vita sessuale (art. 4 co. 1 lett. D) D.Lgs. 196/2003).

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

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

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

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

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

La invitiamo, pertanto, a prestare alla Nostra Società, attraverso modalità tradizionali o automatizzate, il consenso al trattamento dei suoi dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte nonché al loro trasferimento verso paesi non appartenenti alla UE alle, ove l'esecuzione del contratto dovesse richiederlo.

La informiamo inoltre che, se interessato e qualora previsto, potrà altresì acconsentire all'utilizzo di alcuni suoi dati per l'invio di materiale pubblicitario/promozionale, di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale (finalità di c.d. marketing diretto), sia attraverso modalità automatizzate di contatto (es. email, fax, sms), che attraverso modalità tradizionali (posta cartacea o telefonate tramite operatore), ai sensi dell'art. 130, commi 1 e 2 del D.lgs. 196/03. Il consenso eventualmente espresso si riferisce a entrambe tali modalità di comunicazione ma in ogni momento potrà precisare che il consenso va riferito ad uno solo di tali strumenti di contatto.

La prestazione del consenso per tali finalità è facoltativo ma utile per rimanere aggiornato su nuovi prodotti e servizi assicurativi. Con il suo consenso espresso potremo inoltre utilizzare i suoi dati per analizzare le sue esigenze ed i suoi interessi e per farla partecipare a sondaggi e ricerche di mercato.

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

Infine, tenuto conto che nella gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe esser necessario disporre dei dati di terzi (quali, a titolo esemplificativo, l'assicurato se diverso dal contraente o il beneficiario) le precisiamo che è suo onere, nel momento in cui dovesse fornire dati relativi ai suddetti terzi il cui trattamento è strumentale alla gestione del rapporto assicurativo, fornire ai terzi la presente informativa acquisendo il consenso ove necessario.

Decesso a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Relazione medica sulle cause del decesso
- Certificato di morte in originale
- In caso di morte violenta (infortunio, suicidio, ecc.) verbale delle forze dell'ordine o certificato della procura o altro documento rilasciato dall'autorità competente da cui si desumano le precise circostanze del decesso
- Eventuale referto autoptico e indagini tossicologiche

Invalità Permanente a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Relazione medica sulle cause dell'Invalità Permanente
- Certificati medici comprovanti l'entità ed il decorso delle lesioni nonché la stabilizzazione dei postumi invalidanti
- Eventuale certificazione di invalidità rilasciata dall'INPS o altro organo preposto
- Eventuale documentazione presentata unitamente alla domanda di invalidità (originali di cartelle cliniche, accertamenti diagnostici, valutazioni funzionali, ecc.)
- Eventuale conferma di cessazione del rapporto di lavoro rilasciata dal datore di lavoro

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(art. 13 d.lgs. n. 196/2003)

Gentile Cliente, ad integrazione delle informazioni che le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa, e riportate nell'informativa sulla privacy consultabile sul sito www.metlife.it, la informiamo che i dati personali, da lei forniti (anche riferiti a terzi il cui trattamento sia strumentale alla fornitura dei servizi previsti dalla polizza stessa) con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria, saranno utilizzati dalla Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. (titolari del trattamento) al fine di accertare la sussistenza delle condizioni per la liquidazione del sinistro e per procedere all'eventuale indennizzo. Nel caso di trattamento di dati di minori di età la manifestazione del consenso richiesto in base alla vigente normativa deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente informativa. Precisiamo, inoltre, che il consenso richiesto, oltre che ai dati personali di natura comune forniti all'atto della stipula del contratto, può riferirsi anche a dati che la normativa definisce come "dati sensibili" ed in particolare ai dati personali idonei a rivelare lo stato di salute come ad esempio alcune informazioni riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche. Le ricordiamo, inoltre, che ai sensi della normativa vigente per "dati sensibili" si intende anche qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, nonché la vita sessuale (art. 4 co. 1 lett. D) D.Lgs. 196/2003). Il conferimento di tali dati risulta pertanto necessario al perseguimento delle suddette finalità e senza di essi non saremmo in grado di valutare la sua richiesta di indennizzo.

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

In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); call center; legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di amministrazione del portafoglio, studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza, nonché società di servizio cui siano eventualmente affidate: la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; la gestione dei servizi e dei sistemi informatici; l'archiviazione della documentazione relativa ai rapporti contrattuali; attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge (es. per adempiere agli obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo: ANIA, IVASS, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni. L'elenco completo ed aggiornato dei soggetti a cui i dati potrebbero essere comunicati è disponibile presso la sede della Nostra Società. Taluni suoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti necessario per esigenze connesse alla gestione delle obbligazioni contrattuali oltre che per l'elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri e per la condivisione di informazioni connesse alla gestione del contenzioso inerente la polizza stessa o eventuali sinistri. Inoltre, per le suddette finalità, i dati personali relativi al soggetto interessato potranno essere comunicati e trasferiti alle società facenti parte del gruppo MetLife, o a loro fornitori, anche fuori dal territorio dell'Unione Europea ed, in particolare, negli Stati Uniti.

Relativamente al trasferimento dei dati all'estero, il Titolare garantisce al soggetto interessato la tutela e la modalità di trattamento accordata dalla legge italiana anche nei paesi terzi ove i dati vengono trasferiti.

Se interessato, contrassegnando gli appositi *check-box*, potrà altresì acconsentire all'utilizzo di alcuni suoi dati per l'invio di messaggi promozionali per la vendita di prodotti o servizi del Titolare, ovvero, con separata dichiarazione, per l'analisi delle sue esigenze ed interessi, per il compimento di sondaggi ed analisi sulla qualità del servizio reso, attraverso modalità automatizzate di contatto (es. *email*) o attraverso modalità tradizionali (posta cartacea o telefonate tramite operatore), ai sensi dell'art. 130, co. 1 e 2 del D.Lgs. 196/03. Il rilascio del consenso per tali finalità è facoltativo, ma in mancanza non sarà possibile per MetLife inviare messaggi promozionali e valutare il grado di soddisfazione della clientela e migliorare il servizio reso. Il consenso eventualmente espresso si riferisce a entrambe tali modalità di comunicazione ma in ogni momento potrà precisare che il consenso va riferito ad uno solo di tali strumenti di contatto.

In ogni momento, lei potrà consultare i suoi dati e chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione od opporsi al loro trattamento, in tutto o in parte, ivi inclusa la possibilità di esprimere successivamente una diversa volontà sulle modalità di contatto rivolgendosi alla Rappresentanza Generale per l'Italia delle Nostre società, MetLife Europe d.a.c., presso Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, tel. 06/492161, fax 06/49216300, e-mail sede.roma@metlife.it. Inoltre le ricordiamo che è sua facoltà, ove sia di suo interesse, comunicarci in qualunque momento una diversa volontà circa l'uso dei dati per attività di marketing, per la partecipazione a sondaggi ed analisi sulla qualità del servizio reso, ovvero sulle modalità di comunicazione.

Infine, tenuto conto che nella gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe esser necessario disporre dei dati di terzi (quali a titolo esemplificativo l'assicurato se diverso dal contraente, il beneficiario, l'esercente la potestà di genitore in caso si trattino i dati di un minore di età) le precisiamo che è suo onere, nel momento in cui si dovesse fornire dati relativi ai suddetti terzi il cui trattamento è strumentale alla gestione del rapporto assicurativo, fornire ai terzi la presente informativa acquisendo il consenso ove necessario.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, dopo aver ricevuto copia e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali riportata nelle Condizioni di assicurazione, ai sensi della normativa sulla privacy (d.lgs. n. 196/2003) dichiara di essere consapevole che è suo obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati acquisendo il relativo consenso nei casi in cui sia necessario, come precisato nell'informativa stessa. Mediante la sottoscrizione della presente sezione, il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati personali, anche sensibili, secondo le modalità e per le finalità indicate nella suddetta informativa per scopi assicurativi inerenti all'esecuzione del contratto ed alla valutazione della qualità del servizio reso, da parte di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia in qualità di Titolare, il quale potrà avvalersi dei soggetti, anche situati al di fuori dell'UE, indicati nella predetta informativa.

In aggiunta al consenso di cui sopra, il sottoscritto esprime altresì un ulteriore consenso, mediante l'apposita indicazione che segue, al trattamento dei dati attraverso modalità tradizionali (posta cartacea o telefonate tramite operatore) ovvero attraverso modalità automatizzate (e-mail, fax, sms, mms, social media) per l'invio di messaggi promozionali, per la vendita di prodotti o servizi del Titolare, per l'analisi delle sue esigenze ed interessi e per il compimento di sondaggi ed analisi finalizzate al miglioramento dell'offerta e delle modalità di proposizione e fruizione della stessa:

Acconsento; Nego il consenso.

► **Data (gg/mm/aa)**

Firma (leggibile)

(Firma dell'esercente la potestà o del tutore in caso di assicurati minorenni)

Da inviare a:

METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA | Ufficio Sinistri | Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma | E-mail sinistri@metlife.it

POLIZZA COLLETTIVA N. 167576 – PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

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

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

Glossario

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

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

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

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

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

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

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

Italia: il territorio della Repubblica Italiana.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dovuta ad Infortunio.

Malattia improvvisa: la Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

Malattia preesistente: la Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione dell'assicurazione.

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

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

Polizza: il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

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

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

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Per acquisire le Condizioni Generali di Assicurazione e le informazioni sulla procedura di liquidazione delle prestazioni assicurative, l'Assicurato potrà rivolgersi al Contraente della Polizza Collettiva al seguente indirizzo: **MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa.**

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

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



Inter Partner Assistance S.A. Member of AXA Assistance Group

Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni

Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Bernardino Alimena 111 - 00173 Roma - Tel.06/42118.1

Sede legale Bruxelles - Avenue Louise 166 - Capitale sociale € 11.702.613 interamente versato - 100% AXA Assistance S.A.

N.iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazioni e Riassicurazioni I.00014 - Autorizzazione Ministeriale n. 19662 del 19.10.1993

Registro delle Imprese di Roma RM - 792129 - Part. I.V.A. 04673941003 - Cod. Fisc. 03420940151



A. ASSISTENZA

A.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Estensione Territoriale

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

Operatività della Polizza

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

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

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

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

Consulto medico telefonico

La Centrale Operativa è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a Infortunio o Malattia improvvisa del bambino/ragazzo Assicurato. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

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

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

Consulto medico specialistico

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

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

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

Trasferimento sanitario programmato (prestazione valida solo in Italia)

Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della Centrale Operativa e d'intesa con il medico curante dell'Assicurato, la Centrale Operativa è a disposizione per organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo qualora, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, sia necessario:

- il suo trasferimento presso l'Istituto di cura dove deve essere ricoverato;
- il suo trasferimento dall'Istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;
- il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione.

La Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato con costi a carico della Società e con i mezzi ritenuti più idonei a suo insindacabile giudizio, mediante:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto.

In base alle condizioni di salute dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà a fornire la necessaria Assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa possono essere curate sul posto;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate;
- tutte le spese sostenute per malattie preesistenti.

Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato (prestazione valida solo all'estero)

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

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

Assistenza infermieristica (prestazione valida solo in Italia)

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura presso cui era ricoverato a seguito di Intervento chirurgico dovuto a Infortunio o Malattia, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio Domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

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

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 10 (dieci) giorni per Sinistro e 2 (due) ore per giorno.

Invio fisioterapista (prestazione valida solo in Italia)

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura presso cui era ricoverato a seguito di Intervento chirurgico dovuto a Infortunio o Malattia, di essere assistito presso il proprio Domicilio da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

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

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 10 (dieci) giorni per Sinistro e 2 (due) ore per giorno.

Invio baby sitter (prestazione valida solo in Italia)

Qualora il genitore del bambino/ragazzo Assicurato, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura presso cui era ricoverato a seguito di Intervento chirurgico dovuto a Infortunio o Malattia, non sia in grado di occuparsi del figlio autonomamente e non vi sia nessun altro familiare in grado di provvedervi, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso la propria abitazione una baby sitter.

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

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per Sinistro e 3 (tre) ore per giorno.

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

Psicoterapeuta (prestazione valida solo in Italia)

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 30 (trenta) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura presso cui era ricoverato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, di essere assistito da uno Psicoterapeuta, dietro certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento di uno specialista convenzionato. Si specifica che le sedute avranno luogo presso lo studio dello Specialista.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione viene altresì fornita anche a favore dei genitori dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa occorsi all'Assicurato, che abbiano determinato uno choc nel genitore, certificato dal medico curante e tale da richiedere l'intervento di uno specialista.

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

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 30 (trenta) ore per Sinistro e fino alla concorrenza del Massimale di € 2.000,00 per Sinistro e per anno.

Si specifica che i genitori avranno la facoltà di scegliere se usufruire di terapia familiare (unica seduta per entrambi i genitori) o individuale (un solo genitore).

Tutor a Domicilio (prestazione valida solo in Italia)

Qualora l'Assicurato, nei 30 (trenta) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura presso cui era ricoverato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, sia impossibilitato a riprendere i normali studi scolastici presso l'istituto che frequenta regolarmente ed abbia la necessità di ricevere lezioni scolastiche relative al programma di studi previsto dal predetto Istituto, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento di un Tutor convenzionato. Si specifica che le lezioni avranno luogo presso il Domicilio dell'Assicurato.

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

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 30 (trenta) ore per Sinistro e fino alla concorrenza del Massimale di € 1.500,00 per Sinistro.

ART. 2 – ESCLUSIONI

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

- a) **dolo dell'Assicurato;**
- b) **suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;**
- c) **sinistri conseguenti all'uso di medicine in dosi non prescritte dal medico o stato di alcolismo acuto o cronico;**
- d) **invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;**
- e) **malattie preesistenti note e conosciute all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture assicurative, salvo per quanto previsto dalle garanzie Assistenza infermieristica, Invio di fisioterapista ed Invio di baby sitter;**
- f) **partecipazione attiva dell'Assicurato a reati e delitti dolosi, sommosse, tumulti popolari, risse (tranne per il caso di legittima difesa); guerra (anche non dichiarata), insurrezioni o operazioni militari; contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;**
- g) **uso o produzione di esplosivi;**
- h) **incidenti di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di deltaplani o ultraleggeri o di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota privo di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio, se pratica paracadutismo o sport aerei in genere;**
- i) **pratica, a qualunque titolo, dei seguenti sport: paracadutismo, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), arti marziali in genere, atletica pesante, automobilismo, bob, canoa fluviale, football americano, guidoslitta, hockey a rotelle, hockey su ghiaccio, lotta nelle sue varie forme, motociclismo, motonautica, pugilato, rugby, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, speleologia, sport aerei in genere, sport subacquei relativamente ad immersioni con autorespiratore;**
- j) **partecipazione in qualità di tesserato, sotto l'egida delle relative Federazioni Sportive, a corse, gare e relativi allenamenti di: baseball, calcio, calcio a cinque (e simili), ciclismo, equitazione, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, sci e sci nautico;**
- k) **pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria;**
- l) **infezione da virus HIV o da sindrome o stato di immunodeficienza acquisita o sindromi o stati assimilabili;**
- m) **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, da accelerazioni di particelle atomiche (fissione, fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici e simili);**
- n) **partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;**
- o) **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**
- p) **guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti;**
- q) **ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**
- r) **parto, gravidanza, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi;**
- s) **operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato;**
- t) **sindromi organiche cerebrali, stati paranoidei, stati depressivi, disturbi schizofrenici, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva);**
- u) **atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;**
- v) **viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.**

Sono inoltre previste le limitazioni che seguono.

- 1) 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.
- 2) La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.
- 3) Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.

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

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

numero verde 800.221812

numero nero 06.42115781

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTA INFORMATIVA

1. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

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

▪ Informazioni generali

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

Il contratto viene stipulato dalla Rappresentanza Generale per l'Italia con sede e Direzione Generale in Italia, Via Bernardino Alimena n. 111, 00173 Roma, Tel. 06 42118.1. E-mail direzione.italia@ip-assistance.com, Sito internet www.axa-assistance.it.

Inter Partner Assistance SA, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia con D.M. 19 ottobre 1993 (G.U. del 23.10.1993 n. 250). Numero di iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazioni: I.00014. Part. I.V.A. 04673941003 - Cod. Fisc. 03420940151.

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

2. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

▪ Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

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

▪ Reclami

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